

Przegląd Epidemiologiczny

K W A R T A L N I K

ORGAN PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY I POLSKIEGO TOWARZYSTWA
EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH

TOM XXXVI 1982

SCISŁY KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor naczelny:

Prof. dr J. KOSTRZEWSKI — Warszawa

Zastępca redaktora naczelnego:

Doc. dr ZBIGNIEW ANUSZ — Warszawa

Sekretarz:

Doc. dr MIROSŁAW WYSOCKI — Warszawa

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Prof. dr Z. BRZEZIŃSKI — Warszawa, prof. dr B. KASSUR — Warszawa,
dr K. NEYMAN — Poznań, prof. dr A. STRYSZAK — Warszawa, prof. dr H.
SZCZEPAŃSKA — Warszawa, dr H. WIÓROWA — Warszawa, prof. dr E. WOJ-
CIECHOWSKI — Warszawa

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

SPIS PRAC

zamieszczonych w kwartalniku „Przegląd Epidemiologiczny”
Tom XXXVI — rok 1982

Adonajto A.: Krztusiec — 1980 rok	41
Adonajto A.: Ostre zatrucie chemicznymi środkami ochrony roślin	161
Adonajto A.: Płonica — 1980 rok	45
Adonajto A.: Włośnica — 1980 rok	147
Adonajto A.: Zatrucia pokarmowe — 1980 rok	99
Anusz Z.: Brucelloza i inne choroby odzwierzęce — 1980 rok	133
Anusz Z.: Mononukleozą zakaźną — 1980 rok	125
Anusz Z.: Salmonelozę — 1980 rok	85
Anusz Z.: Świerzb — 1980 rok	155
Anusz Z.: Tężec — 1980 rok	127
Anusz Z.: Zatrucia jadem kiełbasianym — 1980 rok	107
Anusz Z. i wsp.: Świerzb w Polsce w latach 1966—1980	189
Bilecki S., Gabryś A., Szpakowska M.: Wysiewalność bakterii szczepionki atenuowanej „Brucelovac” z krwi, moczu i narządu zwierząt laboratoryjnych napromieniowanych promieniami jonizującymi	295
Bielicka A., Tarkowska T., Gleinert H., Korszun E., Leszczyński T., Ptak M.: Analiza stanu zanieczyszczenia bakteryjnego zamkniętych placówek służby zdrowia	277
Chańska M.: Zmiany szczytowego przepływu wydechowego (PEFR) w okresie 3 lat u dzieci. Część I. Określenie przerostu PEFR u dzieci z uwzględnieniem ich wieku, płci i zmian wysokości ciała	337
Dąbrowski J., Mierzejewski J.: Znaczenie <i>Clostridium difficile</i> w patologii człowieka i zwierząt	305
Goner E.: Dur brzuszny i dury rzekome — 1980 rok	79
Imbs D., Lityńska J.: Seroepidemiologiczne badania w kierunku odry u dziewcząt i kobiet w Polsce	7
Jaszczuk E., Krzywicka H.: Zastosowanie preparatów dezynfekcyjnych do higienicznej dezynfekcji rąk	269
Kirschner H., Ostrowska A., Sawicka B., Szewczyński J., Woroszyńska J., Borkowski W.: Niedobory żelaza u kobiet w wieku rozrodczym. III. Ocena rozpowszechniania niedokrwistości	165
Klinowska W., Polkowska I., Mróz E., Grzybek-Hryncewicz K.: Ocena tlenowej flory bakteryjnej kału w ostrej biegunce i zespołach złego wchłaniania u dzieci do lat dwóch	255
Koba S., Kryczka W., Stochniot A., Zioto H., Szunke B., Grabowska M.: Hemostaza a niektóre parametry laboratoryjne w wirusowym zapaleniu wątroby	213
Kopczyński J., Łabanowska C., Królewski A., Borkowski W.: Sytuacja zdrowotna ludności wielkomiejskiego osiedla mieszkaniowego. Część II. Stan zdrowia	321
Kopczyński J., Mróz E., Halik J., Borkowska U., Gębala J., Sawicki W., Łabanowska C.: Czynniki związane z umieralnością dorosłych mieszkańców Warszawy w latach 1970—1979	355
Kostrzewski J.: Choroby zakaźne w Polsce w 1980 roku na tle sytuacji światowej	25
Kostrzewski J. M., Politowicz J., Ptachecka M.: Epidemia paciorkowcowego zapalenia gardła o łagodnym przebiegu	365
Krzyżanowski M., Wojtyntak B.: Związek umieralności dorosłych mieszkańców Krakowa z wybranymi czynnikami środowiskowymi	345
Łabanowska C., Kopczyński J., Królewski A., Borkowski W.: Sytuacja zdrowotna ludności wielkomiejskiego osiedla mieszkaniowego. I. Opis badania i charakterystyka populacji	311

<i>Ładyga M., Bielicka A., Kotyga S.</i> : Oporność drobnoustrojów na promieniowanie jonizujące	287
<i>Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., [Kacprzak M.]</i> : Realizacja programu zapobiegania i zwalczania wirusowego zapalenia wątroby na lata 1976—1980	199
<i>Naruszewicz-Lesiuk D.</i> : Odra — 1980 rok	33
<i>Naruszewicz-Lesiuk D., Magdzik W.</i> : Wirusowe zapalenie wątroby — 1980 rok	113
<i>Nasiłowska M.</i> : Pasożyty jelitowe 1980 rok	149
<i>Olejniki Z., Gini A., Janeczko J., Korniluk S., Strzelecki R., Jankowski M.</i> : Aspekty diagnostyczne, kliniczne i lecznicze wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu u dorosłych na podstawie doświadczeń własnych	221
<i>Pawłowski Z., Budzyńska L., Mazur T., Rauhut, W., Lisowski M., Grzęzicka I.</i> : Epidemiologia lambliozy. I. Powtarzane badania koproskopowe dzieci w Domu Małego Dziecka	301
<i>Polewska-Jeske A.</i> : Przypadek tocznia układowego trzewnego — możliwości diagnostyczne	367
<i>Praca zespołowa</i> : Świerzb w Polsce w latach 1966—1980	189
<i>Prokopowicz D., Szadkowska D., Mięgoć, H., Kossakowski R., Grabowski R.</i> : Analiza epidemiologiczno-kliniczna zatrucień jadem kiełbasianym	17
<i>Rojek B., Zuber J., Szubstarski S.</i> : Choroby tropikalne leczone na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Szpitala Doraźnych Sił Zbrojnych ONZ na Bliskim Wschodzie pierwszej i ostatniej (XII) zmiany	373
<i>Rokossowski H.</i> : Epidemiologia lambliozy. Porównawcze badanie koproskopowe dzieci w szpitalu psychiatrycznym	177
<i>Rudnicka H.</i> : Grypa — 1980 rok	57
<i>Rudnicka H.</i> : Różyczka — 1980 rok	61
<i>Rozwoda J.</i> : Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby przed i po przedsezonowym podaniu gamma globuliny	237
<i>Seroka D.</i> : Zasady epidemiologicznej oceny skuteczności szczepień ludzi przeciw wściekliźnie	1
<i>Seroka D., Łubańska E.</i> : Wścieklizna — 1980 rok	141
<i>Stońska Z.</i> : Charakterystyka cech demograficzno-społecznych chorych na cukrzycę młodzieńczą. Wyniki badań chorych na cukrzycę w Warszawie	331
<i>Stempień R., Matolepsza E., [Fabianowski J.], Żelanka-Zeleński J.</i> : Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby u pracowników służby zdrowia województwa miejskiego łódzkiego i województwa sieradzkiego w 1978 roku	231
<i>Stożek K., Pawlik B.</i> : Ocena częstości występowania grzybów w drogach rodnych u kobiet	263
<i>Stypułkowska-Misiurewicz H., Adonajło A.</i> : Czerwonka bakteryjna — 1980 rok	93
<i>Stypułkowska-Misiurewicz H., Lachowicz T. M., Cebrat S., Noworyta J., Wichary H., Rem R.</i> : Charakterystyka lekooporności szczepów <i>Escherichia coli</i> izolowanych od dzieci ze stanami biegunkowymi w zachorowaniach sporadycznych i szpitalnych	243
<i>Witczuk J., Gruchala E., Stefańska J.</i> : Rodzinne zachorowanie na włośnicę po spożyciu mięsa z dzika	181
<i>Zespół gdańskich wychowanków Profesora</i> : W 80-tą rocznicę urodzin Profesora dr <i>Wiktora Bincera</i>	185
<i>Zabicka J.</i> : Nagminne zapalenie przyusznic — 1980 rok	51
<i>Zabicka J.</i> : Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu — 1980 rok	67

INNE

<i>Sprawozdanie z działalności Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych za okres od 1.VI.1978 r. do 8.XII.1981 r.</i>	242
--	-----

ALFABETYCZNY SPIS NAZWISK

- Adamus J. 189
 Adonajło A. 41, 45, 93, 99, 147, 161
 Anusz Z. 85, 107, 125, 127, 133, 155, 189
 Bielicka A. 277, 287
 Bilecki S. 295
 Bisztyga A. 189
 Błażowski T. 189
 Bochyński K. 189
 Borkowska U. 355
 Borkowski W. 165, 311, 321
 Bucki Z. 189
 Budziło J. 189
 Budzyńska L. 301
 Cebrat S. 243
 Chańska M. 337
 Czernielewska I. 189
 Czopik A. 189
 Dalewska H. 189
 Dąbrowska B. 189
 Dąbrowski J. 305
 Dąbrowski Z. 189
 Dymek E. 189
 Dziok A. 189
 Fabianowski J. 231
 Florkow R. 189
 Fronczak K. 189
 Gabryś A. 295
 Gawron H. 189
 Gębalska J. 355
 Gina A. 221
 Gleinert H. 277
 Głowaczewska I. 189
 Gonera E. 79
 Górecka A. 189
 Grabowska M. 213
 Grabowski R. 17
 Gręzicka I. 301
 Gruchała E. 181
 Gryt A. 189
 Grzybek-Hryncewicz K. 255
 Halik J. 355
 Horst M. 189
 Imbs D. 7
 Ignatowski P. 189
 Janeczko J. 221
 Jankowski M. 221
 Jaszczuk E. 269
 Jaworski Z. 189
 Kacprzak M. 199
 Kirschner H. 165
 Klinowska W. 255
 Koba S. 213
 Kocielska W. 189
 Kolyga S. 287
 Kopczyński J. 311, 321, 355
 Korniluk S. 221
 Korszun E. 277
 Kossakowski R. 17
 Kossowska D. 189
 Kostrzewski J. 25
 Kostrzewski J. M. 365
 Królewski A. 311, 321
 Kryczka W. 213
 Krzywicka H. 269
 Krzyżanowski M. 345
 Lachowicz T. M. 243
 Laskowska D. 189
 Leszczyński T. 277
 Lipińska M. 189
 Lisowska M. 189, 301
 Lityńska J. 7
 Łabanowska C. 311, 321, 355
 Ladyga M. 287
 Lubańska E. 141
 Madorasz A. 189
 Magdzik W. 113, 199
 Małolepsza E. 231
 Maryńczak R. 189
 Matuszczyk I. 189
 Mazur T. 301
 Mendak Cz. 189
 Mierzejewski J. 305
 Mięgoć H. 17
 Mróz E. 255, 355
 Naruszewicz-Lesiuk D. 33, 113, 199
 Nasiłowska M. 149
 Noworyta J. 243
 Nyrek M. 189
 Olejnik Z. 221
 Ostrowska A. 165
 Ostrowska J. 189
 Owsieńska I. 189
 Pawlik B. 263
 Pawłowski Z. 301
 Piechór G. 189
 Piachecka M. 365
 Polewka-Jeske A. 367
 Politowicz J. 189, 365
 Polkowska I. 255
 Prokopowicz D. 17
 Ptak M. 277
 Rauhut W. 301
 Rem R. 243
 Radosz S. 189
 Rodkiewicz T. 189
 Rojek B. 373
 Rokossowski H. 177
 Rozwoda J. 237
 Rudnicka H. 57, 61
 Sawicka B. 165
 Sawicki W. 355
 Seroka D. 1, 141
 Sionkowski S. 189
 Słońska Z. 331
 Sobociński A. 189
 Stefańska J. 181
 Stempień R. 231
 Stochniol A. 213
 Stożek K. 263
 Strzelecki R. 221
 Stypułkowska-Misiurewicz H. 93, 243
 Suchecki T. 189
 Szadkowska D. 17
 Szczęśniak S. 189
 Szewczyński J. 165
 Szpakowska M. 295
 Szubstarski S. 373
 Szunke B. 213
 Tarkowska T. 277
 Wichary H. 243
 Więclawska-Rams Z. 189
 Witczuk J. 181
 Wodecki W. 189
 Wojtyniak B. 345
 Woroszyńska J. 165
 Zegadło W. 189
 Ziolo H. 213
 Zientara Z. 189
 Zmyj K. 189
 Żabicka J. 51, 67
 Żelanka-Zeleński J. 231
 Żuber J. 373

PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY

ORGAN
PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY
I
POLSKIEGO TOWARZYSTWA EPIDEMIOLOGÓW
I LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH

—
KWARTALNIK



1-2

9 804
TOM XXXVI

WARSZAWA

ROK 1982

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

Przegląd Epidemiologiczny

K W A R T A L N I K

ORGAN PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY I POLSKIEGO TOWARZYSTWA
EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Tom XXXVI

1982

Nr 1—2

TREŚĆ

D. Serokowa: Zasady epidemiologicznej oceny skuteczności szczepień ludzi przeciw wścieklicznie	1
D. Imbs, J. Lityńska: Seroepidemiologiczne badania w kierunku odry u dziewcząt i kobiet w Polsce	7
D. Prokopowicz, D. Szadkowska, H. Mięgoć, R. Kossakowski, R. Grabowski: Analiza epidemiologiczno-kliniczna zatrucia jadem kiełbasianym	17

KRONIKA EPIDEMIOLOGICZNA

J. Kostrzewski: Choroby zakaźne w Polsce w 1980 roku na tle sytuacji światowej	25
D. Naruszewicz-Lesiuk: Odra — 1980	33
A. Adonajło: Krztusiec — 1980	41
A. Adonajło: Płonica — 1980	45
J. Zabicka: Nagminne zapalenie przyusznic — 1980	51
H. Rudnicka: Grypa — 1980	57
H. Rudnicka: Różyczka — 1980	61
J. Zabicka: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu — 1980	67
E. Gonera: Dur brzuszny i dury rzekome — 1980	79
Z. Anusz: Salmonelozy — 1980	85
H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło: Czerwonka bakteryjna — 1980	93
A. Adonajło: Zatrucia pokarmowe — 1980	99
Z. Anusz: Zatrucia jadem kiełbasianym — 1980	107
D. Naruszewicz-Lesiuk, W. Magdzik: Wirusowe zapalenie wątroby — 1980	113
Z. Anusz: Mononukleozą zakaźną — 1980	125
Z. Anusz: Tęžec — 1980	127
Z. Anusz: Brucelloza i inne choroby odzwierzęce — 1980	133
D. Seroka, E. Łabuńska: Wściekliczna — 1980	141
A. Adonajło: Włośnica — 1980	147
M. Nasiłowska: Pasożyty jelitowe — 1980	149
Z. Anusz: Świerzb — 1980	155
A. Adonajło: Ostre zatrucie chemicznymi środkami ochrony roślin — 1980	161

EPIDEMIOLOGIA CHOROÓB NIEZAKAŻNYCH

H. Kirschner, A. Ostrowska, B. Sawicka, J. Szewczyński, J. Woroszyńska, W. Borkowski: Niedobory żelaza u kobiet w wieku rozrodczym. III. Ocena rozpowszechnienia niedokrwistości	165
--	-----

DONIESIENIA

H. Rokossowski: Epidemiologia lamblizy. Porównawcze badanie koprokopowe dzieci w szpitalu psychiatrycznym	177
J. Witczuk, E. Gruchała, J. Stefańska: Rodzinne zachorowania na włośnicę po spożyciu mięsa z dzika	181
W 80. rocznicę urodzin Profesora Wiktora Bincera	185
PRACE Z EPIDEMIOLOGII, KLINIKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH I ICH POGRANICZA OGŁOSZONE W CZASOPISMACH POLSKICH W 1980 R.	50



Danuta Seroka

ZASADY EPIDEMIOLOGICZNEJ OCENY SKUTECZNOŚCI SZCZEPIEŃ LUDZI PRZECIW WŚCIEKLIŹNIE

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
Kierownik: doc. dr med. W. Magdzik

Praca przedstawia próbę ujednoczenia kryteriów epidemiologicznej oceny skuteczności szczepień ludzi przeciw wściekliczynie. W każdym przypadku szczepienia człowieka dobierano do analizy czynniki decydujące o stopniu narażenia, a mianowicie: zwierzęce źródło zakażenia, wynik badania zwierzęcia w kierunku wściekliczyny, rodzaj i lokalizację obrażenia zadanego przez chore zwierzę, czas podania szczepionki oraz wykonawstwo szczepienia. Analizie poddano 24 082 przypadki szczepień ludzi w Polsce w latach 1974—1980.

Głównym elementem w ocenie sytuacji epidemiologicznej wściekliczyny w Polsce, podobnie jak w całej Europie są obecnie szczepienia ludzi a przede wszystkim prawidłowe zasady ustalania wskazań do szczepień, właściwa ich organizacja, metody oceny skuteczności i bezpieczeństwa.

Celem tej pracy jest wybór kryteriów epidemiologicznej oceny skuteczności szczepień ludzi przeciw wściekliczynie na podstawie analizy osób szczepionych szczepionką typu Semple'a.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano 24 082 osoby szczepione przeciw wściekliczynie w Polsce w latach 1974—1980 szczepionką typu Semple'a.

Informacje o szczepieniu każdej osoby zarejestrowane były na kartach szczepień przeciw wściekliczynie przygotowanych wg wzoru ŚOZ, a następnie opracowane na kartach brzeźnie perforowanych (5).

Karty szczepień ludzi nadeszły do Zakładu Epidemiologii PZH wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne. W każdym przypadku szczepienie człowieka przeciw wściekliczynie wykorzystano do analizy następujące dane:

- gatunek zwierzęcia, które było przyczyną szczepienia,
- wynik badania przyżyciowego lub pośmiertnego zwierzęcia w kierunku wściekliczyny (AB, C, D),
- rodzaj zadanego przez zwierzę obrażenia (głębokość, rozległość i topograficzne usytuowanie),
- czas, który upłynął pomiędzy kontaktem z chorym zwierzęciem a rozpoczęciem szczepienia,
- wykonawstwo szczepienia i ewentualne błędy popełnione przy szczepieniu.

Trzy pierwsze elementy są czynnikiem warunkującym długość okresu inkubacji choroby. Kontakt z chorym na wścieklicznę zwierzęciem, drapieżnym w swej naturze, zawiera ryzyko głębokiego pokąsania, a tym samym wprowadzenia do organizmu ofiary większej ilości wirusa. Z te-

go względu ocena skuteczności stosowanej szczepionki powinna być oparta na wynikach szczepienia osób pokąsanych przez zwierzęta z potwierdzoną wścieklizną. W analizie skuteczności szczepionki powinno być uwzględnione wykonawstwo szczepienia; późne stosowanie szczepionki po ekspozycji, niewłaściwy schemat szczepienia, przerwy w szczepieniu niezgodne z zaleceniem producenta — nie obciążają szczepionki w przypadku nieskutecznego szczepienia. Granicę 14 dni rozpoczęcia szczepienia po zakażeniu, powyżej której maleje skuteczność szczepienia przyjęto wg kryteriów zastosowanych przez *Mc Kendrick* (2).

WYNIKI ANALIZY

Zależność, jaka występuje w Polsce pomiędzy rodzajem i liczebnością źródeł zakażenia a liczbą szczepionych ludzi ilustruje tabela I.

Źródłem zakażenia wścieklizną w Polsce w omawianym okresie był lis rudy, stanowiący 65^{0/0} wszystkich przypadków wścieklizny wśród zwierząt. Wśród 23 786 osób szczepionych przeciw wściekliznie, 5314 (22^{0/0}) poddało się szczepieniu z powodu kontaktów z lisami, przy czym 4437 miało kontakt z lisem z potwierdzoną wścieklizną, zaś 872 z lisa-

Tabela I. Zwierzęce źródło zakażenia wścieklizną w Polsce i kształtowanie się wskazań do szczepień ludzi w latach 1974—1980

Zwierzęta	Liczby zarejestrowanych zwierząt chorych	%	Liczby szczepionych ludzi mających kontakt ze zwierzętami			Łączna liczba szczepionych osób ⁴⁾	%
			AB ¹⁾	C ²⁾	D ³⁾		
Psy	498	6	1 457	4 867	2 009	8 333	35
Koty	901	10	1 864	1 851	155	3 870	16
Zwierzęta hodowlane	583	7	1 377	320	48	1 745	8
Dzikie lisy	5820	65	4 437	872	5	5 314	22
Inne zwierzęta dzikie	1084	12	2 326	2 186	12	4 524	19
Łącznie	8886	100	11 461	10 096	2229	23 786	100

- 1) AB — Zwierzęta chore na wściekliznę, diagnoza potwierdzona laboratoryjnie lub klinicznie,
- 2) C — Zwierzęta podejrzane, wścieklizna niewykluczona przyżyciowo lub pośmiertnie,
- 3) D — Zwierzęta zdrowe w momencie ekspozycji, poddane obserwacji lekarza wet.,
- 4) Z powodu kontaktu z chorymi ludźmi szczepiono 296 osób. Łączna liczba szczepionych wynosi 24 082 osoby.

mi, które nie były poddane badaniom laboratoryjnym. Wobec panującej epizootii wścieklicziny wśród lisów, znajdowane przez ludność padłe lisy lub lisy atakujące ludzi i zwierzęta domowe można praktycznie uznać za zwierzęta chore na wścieklicznę. Psy i koty stanowią 15% wśród zwierząt zakażonych.

Na skutek kontaktu z wściekłymi psami i kotami szczepiło się 3321 osób (14% ogółu szczepionych) oraz 8882 osoby — (37% ogółu szczepionych) na skutek kontaktu z psami i kotami podejrzanyymi o wścieklicznę.

Łącznie więc z powodu kontaktu ze zwierzętami domowymi szczepiło się 13 948 osób, co stanowi 59% ogółu szczepionych. Wpływ na skuteczność szczepień rodzaju i topografii obrażeń zadawanych ludziom przez zwierzęta, oceniono w grupie osób mających kontakt ze zwierzętami z potwierdzoną chorobą (AB).

Wyniki ilustruje tabela II.

Tabela II. Narażenie ludzi na zakażenie wściekliczną przez zwierzęta chore (AB) w Polsce w latach 1974—1980

Rodzaj narażenia	Liczba osób szczepionych z powodu				Łączna liczba szczepionych osób	‰
	psów i kotów	zwierząt hodowlanych	zwierząt dzikich drapieżnych ¹⁾	Innych zwierząt dzikich ²⁾		
Kontakty pośrednie	533	235	1537	547	2 852	25
Oślinienia	1578	1101	3078	1067	6 824	60
Podrapania i pokąsania	914	21	322	24	1 281	11
Pokąsania szczególnie niebezpieczne	173	4	53	5	235	2
Brak danych	123	16	114	16	269	2
Łącznie	3321	1377	5104	1659	11 461	100

1) lis, borsuk, kuna, jenot, tchórz

2) sarna, zając, królik, dzik

W grupie 11 461 osób narażonych na zakażenie wściekliczną przez zwierzęta chore, 1516 (13%) było podrapanych i pokąsanych, w tym 235 — (2%) pokąsanych niebezpiecznie.

W grupie osób pokąsanych, 1087 (72%) było pokąsanych przez psy i koty; 404 (27%) osoby były pokąsane przez zwierzęta dzikie.

Grupę 9676 osób (85%) poddano szczepieniu pomimo braku narusze-

nia powłok przez chore zwierzę. Podejrzewano możliwość zakażenia drogą kontaktu pośredniego, picia mleka od chorej krowy, dotykania skóry zwierzęcia, oślinienia przez chore zwierzę itp. Jakkolwiek w praktyce tego typu ekspozycje stanowią minimalne ryzyko zakażenia i zachorowania na wścieklicznę.

Wykonawstwo szczepień w tej grupie narażonych przez zwierzęta chore, ilustruje tabela III.

Tabela III. Postępowanie zapobiegawcze u osób narażonych na zakażenie wściekliczną przez zwierzęta chore (AB) w Polsce w latach 1974—1980

Przebieg szczepienia	Liczba szczepionych osób		Łącznie ³⁾
	pokąsanych ¹⁾	oślinionych lub powierzchniowo podrapanych ²⁾	
Łączna liczba szczepionych	1272	9920	11 192
Szczepionkę podano: do 72 godz. po ekspozycji	431	1351	1 782
4—6 dni po ekspozycji	311	1929	2 240
7—14 dni po ekspozycji	342	4037	4 379
powyżej 14 dni po ekspozycji	163	2317	2 480
Brak danych o czasie podania szczepionki	25	313	338
Liczby szczepionych zgodnie z instrukcją	1155	9288	10 443

- 1) Podano surowicę odpornościową przeciw wścieklicznę w 80 przypadkach,
- 2) Podano surowicę odpornościową przeciw wścieklicznę w 56 przypadkach,
- 3) W 269 przypadkach brak danych o rodzaju narażenia.

Analiza uwzględnia czas rozpoczęcia szczepień po ekspozycji, przestrzeganie zasad stosowania szczepionki oraz wpływ podawania surowicy odpornościowej na skuteczność szczepienia.

Wśród osób pokąsanych, 163 osoby zaszczepiono powyżej 14 dni od pokąsania, podobnie 2317 osób oślinionych.

Surowica odpornościowa przeciw wścieklicznę była podana w 80 przypadkach pokąsań (6%) oraz w 56 przypadkach braku naruszenia powłok.

Najczęściej popełnianym błędem w zalecanym schemacie szczepienia było pomijanie dawek przypominających szczepionki.

W latach 1974—1980 nie zachorowała na wściekliznę żadna osoba szczepiona, niezależnie od czasu podania szczepionki po narażeniu i schematu szczepienia; zmarło na wściekliznę w tym okresie 7 osób nieszczepionych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW ANALIZY

W Polsce źródło zakażenia wścieklizną stanowi lis rudy, lecz liczba osób szczepionych z powodu kontaktu z lisami oraz stopień narażenia przez nie ludzi nie jest wysoki (22⁰/o szczepionych, 0,4⁰/o cięższych obrażeń ciała).

Kontakt z lisami mają przede wszystkim określone środowiska zawodowe i ludność wiejska.

Pies i kot, związane bezpośrednio z warunkami życia człowieka stanowi najczęstszą przyczynę wskazań do szczepień, przede wszystkim jako zwierzę podejrzane o zakażenie.

Ze względu na panującą epizootię wścieklizny wśród lisów istnieje praktyczna możliwość kontaktu i zakażenia zwierząt domowych od chorych zwierząt dzikich, nie wykazujących naturalnej bojaźliwości i atakujących zagrody.

Dlatego w każdym przypadku pokąsania człowieka przez zwierzę domowe należy wykluczyć możliwość zakażenia wścieklizną; niemożność wykluczenia staje się podejrzeniem o zakażenie. Wśród zwierząt podejrzanych szansa znalezienia się zwierzęcia chorego jest nieznana i przypadkowa.

Z tego względu epidemiologiczna ocena skuteczności szczepień oparta o łączną liczbę osób szczepionych, narażonych przez zwierzęta zarówno chore jak i podejrzane, daje w wyniku tylko pozornie lepsze wskaźniki skuteczności stosowanej szczepionki.

Współczesna laboratoryjna ocena skuteczności szczepionki przeciw wściekliznie uwzględnia metody oceniające wartość antygenową szczepionki i stopień odpowiedzi humoralnej szczepionych ludzi i zwierząt, który to mechanizm nie stanowi decydującego dowodu skutecznego działania szczepionki podanej po zakażeniu (3, 4).

Z tego względu najważniejszym dowodem skutecznego działania szczepionki jest ochrona przed zachorowaniem osób poranionych przez chore zwierzęta.

Kazuistyka zgonów ludzi chorych na wściekliznę, u których w wywiadzie nie stwierdzono naruszenia powłok przez zwierzę przeważnie nie jest przekonująco udokumentowana ze względu na odległe retrospektywne dochodzenie okoliczności zakażenia.

Przypadki udokumentowane zdarzają się sporadycznie i z tego względu nie mogą mieć wpływu na ocenę skutecznego działania szczepionki (1).

Wynik nieskuteczny wg retrospektywnej oceny *Mc Kendrick* zdarza się średnio w jednym przypadku na 510 szczepionych (2). Pomyślne wyniki szczepienia 1272 osób pokąsanych w kraju przez zwierzęta chore w latach 1974—1980 mogą stanowić świadectwo skutecznego działania stosowanej szczepionki.

Celowość dalszego stosowania szczepionki typu *Semple'a* powinna być rozpatrywana w aspekcie jej bezpieczeństwa (odczyny neurologiczne) oraz niedogodności schematu szczepienia.

PODSUMOWANIE

Niewyjaśniony mechanizm ochronnego działania szczepionki przeciw wściekliznie podanej po ekspozycji powoduje, że najważniejszym dowodem skuteczności działania poszczególnych typów szczepionek i schematów ich stosowania są wyniki szczepienia narażonych na zakażenie ludzi. Analiza tego typu wymaga doboru odpowiednich przypadków i dłuższego czasu ich obserwacji.

Dobór danych do epidemiologicznej analizy skuteczności szczepień powinien być ujednoczony i uwzględniać czynniki decydujące o stopniu narażenia na zakażenie.

Д. Серока

ПРИНЦИПЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВАКЦИНАЦИИ ЛЮДЕЙ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА

Резюме

Целью работы была попытка унифицирования критериев эпидемиологической оценки эффективности антирабической вакцинации людей. Для анализа были выбраны факторы решающие о степени подвержения заболеванию, а именно: источник инфекции животного происхождения, результаты исследования животного в направлении бешенства, вид и локализация нанесённого больным животным повреждения, время применения вакцины после инфекции а также проведение вакцинации. Анализу были подданы 24 082 случая вакцинации людей в Польше в 1974—1980 годы. Положительные результаты вакцинации 1272 лиц искусанных больными животными, в том числе 163 лиц вакцинированных спустя более чем 14 дней после инфекции, могут быть доказательством эффективного действия применяемой в Польше вакцины типа Семпля. В 1974—1980 годы не заболело бешенством ни одно вакцинированное лицо; умерло в результате бешенства 7 невакцинированных лиц. Целесообразность дальнейшего применения вакцины типа Семпля должна рассматриваться в аспекте её безопасности (неврологические реакции) а также неудобной схемы вакцинации.

D. Seroka

PRINCIPLES OF EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF THE EFFICACY
OF RABIES VACCINATION IN HUMAN BEINGS

Summary

An attempt was made to unify the criteria for epidemiological evaluation of the efficacy of human vaccination against rabies. In each case of vaccination the analysis was based on factors decisive for exposure, namely animal source of infection, results of testing the animal for rabies, type and localization of injury by sick animal, time of vaccine administration after infection, and performance of vaccination. A total of 24 082 human cases were analyzed, vaccinated in Poland in the period 1974—1980. Positive results of vaccination in 1272 persons wounded by sick animals, including 163 persons vaccinated more than 14 days after infection, may prove the applied Semple type vaccine to be effective. None of the vaccinated persons fell ill with rabies in the period 1974—1980, and 7 fatal cases were noted among nonvaccinated subjects. The need for further application of Semple type vaccine should be considered taking into account its safety (neurological reactions) and inconvenient vaccination schedule.

PIŚMIENNICTWO

1. Gräni R., Wandeler A., Steck F., Röslı R.: Schweiz. Med. Wschr., 108, 16, 593, 1978. — 2. Mc. Kendrick A. G. cyt. wg Webster L. T. Rabies, New York, 1942. — 3. Wiktor T. J. i wsp.: Develop. Biol. Stand. 40, S. Karger, 171, 1978. — 4. Wiktor T. J.: Develop. Biol. Stand. 40, S. Karger, 255, 1978. — 5. WHO Expert Committee on Rabies, Sixth, Report, Genewa, 1973.

Adres: 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24 Zakład Epidemiologii PZH

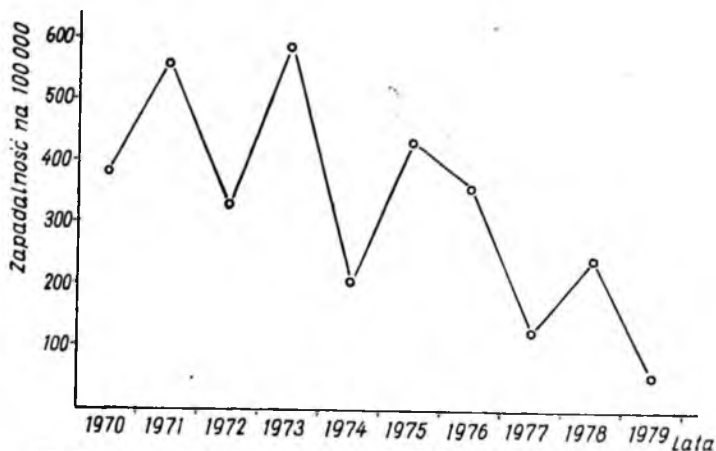
Daniela Imbs, Joanna Lityńska

SEROEPIDEMIOLOGICZNE BADANIA W KIERUNKU ODRY
U DZIEWCZĄT I KOBIEŃ W POLSCEZakład Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
Kierownik: prof. dr M. Kańtoch

W pracy określono częstość występowania i poziom przeciwciał przeciwdrozwych u dziewcząt i kobiet zamieszkujących tereny wylosowane do prowadzenia obserwacji epidemiologicznych. Zbadano 1887 surowic testem zahamowania hemaglutynacji. W grupach wieku 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40 lat i więcej, odsetki dodatnich wyników badań wynosiły odpowiednio: 73,4%, 87%, 92,2%, 92,9%, 88,7%, 96,9%, 97%, 96,7%, 96%, a wartości średnich geometrycznych mian kształtowały się na poziomie odpowiednio: 15,3; 37,3; 27,3; 21,0; 14,1; 19,3; 24,0; 24,8 i 21,2. Stwierdzono wysoki stopień serokonwersji i utrzymywania się na zbliżonym poziomie odporności mierzonej obecnością swoistych przeciwciał zarówno po szczepieniu jak i po przechorowaniu odry.

W 1959/60 roku przeprowadzono serologiczne badania w kierunku przeciwciał przeciwko wirusowi odry u mieszkańców Gdańska (4), w latach 1965-1967 analogiczne badania u mieszkańców z wybranych terenów kraju. Stwierdzono, że procent seropozytywnych (z poziomem przeciwciał $\geq 1:10$) stanowił średnio 78,1% zbadanych osób ale u dzieci do lat 4 przeciwciała przeciwdrozwowe posiadało tylko 50% badanych (8).

W 1972 roku rozpoczęto w Polsce akcję szczepień dzieci atenuowaną szczepionką L-16 produkcji ZSRR oraz przeprowadzono ocenę odpowiedzi immunologicznej i odczynów poszczepiennych obserwowanych w warunkach akcji szczepień (2, 3, 5).



wg D. Naruszewicz-Lesiuł, Przegl. Epidem. 1981, 35 (1) 45

Ryc. 1. Zapadalność na odrę w Polsce w latach 1970-1979.

Obecna praca miała na celu zbadanie częstości występowania i poziomu przeciwciał przeciwodrowych po 7 latach od rozpoczęcia masowych szczepień ochronnych przy zapadalności wynoszącej poniżej 100/100.000 ludności (ryc. 1) oraz porównanie wyników tych badań u osób szczepionych, osób które przechorowały odrę i u osób które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze.

MATERIAŁ I METODY

Do oznaczenia przeciwciał przeciwodrowych wykorzystano surowice pobrane w 1979 roku od zdrowych dziewcząt i kobiet do seroepidemiologicznych badań w kierunku różyczki (1).

Ogółem zbadano 1887 surowic, wśród których były 982 surowice (52%) od osób z miasta i 905 surowic (48%) od osób ze wsi.

Przeciwciała przeciwko wirusowi odrę oznaczono w surowicach testem zahamowania hemaglutynacji wg poprzednio opisaney metodyki (3). Mianem surowicy było jej najwyższe rozcieńczenie całkowicie hamujące hemaglutynacyjne właściwości wirusa.

W celu porównania częstości występowania przeciwciał w odpowiednich grupach wieku wśród mieszkańców miast i wsi, zastosowano test χ^2 przyjmując $p > 0,05$. Różnice między wartościami średnich geometrycznych mian przeciwciał wśród dzieci szczepionych, nieszczepionych i dzieci które przechorowały odrę, oceniano przy pomocy testu t-Studenta, przyjmując poziom istotności $\alpha > 0,05$.

WYNIKI

Występowanie przeciwciał przeciwodrowych u dziewcząt i kobiet w Polsce przedstawiono w tabeli I.

Wśród zbadanych ogółem 1887 osób, przeciwciała przeciwko wirusowi odrę na poziomie co najmniej 1:4 posiadało 1650 badanych (87,4%) z czego 1468 (77,8%) na poziomie $\geq 1:8$.

Wśród niemowląt, najwyższy odsetek seropozytywnych, stwierdzony w grupie noworodków, malał z wiekiem badanych aż do 9 miesiąca życia. W wieku od 10 miesięcy następował wzrost odsetka osób posiadających swoiste przeciwciała i już u dzieci od 10 roku życia przewyższał on podobnie jak u kobiet dorosłych 90% badanych.

Wartości średnich geometrycznych mian przeciwciał przeciwodrowych były w grupie niemowląt najwyższe wśród noworodków i zbliżone do analogicznych wartości wśród kobiet w wieku rozrodczym. U niemowląt starszych do 9 miesiąca życia, obserwowano stopniowy spadek mian, po czym w starszych grupach dziecięcych miana przeciwciał przeciwodrowych narastały z wiekiem. Od 10 roku życia do 24 lat obserwowano ponownie stopniowe obniżenie się średnich wartości mian i u kobiet w wieku powyżej 25 lat miana przeciwciał narastały, uzyskując najwyższą wartość w grupie kobiet powyżej 35 roku życia (1:24,8).

Wartości średnich geometrycznych mian obliczone dla seropozytywnych osób w każdej grupie wieku, były odpowiednio wyższe i kształtowały się wśród niemowląt od 1:47,2 u noworodków, do 1:11,1 w wieku 7—9 miesięcy. U dzieci w wieku 1—9 lat średnie miana wahały się w granicach 1:67,8—1:82,1 u dzieci starszych w wieku 10—14 lat wyno-

siły od 1 : 32,1 do 1 : 42,2. Wśród dziewcząt powyżej 15 roku życia i u kobiet dorosłych wartości średnich geometrycznych mian kształtowały się na poziomie w granicach 1 : 31,7 do 1 : 22,9.

Występowanie przeciwciał przeciwodrowych wśród mieszkańców miast i wsi przedstawiono w tabeli II i na ryc. 2.

Tabela I. Występowanie przeciwciał przeciwodrowych i średnie geometryczne mian w surowicach dziewcząt i kobiet w Polsce w 1979 roku

Wiek	Liczba badanych	Dodatnich		Miano przeciwciał w OZHA					
		liczba	%	0	4—8	16—32	64—128	256+	średnie geometr. mian
Noworodki	114	109	95,6	5	7	37	59	6	39,8
1—3 m.	70	56	80,0	14	12	18	21	5	15,4
4—6 m.	49	26	53,1	23	9	9	8	—	5,4
7—9 m.	63	28	44,4	35	17	17	4	—	2,9
10—11 m.	45	23	51,1	22	6	13	4	—	4,5
Razem do 11 m.	341	242	71,0	99	51	84	96	11	11,4
1—2 lata	87	59	67,8	28	3	12	33	11	18,3
3—4 lata	91	80	87,9	11	2	21	36	21	48,2
Razem do 4 lat	519	381	73,4	138	56	117	165	43	15,3
5—6 lat	99	87	87,9	12	2	21	47	17	40,6
7—9 lat	131	113	86,3	18	1	32	52	28	41,8
Razem 5—9 lat	230	200	87,0	30	3	53	99	45	37,3
10—11 lat	102	91	89,2	11	6	34	45	6	28,2
12—14 lat	142	134	94,4	8	17	69	45	3	26,4
Razem 10—14 lat	244	225	92,2	19	23	103	90	9	27,3
15—19 lat	252	234	92,9	18	17	122	89	6	21,0
20—24 lata	133	118	88,7	15	17	69	32	—	14,1
25—29 lat	129	125	96,9	4	16	73	33	3	19,3
30—34 lata	134	130	97,0	4	19	73	33	5	24,0
35—39 lat	120	116	96,7	4	15	57	43	1	24,8
40 + lat	126	121	96,0	5	16	70	34	1	21,2

We wszystkich grupach wieku odsetek seropozytywnych osób ze środowisk miejskich i wiejskich był zbliżony, z wyjątkiem dzieci w wieku 10—11 miesięcy, gdzie wśród mieszkańców miasta było niemal 2-krotnie więcej dzieci (62,5%) posiadających przeciwdziałła przeciwodrowe w porównaniu z analogiczną grupą wieku dzieci ze wsi (36,4%) i różnica ta była statystycznie znamienne ($p > 0,05$).

W tabeli III przedstawiono wyniki badań serologicznych u dzieci w zależności od przebytej odry lub szczepienia.

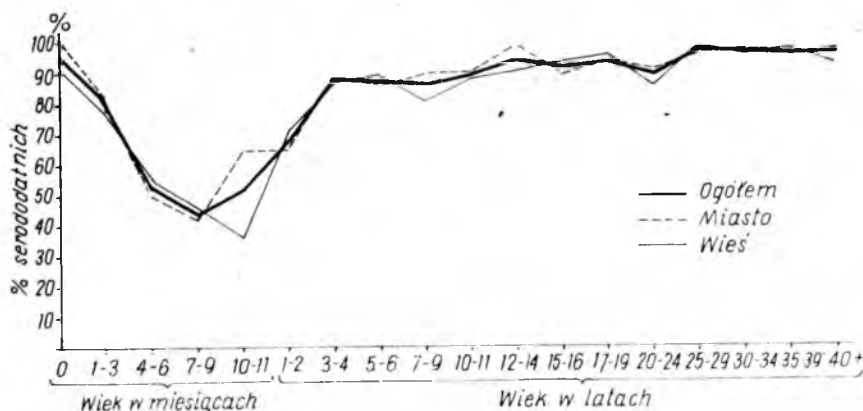
U niemowląt w wieku do 11 miesięcy, co do których udało się uzyskać odpowiednie dane, odsetki seropozytywnych wśród dzieci które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze oraz wartości średnich

Tabela II. Występowanie przeciwciał przeciwdrozwych i średnie geometryczne mian u dziewcząt i kobiet z terenów miejskich i wiejskich w Polsce w 1979 roku wg wieku

Wiek	miasto								wieś							
	ogółem		miana przeciwciał w OZHA					średnie geometr. mian	ogółem		miana przeciwciał w OZHA					średnie geometr. mian
	+/bad.	%	0	4-8	16-32	64-128	256+		+/bad.	%	0	4-8	16-32	64-128	256+	
Noworodki	59/59	100,0	—	3	19	36	1	46,5	50/55	90,9	5	4	18	23	5	33,8
1—3 m.	28/34	82,4	6	6	10	9	3	15,9	28/36	77,8	8	6	8	12	2	14,9
4—6 m.	10/20	50,0	10	3	3	4	—	5,4	16/29	55,2	13	6	6	4	—	5,3
7—9 m.	10/24	41,7	14	6	2	2	—	2,7	18/39	46,2	21	11	5	2	—	3,0
10—11 m.	15/23	65,2	8	4	7	4	—	7,4	8/22	36,4	14	2	6	—	—	2,7
Razem do 11 m.	122/160	76,3	38	22	41	55	4	14,2	120/181	66,3	61	29	43	41	7	9,1
1—2 lata	30/46	65,2	16	1	6	17	6	16,9	29/41	70,7	12	2	6	16	5	20,0
3—4 lata	41/46	89,1	5	1	9	20	11	51,7	39/45	86,7	6	1	12	16	10	44,9
Razem do 4 lat	193/252	76,6	62	24	56	92	21	18,6	188/267	70,4	79	32	61	73	22	13,4
5—6 lat	45/52	86,5	7	1	13	22	9	37,5	42/47	89,4	5	1	8	25	8	44,2
7—9 lat	69/77	89,6	8	1	21	33	14	43,5	44/54	81,5	10	—	11	19	14	39,5
Razem 5—9 lat	114/129	88,4	15	2	34	55	23	41,0	86/101	85,1	15	1	19	44	22	41,6
10—11 lat	46/51	90,2	5	4	18	22	2	26,1	45/51	88,2	6	2	16	23	4	30,5
12—14 lat	68/69	98,6	1	10	36	20	2	29,3	66/73	90,4	7	7	33	25	1	24,0
	114/120	95,0	6	14	54	42	4	27,9	111/124	89,5	13	9	49	48	5	26,5
15—19 lat	120/132	90,9	12	10	62	47	1	22,6	114/120	95,0	6	7	60	42	5	27,3
20—24 lata	71/78	91,0	7	7	42	22	—	18,8	47/55	85,5	8	10	27	10	—	12,9
25—29 lat	65/68	95,6	3	12	31	21	1	21,5	60/61	98,4	1	4	42	12	2	25,0
30—34 lata	71/73	97,3	2	15	37	17	2	22,1	59/61	96,7	2	4	36	16	3	26,6
35—39 lat	66/69	95,7	3	11	31	23	1	20,1	50/51	98,0	1	4	26	20	—	28,1
40+ lat	60/61	98,4	1	7	37	16	—	21,4	61/65	93,3	4	9	33	18	1	21,0

Tabela III. Występowanie przeciwciał przeciwdrozwych i średnie geometryczne mian w zależności od przebytej choroby lub szczepienia

Wiek	Ogółem				Nie szczepieni, nie chrowali				Po przebytej odrze				Po szczepieniu			
	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian
		1.	%			1.	%			1.	%			1.	%	
Noworodki	114	109	95,6	39,8	114	109	95,6	39,8								
1—3 m.	70	56	80,0	15,4	59	48	81,4	15,6								
4—6 m.	49	26	53,1	5,4	46	26	56,5	6,0								
7—9 m.	63	28	44,4	2,9	50	18	36,0	2,3								
10—11 m.	45	23	51,1	4,5	38	17	44,7	3,4	1	1						
1—2 lata	87	59	67,8	18,3	35	12	34,3	4,0	5	4			32	30	93,8	51,7
3—4 lata	91	80	87,9	48,2	6	4	—	20,6	21	19	90,5	80,9	43	41	95,3	50,3
5—6 lat	99	87	87,9	40,6	13	6	46,2	6,7	23	22	95,7	88,6	45	43	95,6	39,3
7—9 lat	131	113	86,3	41,8	25	14	56,0	10,1	47	45	95,7	67,5	21	20	95,2	43,9
10—11 lat	102	91	89,2	28,2	21	14	66,7	10,1	42	41	97,6	44,4	2	1		
12—14 lat	142	134	94,4	26,4	21	18	85,7	12,8	72	70	97,2	30,2	1	—		



Ryc. 2. Występowanie przeciwciał przeciwodrowych u zdrowych dziewcząt i kobiet w Polsce w 1979 r.

geometrycznych mian były zbliżone do odpowiednich wyników badań całej grupy, z której osoby te zostały wyselekcjonowane.

Wśród dzieci w wieku 1—2 lata tylko w sporadycznych przypadkach zarejestrowano przebytą odrę. Wśród dzieci szczepionych, w tej grupie, odsetek seropozytywnych jak i wartości średnich geometrycznych mian przeciwciał przeciwodrowych były wyższe w porównaniu z dziećmi które nie chorowały i nie były szczepione, i różnice te były statystycznie znamienne ($p > 0,05$, $\alpha > 0,05$).

Wśród dzieci w wieku 3—9 lat stwierdzono wysoką serokonwersję dla wirusa odrzy zarówno wśród dzieci które przechorowały odrę (do 95,7⁰%) jak i które były szczepione (do 95,6⁰%), natomiast wartości średnich geometrycznych mian wśród dzieci, które chorowały były wyższe w porównaniu z dziećmi szczepionymi i różnice te były w odpowiednich grupach wieku statystycznie znamienne ($p > 0,05$, $\alpha > 0,05$). Wśród dzieci w tych samych grupach wieku, które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze zarówno odsetki seropozytywnych osób jak i średnie geometryczne mian były niższe w porównaniu z odpowiednimi wartościami wśród szczepionych oraz osób które przechorowały odrę, a różnice te były statystycznie znamienne ($p > 0,05$; $\alpha > 0,05$).

Wśród starszych dzieci w wieku 10—14 lat, sporadycznie rejestrowano szczepionych przeciwko odrze. Dla dzieci które przechorowały odrę odsetek seropozytywnych był wysoki i kształtował się powyżej 90⁰% a wartości średnich geometrycznych mian układały się powyżej 1:30 natomiast u osób które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze, odpowiednie wartości były znacznie niższe i różnice te były statystycznie znamienne ($p > 0,05$; $\alpha > 0,05$).

W tabeli IV przedstawiono utrzymywanie się przeciwciał przeciwodrowych w zależności od czasu po chorobie lub szczepieniu.

Wśród dzieci które przechorowały odrę, ponad 95⁰% badanych posiadało swoiste przeciwciała przez okres co najmniej 5 lat po przebytej chorobie, natomiast wartości średniej geometrycznej mian spadała po upływie roku od zachorowania w stosunku do poziomu jaki utrzymywał się od 6 miesięcy. Po 3 latach ponownie stwierdzono znaczny wzrost średniej, która w późniejszym okresie po przebytej odrze (do 5 lat i więcej) kształtowała się na poziomie nie przekraczającym 1:32,4.

Tabela IV. Występowanie przeciwciał przeciwodrowych zależnie od czasu po chorobie (szczepieniu)

Okres czasu po chorobie/szczepieniu	Po przebytej odrze				Po szczepieniu			
	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian	bad.	dodatnich		średnie geometr. mian
		liczba	%			liczba	%	
do 6 miesięcy	4	4	—	93,2	14	14	100,0	69,5
7—12 m.	9	8		49,8	26	25	96,2	42,0
2 lata	22	20	90,9	62,9	56	52	92,6	47,2
3 lata	28	28	100,0	112,5	15	15	100,0	71,6
4 lata	27	26	96,3	54,3	14	12	85,7	29,7
5 lat i więcej	120	115	95,8	32,4	18	17	94,4	29,9
Razem	210	201	95,7	43,8	143	135	94,4	44,9

U dzieci szczepionych stwierdzono do 3 lat po szczepieniu serokonwersję wynoszącą niemal 100%, z nieistotnymi statystycznie wahaniami. Po 4 latach po szczepieniu stwierdzono spadek odsetka dodatnich wyników i po 5 latach ponowny wzrost powyżej 90%. Wartości średnich geometrycznych mian wykazywały po 5 latach od szczepienia 2-krotny spadek w stosunku do średniej miana po 6 miesiącach po immunizacji. Tylko wśród dzieci badanych po 3 latach od chwili szczepienia stwierdzono podobnie jak u dzieci które przechorowały odrę, wzrost średniej geometrycznej mian przeciwciał przeciwodrowych.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Wyniki badań serologicznych w kierunku przeciwciał przeciwko wirusowi odry, u dziewcząt i kobiet w Polsce, wykazywały wzrost odsetka seropozytywnych osób w 1979 roku, w porównaniu z latami 1965—67, kiedy zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet swoiste przeciwciała stwierdzono u 78,1% zbadanych.

Największe różnice — 1,5—2 krotnie (tabela V) dotyczyły dzieci w wieku do 4 lat.

Stwierdzone statystycznie znamienne różnice w częstości występowania przeciwciał przeciwodrowych wśród niemowląt w wieku 10—11 miesięcy na wsi i w mieście, związane być może są z faktem że starsze niemowlęta nie są w Polsce objęte akcją szczepień ochronnych i na wyniki badań serologicznych mogła rzutować sytuacja epidemiologiczna odry w okresie prowadzenia badań (ryc. 3).

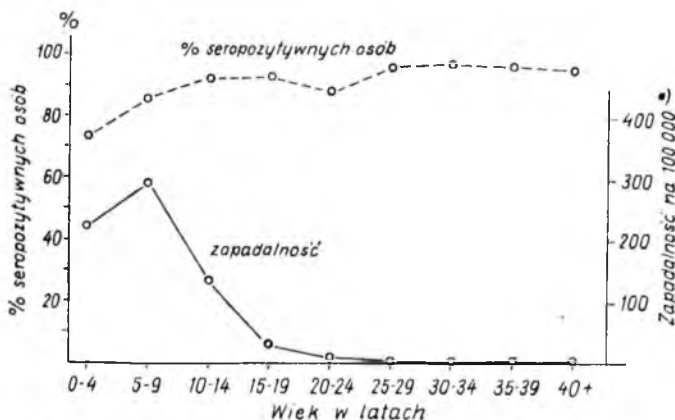
Porównanie wyników badań wśród dzieci, które przechorowały odrę, dzieci szczepionych i dzieci które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze wskazują, że odpowiedź immunologiczna po podaniu szczepionki, mierzona obecnością swoistych przeciwciał, jest analogiczna z odpowiedzią po naturalnym zakażeniu. Zbliżone odsetki seropozytywnych osób wśród szczepionych i wśród dzieci które chorowały na odrę wskazują na wysoką immunogenność szczepionki stosowanej do immunoprofilaktyki w naszym kraju, jednakże miana przeciwciał wytwarzanych w wyniku szczepienia były niższe w porównaniu z mianami po naturalnym zakażeniu.

Średnie geometryczne mian przeciwciał przeciwodrowych u szczepionych i u dzieci które przechorowały odrę malały niemal 2-krotnie

Tabela V. Porównanie częstości występowania przeciwciał przeciwdrozwych w różnych grupach wieku w latach 1965—1967 i 1979 w Polsce

1965—1967			1979		
Wiek	+/bad.	%	Wiek	+/bad.	%
1	16/52	30,7	1—2	59/87	67,8
2—4	65/131	49,7	3—4	80/91	87,9
5—7	96/123	77,9	5—9	200/230	87,0
8—10	84/102	82,3			
11—14	107/127	84,2	10—14	225/244	92,2
15—20	182/218	83,4	15—19	234/252	92,9
21—30	227/267	85,1	20—24	118/133	88,7
			25—29	125/129	96,9
31—40	218/265	82,3	30—34	130/134	97,0
			35—39	116/120	96,7
41—50	197/240	82,0	40+	121/126	96,0

po upływie 5 lat od choroby lub szczepienia. Stwierdzony po 3 latach wzrost wartości średnich mian w obu wymienionych grupach dzieci dotyczył osób w wieku około 4 lat, a więc w pierwszym roku uczęszczania do przedszkola co mogło sprzyjać wtórnemu kontaktowi dzieci z wirusem odry.



*) wg D. Naruszewicz-Lesiuk, Przegląd Epidemiol. 1981, 35 (1) 45

Ryc. 3. Występowanie przeciwciał przeciwdrozwych u zdrowych dziewcząt i kobiet w Polsce w III 1979 r. i zapadalność na odrę w 1979 r.

Wśród dzieci w wieku powyżej 6 miesiąca życia, które nie chorowały i nie były szczepione przeciwko odrze stwierdzono stosunkowo wysoki odsetek seropozytywnych osób, przy jednocześnie niskich średnich wartościach mian swoistych przeciwciał. Może to sugerować z jednej strony dużą częstość bezobjawowych zakażeń wirusem odry u dzieci, ale na uzyskane wyniki mogło również rzutować częste stosowanie u małych dzieci immunoglobuliny dla celów profilaktyki różnych zakażeń w tym także wzw.

Przedstawione wyniki badań dotyczą wyłącznie populacji kobiecej jednakże istniejące nieznaczne różnice w zapadalności na odrę wśród mężczyzn i kobiet w Polsce we wszystkich grupach wieku sugerują, że wyniki niniejsze mogą być także w pewnym stopniu miarodajne dla oceny odporności przeciwodrowej całej populacji w naszym kraju (6).

Д. Имбс, Й. Литиньска

СЕРОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАПРАВЛЕНИИ КОРИ У ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН В ПОЛЬШЕ

Резюме

Всего было исследовано 1887 проб сыворотки крови взятой от лиц в возрасте: 0—4, 5—9, 10—14, 15—19, 20—24, 25—29, 30—34, 35—39 и 40 и больше лет. Процент сероположительных лиц в отдельных возрастных группах составлял: 73,4, 87,0, 92,2, 92,9, 88,7, 96,9, 97,0, 96,7 и 96,0, а величина средних геометрических титров составляла соответственно: 15,3, 37,3, 27,3, 21,0, 14,1, 19,3, 24,0, 24,8 и 21,2.

У детей в возрастных группах 1—2, 3—4, 5—6, 7—9, 10—11 и 12—14 которые болели корью, процент сероположительных лиц составлял соответственно 90,5, 95,7, 95,7, 97,6, 97,2, а среднее геометрическое значение титров составляло соответственно: 79,7, 80,9, 88,6, 67,5, 44,4 и 30,2. Среди детей в аналогичных возрастных группах, которые были вакцинированы против кори, процент сероположительных лиц составлял соответственно: 93,8, 95,3, 95,6, 95,2 а значения средних титров равнялись 51,7, 50,3, 39,3, 43,9.

Среди детей, которые не болели и не были вакцинированы против кори, процент сероположительных случаев в вышеперечисленных возрастных группах составлял 34,3, 46,2, 56,0, 66,7, 85,7 а величина средних геометрических титров находилась в пределах соответственно: 4,0, 20,6, 6,7, 10,1, 10,1, 12,8.

В течение 5 лет после болезни процент сероположительных лиц составлял 95,8 а средняя геометрическая титра — 1:32,4 аналогичные значения для вакцинированных детей составляли 94,4 и 1:29,9.

D. Imbs, J. Lityńska

SEROEPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF MEASLES AMONG GIRLS AND WOMEN IN POLAND

Summary

A total of 1887 sera were tested from persons in age groups 0—4, 5—9, 10—14, 15—19, 20—24, 25—29, 30—34, 35—39, 40 and more. Percents of seropositive persons in these groups were 73.4, 87.0, 92.2, 92.9, 88.7, 96.9, 97.0, 96.7, and 96.0, and geometric mean titers were 15.3, 37.3, 27.3, 21.0, 14.1, 19.3, 24.0, 24.8, and 21.2, respectively.

Among children in age groups 1—2, 3—4, 5—6, 7—9, 10—11, and 12—14 who underwent measles, percent of seropositivity was 90.5, 95.7, 95.7, 97.6, 97.2, and geometric mean titers were 79.7, 80.9, 88.6, 67.5, 44.4, and 30.2 respectively. Among vaccinated children in the same age groups percent seropositively was 93.8, 95.3, 95.6, 95.2, and geometric mean titers were 51.7, 50.3, 39.3, and 43.9 respectively.

Among healthy children who were not vaccinated, in the above age groups percent seropositivity was 34.3, 46.2, 56.0, 66.7, and 85.7, and geometric mean titers were 4.0, 20.6, 6.7, 10.1, 10.1, and 12.8 respectively.

In a period up to 5 years after the disease percent seropositivity was 95.8 and geometric mean titer 1:32.4, while for vaccinated children these values were 94.4 and 1:29.9 respectively.

PIŚMIENNICTWO

1. D. Imbs, H. Rudnicka, A. Prus: *Przeg. Epid.*, 1980, 34, 3, 241. — 2. M. Kańtoch, D. Naruszewicz-Lesiuk, I. Polna, J. Lityńska: *Przeg. Epid.*, 1976, 30, 2, 235. — 3. M. Kańtoch, D. Naruszewicz-Lesiuk, I. Polna, J. Lityńska: *Przeg. Epid.*, 1974, 28, 3, 325. — 4. M. Morzycka: *Arch. Immunol. Terap. Dośw.*, 1960, 8, 695. — 5. D. Naruszewicz-Lesiuk, M. Kańtoch, I. Polna: *Przeg. Epid.*, 1974, 28, 3, 315. — 6. D. Naruszewicz-Lesiuk: *Przeg. Epid.*, 1979, 33, 1, 63. — 7. D. Naruszewicz-Lesiuk: *Przeg. Epid.*, 1980, 34, 1, 21. — 8. I. Polna: *Epid. Rev.*, 1971, 25, 2, 222.

Adres: 09-791 Warszawa, ul. Chocimska 24, Zakład Wirusologii PZH

*Danuta Prokopowicz, Dorota Szadkowska, Henryka Mięgoć,
Ryszard Kossakowski, Remigiusz Grabowski*

ANALIZA EPIDEMIOLOGICZNO-KLINICZNA ZATRUCIA JADEM KIEŁBASIANYM

Klinika Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Białymstoku,
Kierownik: prof. dr med. P. Boroń: Oddział Dziecięcy Zakaźny
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białymstoku,
Dyrektor: dr med. A. Jakubowski

Przeprowadzono charakterystykę epidemiologiczną i kliniczną zatrucia jadem kiełbasianym u 128 chorych z regionu białostockiego leczonych w latach 1974—1981. Stwierdzono aktualność choroby na tym terenie i istniejące trudności diagnostyczne.

Zatrucie jadem kiełbasianym pomimo postępu w konserwowaniu środków żywności ciągle jeszcze występuje w Polsce i na świecie (19). Wg ostatnich danych wskaźnik zapadalności na tę chorobę w Polsce wynosił w latach 1967—1976 od 0,7 do 1,3 (4) a w roku 1979 — 1,1 (3). Uwzględniając tę aktualność choroby przedstawiono jej aspekty epidemiologiczne i kliniczne na podstawie 7-letniej analizy chorych z regionu białostockiego.

MATERIAŁ I METODY

Badania dotyczyły 124 chorych dorosłych i 4 dzieci leczonych z rozpoznaniem *botulismus* w okresie od stycznia 1974 r. do stycznia 1981 r. W postępowaniu uwzględniono: zachorowalność w latach, płeć i wiek chorych, typ epidemiologiczny zachorowań, zawód i środowisko chorych, rodzaj spożywanych produktów stanowiących domniemane źródło choroby, długość inkubacji, częstość występowania wstępnych objawów choroby, ciężkość przebiegu i powikłania, czas trwania hospitalizacji, śmiertelność oraz kryteria diagnostyczne.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Jak to wynika z tab. I liczba dorosłych chorych z zatruciem jadem kiełbasianym leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych AM w Białymstoku w latach 1974—1981 wykazuje tendencje wzrostowe, szczególnie od r. 1978 (tab. I). Wśród obserwowanych chorych nie występowała przewaga żadnej z płci, ponieważ kobiety stanowiły 49% a mężczyźni 51%. Dane te są zbliżone do ogólnopolskich (1). Wiek chorych był różny jak to uwidoczniło w tab. II. Zwraca uwagę fakt, że chorobę rozpoznano aż u 124 dorosłych i tylko u 4 dzieci w wieku 3, 6, 7 i 13 lat, podczas gdy ogólna liczba hospitalizowanych w tym okresie chorych dorosłych z różnymi rozpoznaniem odpowiadała liczbie dzieci. Analiza zawodu wykonywanego przez chorych wykazała przewagę pracowników fizycznych — 44 chorych lub rolników — 36 chorych. Pozostali chorzy byli pracownikami umysłowymi (18), uczniami (18), lub rencistami (9).

Tabela I. Częstość rozpoznawania zatrucia jadem kiełbasianym w latach 1974—1980

Rok	Liczba chorych dorosłych
1974	15
1975	6
1976	13
1977	15
1978	27
1979	23
1980	25
Razem	124

Tabela II. Wiek dorosłych chorych z zatruciem jadem kiełbasianym

Wiek	do 20 roku	21—30 lat	31—40 lat	41—50 lat	51—60 lat	powyżej 60 lat
Liczba chorych	33	22	22	19	16	12

Spośród 128 chorych aż 98, tj. 77⁰/₀ pochodziło ze środowiska wiejskiego lub małych miasteczek. Wg Anusza (4) w Polsce w ostatnich latach obserwuje się występowanie tej choroby głównie wśród ludności wiejskiej która stanowi 80,3⁰/₀ chorych.

Analizę rodzaju produktów spożywczych jako domniemanego źródła i bezpośredniej przyczyny choroby przedstawiono w tabeli III. Z danych tych wynika, że mięsny produkt przygotowany sposobem domowym w postaci „Wecków”, wędlin, mięsa solonego, wędzonego lub peklowanego spowodował chorobę u 53⁰/₀ chorych. Ponadto ok. 10⁰/₀ chorych spożywało przygotowane w domu przetwory rybne, jarzynowo-owocowe lub roślinne. U pozostałych 35⁰/₀ chorych jako bezpośrednią przyczynę choroby wykryto produkt handlowy w postaci konserw mięsnych (20⁰/₀), konserw rybnych (7⁰/₀), ryb solonych lub marynowanych (2⁰/₀), wędlin (6⁰/₀). Obserwacje te są zbliżone do danych ogólnopolskich wg Anusza (4) za lata 1967—1976 gdzie przetwory produkcji domowej spowodowały chorobę w 79,8⁰/₀ przypadków, w tym mięso wieprzowe 76,1⁰/₀, ryby 3⁰/₀, rośliny 0,7⁰/₀, zaś konserwy przemysłowe wywołały chorobę u 20,2⁰/₀ chorych. Z analizy ogólnopolskiej przedstawionej w r. 1981 (3) wynika, że w ostatnich latach nastąpił wzrost odsetka zachorowań po konserwach przemysłowych do 37,9⁰/₀. Są to dane niepokojące. Informacje te noszą w sobie pewne cechy prawdopodobieństwa, ponieważ zależą od subiektywnej relacji chorych. Wśród obserwowanych przez nas chorych u 2 podejrzewano jako bezpośrednią przyczynę choroby zioła dziurawca przechowywane w zamkniętym słoiku typu „Wecka”, spożywane jako napar. Wiadomo, że dopiero 10-minutowe gotowanie niszczy toksynę botulinową. Argumentem uzasadniającym to

Tabela III. Rodzaje produktów spożywczych stanowiących domniemane źródło i bezpośrednią przyczynę choroby u 124 chorych dorosłych

Rodzaj produktu spożywczego		Liczba chorych	%
„Wecki”	jarzynowe	34	28
	rybne	4	3
	mięsne	3	2
Konserwy	mięsne	25	20
	rybne	8	7
Mięso	solone	7	6
	wędzone	4	3
	peklowane	11	9
Wędlina	produkt domowy	8	7
	produkt handlowy	7	6
Solone lub marynowane śledzie		2	2
Kompot		4	3
Zioła dziurawca		2	2
Nieustalone		5	2
razem		124	100

podejrzenie było wystąpienie choroby u 2 osób które wspólnie spożywały ten produkt.

Długość okresu inkubacji udało się ustalić u 63 chorych. Stosunkowo krótki okres inkubacji, od 3 do 24 godz, obserwowano u 43% tych chorych. U 46% chorych czas ten wynosił od 2 do 7 dni. U 9% chorych ustalono okres inkubacji na 8—14 dni. Jedynie u 2% chorych okres ten wydłużył się ponad 14 dni. U 2 chorych którzy zmarli w wyniku choroby odnotowano okresy inkubacji 3 i 6 dniowe.

Analizując częstość występowania wstępnych objawów klinicznych choroby (tab. IV) wykazano u 88% chorych osłabienie ogólne, u 85% suchość w jamie ustnej, u 83% tzw. „zamazane widzenie” u 28% podwójne widzenie i u poniżej 1% światłowstręt. Utrudnione połykanie towarzyszyło 70% chorych. Zaparcie stolca wystąpiło u 47% chorych, zaś biegunka u 25% chorych. Chrypkę stwierdzano u 30% chorych. Nudności lub wymioty obserwowano u 21% chorych. Jedynie spora-

Tabela IV. Częstość występowania wstępnych objawów zatrucia jadem kiełbasianym

Rodzaj objawu	Liczba chorych	%
Oslabienie ogólne	108	89
Suchość w ustach	105	86
Tzw. zamazane widzenie	101	83
Zaburzenia polykania	86	70
Zaparcie stolca	56	46
Chrypka	37	30
Tzw. podwójne widzenie	34	28
Biegunka	30	25
Nudności, wymioty	26	21
Bóle brzucha	9	7
Bóle głowy	4	3
Duszność	2	2
Utrudnione oddawanie moczu	1	1
Swiatłowstręt	1	1
Zawroty głowy	1	1
Bóle gardła	1	1
Bóle w dolku podsercowym	1	1
Wzdęcie brzucha	1	1
Zatrzymanie gazów	1	1

dycznie występowały bóle brzucha, głowy, gardła lub w ok. dolka podsercowego, zawroty głowy, duszność, utrudnione oddawanie moczu, wzdęcie brzucha bądź zatrzymanie gazów.

W dalszym przebiegu badaniem fizykalnym u chorych stwierdzano osłabienie siły mięśniowej lub niedowłady mięśni, suchość błon śluzowych, opadnięcie podniebienia miękkiego, obniżenie lub zniesienie odruchu polykowego, opadanie powiek często asymetryczne, poszerzenie źrenic i brak ich reakcji na światło i akomodację, tachykardię i głuchosc tonów serca.

U połowy chorych stwierdzano zmiany w EKG pod postacią przyspieszenia rytmu zatokowego, zaburzeń przewodnictwa śródprzedsionkowego i śródkomorowego, zaburzeń repolaryzacji komór. U pojedynczych chorych występowały cechy niedotlenienia mięśnia sercowego lub blok prawej odnogi pęczka Hisa*. U 4 chorych z powodu duszności z okresowymi bezdechami i sinicą wykonano tracheostomię (3%). Inne powikłania wikłające przebieg choroby zasadniczej to zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych, niezłyty oskrzeli itp.

Nieswoistość objawów wstępnych choroby i ich polimorfizm w dalszym przebiegu sprawiał, że właściwe rozpoznanie choroby a więc i rozpoczęcie swoistej terapii często były opóźnione. Świadczy o tym fakt, że aż w 13 przypadkach chorzy kierowani byli do oddziału zakaźnego dopiero po konsultacji lekarzy co najmniej 3 specjalności. Poza lekarzami chorób wewnętrznych i ogólnie praktykującymi chorych tych kierowali okuliści, laryngolodzy, neurologi, chirurdzy i psychiatrzy. Przykładem może być chory B. E. (nr historii choroby 2546/78), lat 43, pracownik fizyczny, którego choroba rozpoczęła się w kilkanaście godz. po spożyciu wekowanego mięsa z dzika, wymiotami, narastającym osłabie-

* Ocena wykonana przez lek. Dz. Droń, kierownika Pracowni EKG Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białymstoku.

niem i suchością w jamie ustnej. Po 3 dniach do objawów tych dołączyło się utrudnione połykanie i zaburzenia widzenia („za mgłą”, podwójne), oraz narastająca chryпка. Lekarz ogólnie praktykujący w 4 dniu choroby skierował chorego do laryngologa który przekazał chorego do neurologa ten zaś do psychiatry skąd chorego przesłano do Kliniki Zakaźnej. Przy przyjęciu stan chorego był ciężki. Stwierdzono uogólniony niedowład mięśni, duszność z okresową sinicą i bezdechami, utrudnione połykanie, opadanie obu powiek, źrenice szerokie z porażoną akomodacją. Perystaltyka jelit niesłyszalna. Trudności w oddawaniu moczu, zaparcie stolca. Czas hospitalizacji chorego wyniósł 52 dni. Rokowanie pomyślne.

Tabela V. Czas trwania hospitalizacji chorych z zatruciem jadem kiełbasianym

Dni hospitalizacji	Liczba chorych	%
do 7	8	7
8—14	43	35
15—21	37	30
22—29	25	21
ponad 30	11	7
Razem	124	100

Oceniając umownie ciężkość przebiegu choroby u 23⁰% chorych rozpoznano ciężką postać, u 26⁰% średnio-ciężką, zaś u pozostałych 51⁰% chorych lekką postać choroby. Zgony stanowiły 1,7⁰% ogółu chorych. Byli to dwaj mężczyźni zmarli 7 i 8 dnia choroby.

Rozpoznanie choroby u 89⁰% chorych oparto jedynie na objawach klinicznych. Innym, możliwym do uzyskania kryterium była próba biologiczna * wykonana u 99 chorych. Jednak jedynie u 11⁰% badanych chorych uzyskano wynik potwierdzający chorobę. Tylko w sporadycznych przypadkach próbę tę wykonywano w I tygodniu choroby. U większości chorych w związku ze zbyt późno podjętym podejrzeniem o zatrucie jadem kiełbasianym próbę wykonywano w II lub III tygodniu choroby.

DYSKUSJA

Z licznych publikacji ostatnich lat wynika, że szerzące się w wielu krajach zatrucie jadem kiełbasianym stwarza trudności lekarzom praktykom. Polimorfizm objawów chorobowych a także niedostatecznie rozpracowana diagnostyka powodują opóźnienie diagnozy. Ostatnio posunięto naprzód badania nad epizoocjologią i epidemiologią choroby. Udowodniono rolę ptaków, owadów i bezkręgowców w jej szerzeniu się. Wg *Dąbrowskiego* i wsp. (15) potwierdzono botulizm u ptactwa przybrzeżnego i wodnego w Anglii, Szwecji, Holandii, NRD i RFN, zaś w Polsce w r. 1975 podejrzewano chorobę wśród łabędzi w Łodzi. *Cygan*

* Badanie wykonane w sposób typowy przez Woj. Stację San. Epid. w Białymstoku, Kierownik: lek. T. Suchecki.

i wsp. (14) opisali epidemię potwierdzonej choroby u lisów skarmianych odpadami ptasimi. Udowodniono możliwość zachorowania po spożyciu produktów innych niż uznawane tradycyjnie konserwy mięsne takich jak miód (23), produkty jarzynowe (11), grzyby (7) a przede wszystkim ryby (1, 7, 9). Wśród opisanych przez nas przypadków wydaje się prawdopodobne zachorowanie po spożyciu uprzednio wekowanych ziół dziurawca. Możliwości te wynikają z dużego rozpowszechnienia w przyrodzie zarodników, które z ziemi łatwo przechodzą do produktów rolnych (23). *Sawicki i wsp.* (25) podają, że wprawdzie toksyny botulinowe mogą być niszczone przez soki trawienne to zarodniki przedostając się do przewodu pokarmowego mogą przeobrażać się w bakterie produkujące endogenne toksyny botulinowe. Udowodniono tę możliwość u niemowląt, a także w zakażeniach przyrannych. Uwzględniając te dane patogenetyczną chorobę obecnie dzieli się na 3 postaci, tj. zatrucia pokarmowego, botulizmu przyrannego i niemowlęcego (25). Zgodnie z tym byłoby właściwe uznawanie tej choroby jako toksoinfekcji a nie tylko toksykozy (2).

Dokładnie poznano złożoną z białek prostą strukturę toksyn botulinowych (13, 29), co jednak nie wytłumaczyło ich ogromnej aktywności biologicznej (16, 27). *Czesnokowa i wsp.* (12) próbują fakt ten wyjaśnić rolą amin biogennych jak serotonina, histamina i in., które umożliwiają toksynie botulinowej pokonanie barier krwi-tkanki lub krwi-płyn mózgowo-rdzeniowy poprzez zwiększenie ich przepuszczalności.

Tłumaczy to różnorodne objawy choroby. Wśród nich obserwacje własne wydają się podkreślać występowanie zaburzeń widzenia, które jako tzw. „zamazane widzenie” wykazywało 83% naszych chorych, „podwójne widzenie” — 28% chorych i światłowstręt — 1% chorych. Wg *Berndta* (8) objawy oczne dotyczą 100% tych chorych. Szczególnie wrażliwe na działanie toksyn jadu kiełbasianego są mechanizmy akomodacyjne (7), które wg *Kaufa i wsp.* (18) ulegają zaburzeniu u 96% chorych. Te objawy w przebiegu nierozpoznanej choroby bywają powodem rozpoczęcia starań o okulary. *Jenzer i wsp.* (17) twierdzą, że objawy oczne są najczęściej poprzedzane objawami żołądkowo-jelitowymi. Podobnie *Schwenke* (26) przytacza botulizm jako jedną z przyczyn stanów biegunkowych. W naszym materiale biegunka jako wstępny objaw choroby towarzyszyła 1/4 chorych.

Najczęstszy okres inkubacji chorych wg *Sonntaga i wsp.* (28) sprawdzony w doświadczeniu na zwierzętach i potwierdzony obserwacjami klinicznymi wynosi od pół godziny do 8 dni. Również wśród obserwowanych przez nas chorych w 89% przypadków czas ten trwał do 7 dni. Wg *Terranovej i wsp.* (31) istnieje odwrotnie proporcjonalna zależność długości okresu inkubacji od ciężkości przebiegu choroby. Wśród naszych chorych nie było to widoczne.

Z praktycznego punktu widzenia istotne są możliwości szybkiego i pewnego potwierdzenia choroby. Tym wymaganiom nie mogą sprostać tradycyjne próby biologiczne przy użyciu zwierząt i testu neutralizacji toksyn antytoksyną. Wg *Vierkanta i wsp.* (32) tylko masywna toksyczność powoduje dodatnie próby we krwi. Wg *Batejko i wsp.* (7) największe szanse wykrycia toksyn jadu kiełbasianego we krwi istnieją w 3 pierwszych dniach choroby. Wg *Anusza* (4) maksimum stężenia toksyny we krwi występuje ok. 5 godz. po intoksykacji. Dalej możliwości te maleją, chociaż sporadycznie wykrywano obecność tych toksyn w 14

dniu choroby (7). Wg *Kostrzewskiego* (20) to przedłużone występowanie we krwi toksyn botulinowych wynika wyłącznie z ich endogennej produkcji, albowiem badania doświadczalne wykazały 10-krotnie dłuższe krążenie tych toksyn we krwi u zwierząt zatrutowanych jednocześnie toksynami i laseczkami jadu niż samą toksyną. Tymi danymi tłumaczymy potwierdzenie choroby drogą próby biologicznej jedynie u 11% badanych przez nas chorych.

Wg *Sugiyamy* (30) i in. (10) istotny postęp w tej diagnostyce to wykorzystanie nowych metod serologicznych jak reakcje biernej hemaglutynacji i radioimmunoassay. Jednak najbardziej przyszłościową jest metoda ELISA (enzyme-linked-immunosorbent-assay) której zalety to duża czułość, swoistość i szybkość wykonania. Jest to metoda oparta o zasadę chromatografii powinowactwa (6). *Notermans* i wsp. (24) zastosowali tę nowoczesną technikę do wykrycia toksyn *Clostridium botulinum* wykazując jej dużą przydatność. Wg *Arnona* i wsp. (5) i in. (21) konieczne jest także badanie obecności tych bakterii i ich toksyn w kale, szczególnie w chorobie u niemowląt. Znaczenie uzupełniające mogą mieć równoczesne badania produktów żywnościowych, a także treści żołądkowej (11, 31), wykrywające toksyny lub bakterie. W zatruciu jadem kiełbasianym związanym z ranami istnieją dodatkowe szanse wykrycia tych bakterii w materiale pobranym z rany. *Merson* i wsp. (22) obserwując 9 takich chorych u połowy z nich potwierdzili rozpoznanie tą drogą. Możliwości te powinny być wykorzystywane praktycznie, ponieważ stwarzają szansę szybkiego rozpoznania choroby, a to warunkuje efektywność jej leczenia.

WNIOSKI

1. Zatrucie jadem kiełbasianym jest chorobą nadal aktualną wśród ludności regionu białostockiego.
2. Potwierdzenie choroby za pomocą próby biologicznej jedynie u 11% chorych wskazuje na potrzebę unowocześnienia diagnostyki.

Д. Прокопович, Д. Шадковска, Х. Менгоць,
Р. Коссаковски, Р. Грабовски

ЭПИДЕМИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОТУЛИЗМА

Резюме

Представлены эпидемиологические и клинические данные касающиеся 128 лиц из Белостокской области, леченных по поводу ботулизма в 1974—1981 годы.

Установили актуальность болезни и её возникновение после потребления рыночных продуктов (35% больных), а не только домашних. Определили частоту появления симптомов болезни и осложнений, представили диагностические трудности. Только у 11% больных распознавание было подтверждено с помощью биологической пробы, которая у остальных больных была отрицательной.

D. Prokopowicz, D. Szadkowska, H. Mięgoć, R. Kossakowski, R. Grabowski

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ANALYSIS OF CASES OF BOTULINUM TOXIN POISONINGS

Summary

Epidemiological and clinical data are presented, concerning 128 cases of botulism treated in the Białystok region in the period 1974—1981.

The diseases was shown to be actual and to occur following consumption of not only home-made but also commercial foodstuffs (35% of cases). The frequency of symptoms of the disease and complications was determined, and diagnostic difficulties presented. Only in 11% of patients the diagnosis was confirmed by biological test which was negative in other cases.

PISMIENICTWO

1. Anusz Z.: Epidemiologia zatruc toksyną botulinową w Polsce. PZH. Warszawa, 1976, Rozprawa habilitacyjna. — 2. Anusz Z.: Przeg. Epid., 1974, 28, 365. — 3. Anusz Z.: Przeg. Epid., 1981, 35, 111. — 4. Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. PZWL. Warszawa, 1979. — 5. Arnon S. i wsp.: JAMA, 1977, 237, 1946. — 6. Bartoszcze M., Roszkowski J.: Post. Mikrobiol., 1979, 18, 261. — 7. Batejko W. J., Gawura W. W.: Klin. Med., 1976, 54, 102. — 8. Berndt S. F.: Med. Klin., 1978, 73, 879. — 9. Boroff D. A., Fleck U.: Int. Arch. Allergy, 1965, 27, 1. — 10. Boroff D. A., Shu-chen G.: Appl. Microbiol., 1973, 25, 545.

11. Caselitz F. H., Freitag V.: Münch. Med. Wschr., 1972, 114, 1643. — 12. Chesnokowa N. P., Archangielskij A. W.: Biul. Eksp. Biol. Med., 1979, 88, 26. — 13. Cygan Z.: Med. Wet., 1978, 34, 577. — 14. Cygan Z., Barcz I., Deptuła D.: Med. Wet. 1980, 36, 16. — 15. Dąbrowski J., Mierzejewski J.: Med. Wet., 1980, 36, 136. — 16. Iwanowa Ł. G.: Z. Mikrobiol., 1975, 52, 14. — 17. Jenzer G. i wsp.: Schweiz. Med. Wschr., 1974, 104, 685. — 18. Kauf C. i wsp.: Schweiz. Med. Wschr., 1974, 104, 677. — 19. Korsukewitz J. Lenk V., Schneider V.: Münch. Med. Wschr., 1977, 119, 831. — 20. Kostrzewski J. M.: Wiad. Lek., 1979, 32, 777.

21. McKee K. T. i wsp.: Am. J. Dis. Child., 1977, 131, 857. — 22. Merson M., Dowell V.: New Engl. J. Med., 1973, 289, 1005. — 23. Midura T. F., Arnon S. S.: Lancet, 1976, 2, 934. — 24. Notermans S., Dufrenne J., Kozaki S.: Appl. Environ. Microbiol., 1979, 37, 1173. — 25. Sawicki J., Rymkiewicz D., Gatazka A.: Ped. Pol., 1979, 54, 99. — 26. Schwenke E.: Zschr. Inn. Med., 1974, 29, 1024. — 27. Siegel L. S., Metzger J. F.: Appl. Environ. Microbiol., 1980, 40, 1023. — 28. Sonntag H. i wsp.: Med. Welt, 1971, 22, 857. — 29. Sugiyama H., Gupta B., Yang K.: Proc. Soc. exp. Biol. Med., 1973, 143, 589. — 30. Sugiyama H.: Microbiol. Rev., 1980, 44, 419.

31. Terranova W. i wsp.: Am. J. Epid., 1978, 108, 150. — 32. Vierkant U. i wsp.: Dtsch. Ges. Wesen, 1973, 28, 1373.

Adres: 15-540 Białystok, ul. Żurawia 14, Klinika Chorób Zakaźnych

Jan Kostrzewski

CHOROBY ZAKAŻNE W POLSCE W 1980 ROKU NA TLE SYTUACJI ŚWIATOWEJ

PROBLEMATYKA CHORÓB ZAKAŻNYCH W PROGRAMIE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

W roku 1980, w stosunku do pierwszych dwu lat (1978—1979) realizacji planów zwalczania chorób zakaźnych w świecie ustalonych na podstawie szóstego generalnego programu pracy Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) na lata 1978—1983, działalność ŚOZ nie uległa większym zmianom. Choroby zakaźne i pasożytnicze w dalszym ciągu zaliczono do najważniejszych problemów zdrowotnych ludności świata. W krajach słabo rozwiniętych pod względem gospodarczym i w krajach tropikalnych wysuwały się one na pierwsze miejsce wśród problemów zdrowia.

Na półmetku sześcioletniego programu zwalczania chorób zakaźnych do najważniejszych osiągnięć należy zaliczyć pomyślny rozwój specjalnego programu badań i szkolenia w dziedzinie chorób tropikalnych: malarii, schistosomatozy, filariozy, trypanosomiozy (zarówno jej postaci afrykańskiej, znanej jako śpiączka afrykańska jak i amerykańskiej, znanej jako choroba Chagasa), leiszmaniozy oraz trądu; dynamiczny rozwój światowego programu szczepień przeciw chorobom wieku dziecięcego, a w szczególności szczepień przeciw: gruźlicy, błonicy, tężcowi, ksztuścowi, *poliomyelitis* i odrze; podjęcie nowego programu zwalczania chorób zakaźnych przewodu pokarmowego ze zwróceniem szczególnej uwagi na zapobieganie i zwalczanie biegunek dziecięcych w krajach ubogich, w których niedostatecznie jest rozwinięta służba zdrowia.

W toku realizacji planów zwalczania chorób zakaźnych w ramach szóstego generalnego programu pracy, ŚOZ przystąpiła do prac nad siódmym generalnym programem pracy na lata 1984—1989. Przystępując do tych prac dokonano oceny realizacji obecnego sześcioletniego programu pracy i stwierdzono, że stan zdrowia ludności świata jest nadal niepomyślny. W wielu krajach jest to ściśle związane ze złą sytuacją społeczno-gospodarczą. Przewidywania na temat kształtowania się sytuacji społeczno-gospodarczej w przyszłości są nadal raczej niepomyślne. Istnieją duże różnice sytuacji społeczno-gospodarczej zarówno pomiędzy krajami, jak i w poszczególnych krajach, pomiędzy różnymi grupami ludności. Około miliard ludzi żyje w nędzy, skazanych na skutki błędnego kręgu zależności: biedy, niedożywienia, chorób i stanu beznadziei paraliżujących energię oraz ograniczających zdolność do pracy i jej wydajność. Większość tych ludzi żyje na wsi lub miejskich dzielnicach nędzy, krajów słabo rozwiniętych pod względem społecznym i gospodarczym.

Efektom różnic społecznych i gospodarczych są różnice przeciętnego okresu trwania życia mieszkańców różnych krajów np. w krajach za-

możnych i rozwiniętych gospodarczo oczekiwany okres życia człowieka w chwili urodzenia wynosi około 72 lata, natomiast w krajach słabo rozwiniętych tylko około 55 lat, a w Afryce i Azji południowej nawet mniej niż 50 lat. W krajach zamożnych na 1000 żywo urodzonych dzieci 10 do 20 umiera w pierwszym roku życia, a w krajach ubogich umieralności niemowląt jest dziesięć razy wyższa i sięga od 100 do 200, a nawet powyżej 200 na 1000 żywych urodzeń. Podobnie wśród najmłodszych dzieci, w wieku pomiędzy pierwszym a piątym rokiem życia, na 1000 dzieci tej grupy wieku, w krajach zamożnych umiera rocznie 1 do 5, natomiast w większości krajów ubogich i słabo rozwiniętych umiera około 20 dzieci na 1000, a w wielu krajach Afryki położonych na południe od Sahary nawet powyżej 30. Również umieralność okołoporodowa kobiet jest w krajach rozwijających się około 100 do 200 razy wyższa niż w krajach rozwiniętych.

Większość zgonów w krajach ubogich jest następstwem chorób zakaźnych i pasożytniczych. Choroby zakaźne wieku dziecięcego, jak gruźlica, błonica, tężec, krztusiec, *poliomyelitis* i odra, które zostały opanowane dzięki szczepieniom w krajach uprzemysłowionych, posiadających dobrze rozwiniętą służbę zdrowia, nadal grasują nieopanowane przez służbę zdrowia w ubogich krajach. Z liczby około 80 milionów dzieci urodzonych corocznie w krajach rozwijających się mniej niż 10% jest objętych szczepieniami.

Do najbardziej rozpowszechnionych chorób zakaźnych w krajach słabo rozwiniętych należą biegunki przenoszone przez wodą, żywność i glebę zanieczyszczoną wydaliniami ludzkimi. Szeroko rozpowszechnione są również choroby przenoszone przez stawonogi, a zwłaszcza malaria; około 850 ml ludności żyje w krajach, w których nie podjęto jeszcze skutecznej walki z malarią. Inna szeroko rozpowszechniona choroba, schistosomatoza, panuje endemicznie w około 70 krajach, w których około 200 mln ludzi jest zakażonych pasożytami *Schistosoma*. W krajach Afryki nawiedzonych onkocerkozą, w okolicach hyperendemicznych, do 20% dorosłej ludności ulega ślepotcie. Bogate żniwo cierpień, kalectwa i śmierci zbierają również inne choroby zakaźne i pasożytnicze jak gruźlica, trąd, choroby wirusowe układu oddechowego, układu trawienia i układu nerwowego, choroby weneryczne i inne.

W pracach przygotowawczych do siódmego generalnego programu pracy ŚOZ na lata 1984—1989 należyte miejsce przewiduje się dla planów zapobiegania chorobom zakaźnym i pasożytniczym oraz ich zwalczania, zaliczając walkę z chorobami zakaźnymi do głównych zadań podstawowej opieki zdrowotnej.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W POLSCE W 1980 R.

Zachorowania i zgony z powodu chorób zakaźnych w Polsce w porównaniu z 1979 r. i medianą z lat 1974—1978 przedstawia tabela I.

W porównaniu z liczbami z roku 1979 oraz średnią roczną liczbą zachorowań (medianą) za lata 1974—1978 zapadalność i umieralność na ostre choroby zakaźne w Polsce w 1980 r. nie uległa większym zmianom z wyjątkiem niektórych tylko chorób.

Zmniejszyła się liczba zachorowań na dur brzuszny i dury rzekome ze 117 w 1979 r. do 90 w roku 1980, co w porównaniu z medianą za pięcioletnie 1974—1978 (199 zachorowań średnio w ciągu roku) oznacza

spadek o ponad 50%. Natomiast wzrosła liczba zachorowań na inne salmonelozy z 4019, mediana za lata 1974—1976, do 9243 w 1979 i do 9606 w 1980 r. Wzrosła również liczba przypadków zatruc pokarmowych spowodowanych pałeczkami *Salmonella* z 3571, średnio w latach 1974—1978, do 3098 w 1979 r. oraz 5033 w roku 1980. Pomyślnie natomiast kształtowała się zapadalność na czerwonkę. Po okresowym wzroście liczby zachorowań w 1979 r. — 6988 przypadków, w porównaniu z medianą za lata 1978—1979 — 3524 zachorowania, nastąpił spadek liczby zachorowań do 2194 w roku 1980. Zmniejszyła się również liczba zachorowań na botulizm i inne zatrucia pokarmowe, jak również liczba przypadków zatrucia grzybami i środkami chemicznymi. Liczba zachorowań dzieci do lat 2 na biegunkę zmniejszyła się z 37 209, w roku 1979, do 30 803 w roku 1980, co oznacza również spadek w stosunku do mediany za lata 1974—1978, która wynosiła 32 953 zachorowania. W roku 1980 obserwowano jednak pogarszanie się zgłaszalności chorób zakaźnych przewodu pokarmowego oraz diagnostyki tych chorób, dlatego trudno ocenić w jakim stopniu zmniejszające się liczby wyżej wymienionych zachorowań są wyrazem faktycznej poprawy sytuacji epidemiologicznej, a w jakim stopniu są wynikiem gorszej diagnostyki i rejestracji.

Pomyślnie kształtowała się zapadalność na choroby wieku dziecięcego przeciw którym prowadzi się regularne szczepienia. W roku 1980, podobnie jak w poprzednim roku 1979, nie zarejestrowano ani jednego zachorowania na błonicę, nie rejestrowano zachorowań na tężec wśród dzieci i młodzieży, z wyjątkiem dwóch przypadków u dzieci w wieku 10—14 lat, liczba zachorowań na krztusiec zmniejszyła się z 1068 — mediana za lata 1974—1978, do 508 w 1979 r. i 232 w roku 1980. Zmniejszyła się również ogólna liczba zachorowań na tężec wśród dorosłych i starszych wiekiem, ze 111 — mediana za lata 1974—1978, do 104 w 1979 i 89 w roku 1980. Zachorowania na odrę osiągnęły najniższą liczbę w okresie ostatniego trzydziestolecia — 24 882, oznacza to wyraźny spadek w stosunku do mediany z lat 1974—1978 — 84 073 oraz w stosunku do liczby zachorowań w 1979 r. — 30 653. Pomyślna była również sytuacja *poliomyelitis* w Polsce, w 1980 r. zarejestrowano tylko 3 zachorowania w porównaniu z 9 zachorowaniami średnio-rocznie w latach 1974—1978 i jednym zachorowaniem w 1979 r.

Liczba zachorowań na płonicę wzrosła ponad dwukrotnie w 1980 r. — 68 860 zachorowań w porównaniu z rokiem 1979 — 33 980 i czterokrotnie w porównaniu ze średnią roczną z lat 1974—1978, która wynosiła 17 055 zachorowań. W tym samym okresie zmniejszyła się nieznacznie liczba zachorowań na paciorkowcowe zapalenie gardła, a na niezmiennym poziomie utrzymywała się liczba zachorowań na różę. W całej grupie zakażeń paciorkowcowych rok 1980 był rokiem epidemicznym.

Zapadalność na różyczkę w 1980 r. wzrosła do rozmiarów dużej epidemii, zarejestrowano 143 120 zachorowań w porównaniu z liczbą 52 318 zachorowań w 1979 r. oraz 51 956 średnio-rocznie w latach 1974—1978.

Nieznaczny wzrost liczby zachorowań na nagminne zapalenie opon zarejestrowano w 1980 r. w porównaniu z 1979 r. i poprzednim pięcioletciem, ale ogólnie biorąc w grupie zakażeń układu nerwowego, zarówno zapaleń mózgu jak i zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, obserwuje się niewielkie zmiany w ciągu ostatnich trzech lat. W roku 1980 zarejestrowano natomiast wzrost liczby zachorowań na świnkę przebiega-

Tabela I. Choroby zakaźne w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zgony

Jednostka chorobowa	Nr wg klasyfikacji międzynarodowej	Mediana 1974—1978			1979			1980				
		liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zgonów	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zgonów	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zgonów		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Dur brzuszny	001	181	0,5	2	103	0,29	0	30	0,22	}	2	
Dury rzekome A. B. C.	002	18	0,1	1	14	0,04	0	10	0,03			
Inne salmonelozy	003.9	4 019	11,8	—	9 243	26,20	—	9 606	27,00	—	0	
Czerwonka	004.006	3 524	10,2	3	6 938	19,80	2	2 194	6,20	0		
Zatrucia pokarmowe	bakteryjne	botulizm	005.1	307	0,9	5	386	1,10	5*	285	0,80	1*
		salmonelozy	003.0	3 571	10,5	18	3 093	8,80	61	5 033	14,10	61
		enterotoksyna	005.0	1 128	3,3	} 20**	383	1,10	} 10**	690	1,90	} 14**
		gronkowcowa	005.2	1	0,003		18	0,05		0	0	
		Cl. perfringens	005.8	4 010	11,9		2 852	8,10		1 749	4,90	
	inne											
	grzybami	N988.1	792	2,30	—	525	1,50	—	503	1,40	—	
		N988.2										
		N989	109	0,32	—	99	0,28	—	97	0,27	—	
		N989.9										
chemiczne												
Biegunka u dzieci do lat 2	008.009	32 953	2723,0	453	37 209	2712,0	358	30 803	2286,0	325		
Błonica	032	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Krztusiec	033	1 063	3,1	4	508	1,40	3	232	0,65	5		
Paciorkowcowe zap.												
gardła	034.0	6 965	20,3	} 3	4 871	13,80	} 2	3 885	10,90	} 1		
Płonica	034.1	17 055	50,1		33 980	96,50		68 860	193,50			
Róża	035	2 358	6,8	9	2 367	6,70	13	2 232	6,30	12		
Tęžec	037.670	111	0,3	51	104	0,30	43	89	0,25	50		

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zapalenie o- pon mózgowo- -rdzeniowych	meningokokowe		036	235	0,68	—	305	0,87	48	326	0,92	44
	inne bakteryjne		320	1 756	5,11	49	2 122	6,02	429	2 078	5,84	355
	enterowirusowe (Coxsackie, ECHO, surcwicze nieokr.) limfocytowe		045 079.2	2 233	6,44	407 8	3 995	11,34	14	2 696	7,58	—
Ospa wietrzna		052	101 659	293,0	5	129 331	367,20	4	153 374	431,10	4	
Odra		055	84 073	240,10	37	30 653	87,00	11	24 882	69,90	6	
Różyczka		056	51 956	152,7	0	52 318	148,50	0	143 120	402,30	0	
Zapalenie mózgu	arbowirusowe		062—064	36	0,10	5	35	0,10	5	25	0,07	10
	wirusowe nieokr.		065	159	0,46	80	172	0,49	71	129	0,36	—
	inne		323+	243	0,7	335	207	0,59	366	296	0,83	431
Ogółem			74 559	219,1	393	52 004	147,60	339	48 245	135,60	343	
Wirusowe zapalenie wątroby w tym HBsAg+		070N999.2	—	—	—	15 324	29,50	—	16 089	33,30	—	
Zapalenie przyusznicy		172	99 788	296,2	1	105 072	298,30	1	116 851	328,40	2	
nagminne												
Tasiemczyce		122.123	4 024	11,7	7	4 542	12,90	2	4 055	11,40	3	
Swierzb		133.0	46 348	137,6	—	99 395	282,20	—	69 095	194,2	—	
Grypa		470—474	2 292 146	6 670,6	538	419 006	1 189,50	92	1 410 357	3 964,1	174	
Tularemia		021	3	0,009	0	3	0,01	0	3	0,01	0	
Węglik		022	3	0,01	0	1	0,003	0	0	0	0	
Brucelezoza		023	173	0,50	2	225	0,64	1	222	0,62	1	
Listerioza		027	12	0,04	—	32	0,09	—	17	0,05	1	
Różyczka		027.1	445	1,31	—	422	1,20	—	409	1,15	1	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Porażenie dziecięce nagminne *	040—043	9	0,03	0	1	0,003	0	3	0,01	0
Wścieklizna *	071	1	0,003	1	2	0,006	2	1	0,003	1
Papuzia chcropa i inne ornitozy	073	1	0,003	—	—	—	—	44	0,12	0
Mononukleozą	075	678	2,0	0	670	1,90	1	754	2,10	1
Dur plamisty i inne riketsjozy *	080—083	11	0,03	0	3	0,006	0	5	0,017	2
Zimnica	084	20	0,06	0	23	0,07	0	16	0,04	0
Zółtaczką zakaźną krętkową i inne zakażenia krętkowe	100	52	0,15	5	43	0,12	4	23	0,06	4
Grzybica woszczynowa strzygąca drobnozarodnikowa	110	1 652	4,9	4	1 660	4,70	1	849	2,40	2
Włośnica	124	246	0,70	2	236	0,67	2	199	0,56	2
Toksoplazmoza	130	126	0,37	25	265	0,75	27	268	0,75	39
Pokąsanie osób przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę lub zanieczyszczenie śliną zwierząt		4 448	12,9	—	2 979	8,50	—	3 173	8,90	—

Legenda: (—) brak informacji

0 zachorowań nie notowano

* zweryfikowano w PZH

** zgony zarejestrowane pod numerem 005 łącznie ze zgonami z powodu

botulizmu

323+ zapalenie mózgu inne i opryszczkowe (zachorowania rejestrowane od 1975 r. dotyczą łącznie numerów 323 i 054

a zgony wyłącznie numeru 323)

Tabelę opracował Jerzy Piątkowski

jąca często z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych; w roku 1980 zarejestrowano 116 851 zachorowań, w porównaniu ze 105 072 w 1979 r. oraz 99 788 średnio-rocznie w latach 1974—1978.

Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby uległa w ostatnich latach stopniowej poprawie w porównaniu z okresem ubiegłych pięciu lat i z rokiem 1979, ale wzrosła proporcjonalnie oraz w liczbach bezwzględnych liczba zakażeń wirusem B.

W stosunku do roku 1979 trzykrotnie wzrosła liczba zachorowań na grypę — 1 410 357 w 1980 (w 1979 — 419 006). Mimo tego wzrostu liczba zachorowań w 1980 r. była poniżej mediany z lat 1974—1978.

Liczba zachorowań na świerzb zmniejszyła się w 1980 r. — 69 095 w porównaniu z 1979 r. — 99 395, ale liczba ta była nadal wyższa niż mediana z lat 1974—1978.

W grupie chorób odzwierzęcych nie obserwowano większych zmian z wyjątkiem nowej epidemii ornitozy wykrytej wśród pracowników Kieleckich Zakładów Drobiarskich. Zarejestrowano 44 zachorowania.

Nadal pojawiają się, zgodnie z przewidywaniami, sporadyczne zachorowania na dur wysypkowy nawrotowy. W roku 1980 zgłoszono 6 zachorowań, z tego jedno z października 1979 r. W ten sposób liczba zachorowań w 1979 wzrosła do 3 przypadków, a w 1980 r. zarejestrowano 5 zachorowań.

Wobec trudnej sytuacji gospodarczej kraju, a zwłaszcza wobec braków środków służących utrzymaniu czystości, konieczna jest szczególna sprawność i czynność służby przeciw epidemicznej nastawiona na wczesne wykrywanie zachorowań i szybką likwidację ognisk epidemicznych, zanim przybiorą one większe rozmiary. Szczególnie ważne jest przeciwdziałanie szerzeniu się chorób zakaźnych przewodu pokarmowego oraz chorób bezpośrednio zależnych od utrzymania higieny osobistej. Konieczne jest również utrzymanie sprawności szczepień ochronnych dzieci, aby utrzymać korzystną sytuację tych chorób zakaźnych, które zlikwidowano wśród dzieci w Polsce — błonica, tężec i aby uzyskać dalsze zmniejszenie liczby zachorowań na gruźlicę, krztusiec i odrę to jest tych chorób, których zapadalność znacznie zredukowano ale, które jeszcze nadal występują w dużej liczbie.

Я. Костжевски

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПОЛЬШЕ В 1980 ГОДУ
НА ФОНЕ МИРОВЫХ ДАННЫХ

J. Kostrzewski

INFECTIOUS DISEASES IN POLAND 1980 AS RELATED TO WORLD
SITUATION

KOMUNIKAT

XXVIII ZJAZD TOWARZYSTWA INTERNISTÓW POLSKICH ODBĘDZIE SIĘ W POZNANIU

w dniach 25—27 września 1982 r. (sobota, niedziela, poniedziałek).

Tematy główne Zjazdu:

1. „Czynniki ekologiczne w patogenezie i profilaktyce chorób wewnętrznych”

Kierownik tematu:

Prof. dr hab. Janusz Hanzlik
Instytut Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie
ul. Staszica 16, 20-081 Lublin
tel. 277-17

2. „Postępy w nieinwazyjnej diagnostyce chorób wewnętrznych”.

Kierownik tematu:

Prof. dr hab. Kornel Gibiński
Klinika Gastroenterologii Instytutu Chorób Wewnętrznych SAM
ul. Medyków, 40-752 Katowice-Ligota
tel. 527-780

3. „Zagadnienie bólu w chorobach wewnętrznych”.

Kierownik tematu:

Prof. dr hab. Andrzej Kaliciński
Klinika Kardiologii AM w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok
tel. 224-31 w. 234, 214-21

4. „Postępowanie lekarskie w przewlekłej niewydolności krążenia”.

Kierownik tematu:

Prof. dr hab. Kazimierz Jasiński
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 509-55, 510-21

5. „Przewlekłe choroby nerek”.

Kierownik tematu:

Prof. dr hab. Andrzej Manitius
Klinika Chorób Nerek Instytutu Chorób Wewnętrznych AM w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk-Wrzeszcz
tel. 417-481

6. „Przewlekłe chory — jego miejsce w społeczeństwie i zdolność do pracy”.

Kierownik tematu:

Doc. dr hab. Stanisław Rudnicki
Instytut Kardiologii w Warszawie
ul. Alpejska 42, 04-813 Warszawa
tel. 153-011

Opłatę na Zjazd w wysokości 700,— zł dla członków TIP i 900,— zł dla osób nie będących członkami należy wpłacać na konto NBP I OM PKO, 63513-16098-132 (opłata powyższa może ulec zmianie).

Streszczenie (w 3 egzemplarzach) powinno precyzować cel pracy, podstawowe dane dotyczące metod w badań, wyniki i wnioski. Tekst streszczenia napisanego na maszynie czarną, nową taśmą nie może przekraczać 24 wierszy. W nagłówku należy podać pierwsze litery imienia i nazwiska wszystkich autorów z podkreśleniem nazwiska osoby wygłaszającej, dokładny tytuł doniesienia wydrukowany dużymi literami, nazwę Kliniki (Zakładu), pierwszą literę imienia i nazwiska Kierownika.

Sekretarz
Komitetu Organizacyjnego Zjazdu

dr med. Jerzy Głuszek

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego Zjazdu

prof. dr hab. B. Raszeja-Wanic

Danuta Naruszewicz-Lesiuk

ODRA — 1980 ROK

W roku 1980 ponownie uległ zakłóceniu dwuletni rytm okresowości odry w Polsce (poprzednia zmiana wystąpiła w 1976 r.) (tab. I, ryc. 1).

Tabela I. Odra w Polsce w latach 1971—1980. Zachorowania, zgony i zapadalność na 100.000 mieszkańców

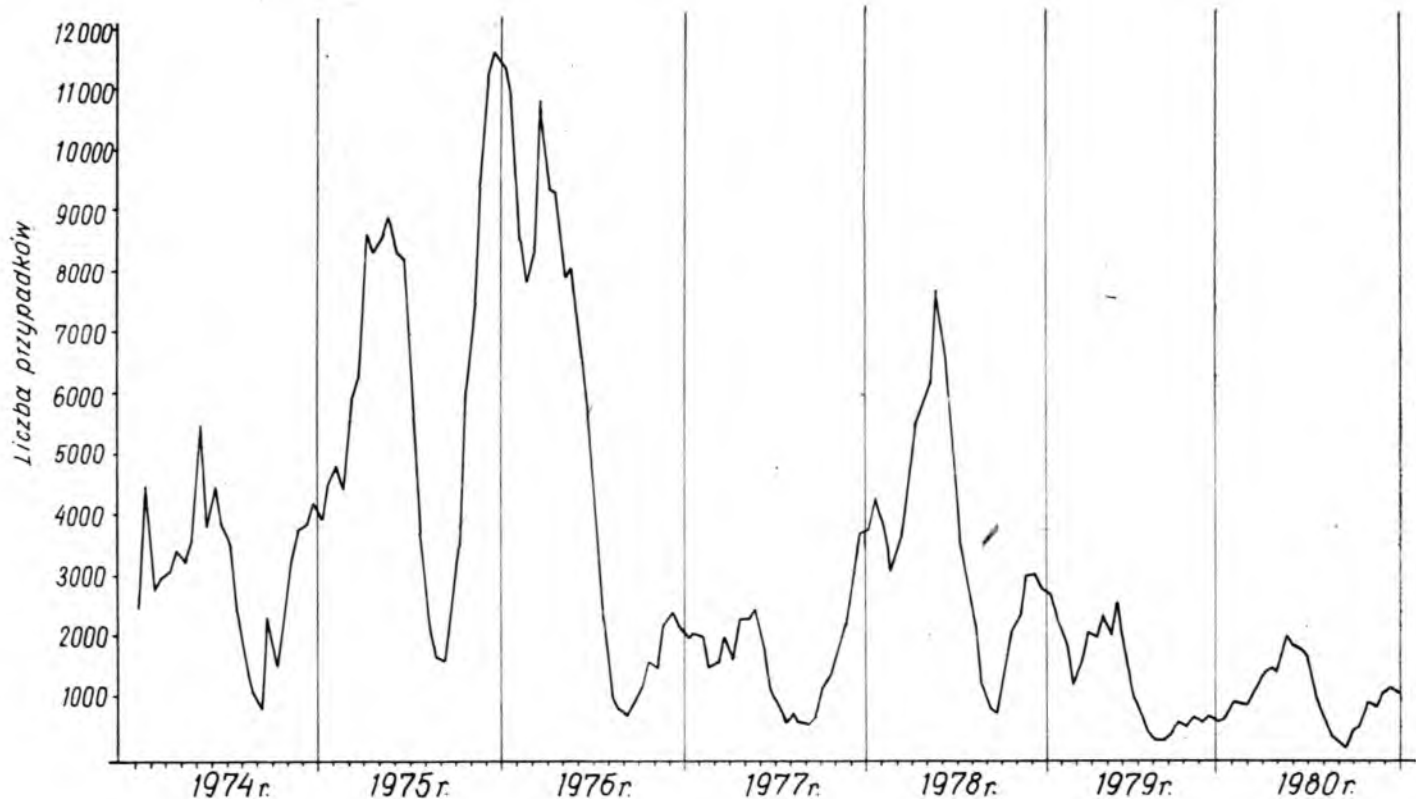
Rok	Zachorowania	Zgony	Zapadalność na 100.000	Umieralność na 100.000
1971	184.304	154	562,8	0,5
1972	109.112	77	330,5	0,2
1973	196.109	109	587,8	0,3
1974	70.857	27	210,3	0,1
1975	146.930	61	431,1	0,2
1976	125.168	72	364,3	0,2
1977	44.949	22	129,5	0,06
1978	84.073	37	240,1	0,11
1979	30.653	11	87,0	0,03
1980	24.882	6	69,9	0,017

Ponieważ 1979 r. był dla odry typowym rokiem międzyepidemicznym, można było oczekiwać, że w następnym roku wystąpi wzrost zachorowań. Jednak w 1980 r. utrzymała się tendencja do spadku zachorowań — zarejestrowano ogółem 24 882 chorych na odrę, tj. o 5 771 mniej niż w 1979 r. Zapadalność w kraju wyniosła 69,9 na 100 000 wahając się w granicach od 3,4 (woj. rzeszowskie) do 274,2 (woj. olsztyńskie) (tab. II).

Zapadalność niższą niż w 1979 r. zanotowano w 29 województwach: znaczne, co najmniej 10-krotne obniżenie zapadalności wystąpiło w 3 województwach (tab. II). Są to województwa: nowosądeckie — z 213,2 do 18,4, radomskie — z 159,4 do 13,1 i zamojskie — z 212,4 do 20,6. Zmniejszenie zapadalności zanotowano również w 2 z 6 województw o najwyższym spadku zapadalności między 1978 a 1979 r.; są to woj. miejskie krakowskie: w 1978 r. — 610, 1979 r. — 32, 1980 r. — 18,8 oraz woj. miejskie łódzkie: odpowiednio 193,6; 9,9 i 8,5. Należy podkreślić, że od 2 lat woj. łódzkie należy do województw o najniższej w kraju zapadalności na odrę. W 1980 r. zapadalność poniżej 10 występowała jeszcze tylko w woj. rzeszowskim — 3,4 na 100 000.

Zapadalność co najmniej dwukrotnie niższą od zapadalności ogólnokrajowej zanotowano w 15 województwach. Są to: województwo bielskie, katowickie, miejskie krakowskie, krośnieńskie, lubelskie, łomżyńskie, miejskie łódzkie, nowosądeckie, piłskie, piotrkowskie, płockie, radomskie, rzeszowskie, wałbrzyskie, zamojskie.

Wzrost zapadalności w porównaniu do 1979 r. wystąpił w 20 województwach, w tym znaczny, tj. co najmniej 2-krotny wzrost wystąpił



Ryc. 1. Sezonowy rozkład zachorowań na odrę w Polsce w latach 1974—1978 (wg 2 tyg. okresów).

w 9 województwach. Są to województwa: ciechanowskie, częstochowskie, legnickie, olsztyńskie, opolskie, ostrołęckie, siedleckie, skierniewickie i toruńskie.

Zapadalność powyżej 200 na 100 000 zanotowano tylko w trzech województwach: białostockim, częstochowskim i olsztyńskim; w 1979 r. tak wysoka zapadalność wystąpiła w 7 województwach.

W 1980 r. zapadalność na wybranych terenach Polski była niższa od zapadalności w całym kraju. O ile jednak zapadalność ogólnokrajowa uległa obniżeniu w porównaniu do 1979 r., to zapadalność na wybranych terenach wzrosła z 51,9 w 1979 r. do 60,1 w 1980 r. (tab. III). Zostało to spowodowane przede wszystkim zwiększeniem liczby zachorowań wśród starszych dzieci i młodzieży, tj. od 6 do 19 roku życia. Najwyższa zapadalność, jak i największy wzrost zapadalności dotyczył dzieci w wieku 8 i 9 lat (z 397 i 303 w 1979 r. do 496 i 482 w 1980 r.). Dalszemu obniżeniu uległa zapadalność dzieci w wieku od 1 do 5 lat, tj. tej grupy dzieci, która została zaszczepiona przeciw odrze w stosunkowo wysokim odsetku (roczniki od 1975 do 1979).

Pogłębiły się również zmiany w udziale zachorowań poszczególnych grup wieku w ogólnej liczbie zachorowań (częstość względna) (tab. III). W 1980 r. na wybranych terenach zachorowania dzieci w wieku 0—4 lata stanowiły 24,6% ogółu zachorowań. Należy zaznaczyć, że w okresie przed wprowadzeniem szczepień przeciw odrze zachorowania w tej grupie wieku stanowiły od 48% do 52,5% (lata 1961—1970).

Nadal utrzymuje się niewielka różnica w zapadalności na wsi i w mieście i tak w 1979 r. najwyższa zapadalność występuje w miastach o ludności poniżej 20 tys. (tab. IV).

W roku 1980 zarejestrowano 6 zgonów z powodu odrzy — w mieście 4, na wsi 2; umieralność wyniosła 0,017 na 100.000. Zgony wystąpiły w 6 województwach: częstochowskim (umieralność 0,13), gdańskim (0,08), kaliskim (0,15), lubelskim (0,11), ostrołęckim (0,27), siedleckim (0,16).

Znaczną poprawę sytuacji epidemiologicznej odrzy w Polsce należy wiązać z polepszającym się z roku na rok wykonawstwem szczepień. Jak wynika z tabeli V w 1980 r. zaszczepiono 76% dzieci w wieku 13—24 miesiące, podczas gdy w poprzednich latach odsetek zaszczepionych w tym wieku był bardzo niski — 30% w 1977 r., 50% w 1978 r. W pięciu województwach odsetek zaszczepionych w tym wieku dzieci przekroczył 90% — są to woj. bielskie, olsztyńskie, piotrkowskie, rzeszowskie i wałbrzyskie (ryc. 2a). Tylko w dwu województwach odsetek dzieci zaszczepionych w tym wieku był bardzo niski — w woj. tarnowskim i woj. krakowskim. W 32 województwach zaszczepiono ponad 90% dzieci, które ukończyły 2 lata (rok urodzenia 1978 — ryc. 2b).

Ogółem w Polsce, według danych w dniu 31 XII 1980 r., jest zaszczepionych przeciw odrze 80,6% dzieci urodzonych w latach 1973—1979, najwięcej dzieci zaszczepiono w województwie bielskim 89,2%, najmniej w województwie zamojskim 60,9%. Do województw o niskim odsetku zaszczepionych dzieci, tj. od 61 do 67% należą województwa — miejskie krakowskie, nowosądeckie, przemyskie, radomskie, siedleckie, tarnobrzeskie i toruńskie.

W obowiązującym w 1980 r. kalendarzu szczepień zalecono uodpornianie czynne przeciw odrze dzieci już poczynając od 11 miesiąca życia. Za-

Tabela II. Odra w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapadalność na 100.000 mieszkańców wg województw

Lp.	Województwo	Merdiana 1974—1978		1979		1980	
		zachorowania	zapadalność	zachorow.	zapadaln.	zachorow.	zapadaln.
	POLSKA	84 073	240,1	30 653	87,0	24 882	69,9
1	St. warszawskie	3 582	159,9	652	28,7	1 240	53,8
2	Białkopodlaskie	506	180,5	368	129,3	480	167,9
3	Białostockie	1 050	171,0	1 571	248,0	1 432	224,1
4	Bielskie	2 004	255,5	773	94,9	212	25,7
5	Bydgoskie	1 102	108,0	2 095	204,8	552	53,5
6	Chełmskie	327	145,8	270	118,2	89	38,6
7	Ciechanowskie	922	231,3	29	7,2	179	44,2
8	Częstochowskie	795	108,2	325	43,7	1 749	234,1
9	Elbląskie	1 291	298,6	397	91,5	762	173,4
10	Gdańskie	2 095	171,6	1 639	125,8	2 236	168,6
11	Gorzowskie	1 173	273,4	559	125,1	253	55,8
12	Jeleniogórskie	974	201,7	717	146,6	457	92,9
13	Kaliskie	1 489	227,1	519	78,6	447	67,1
14	Katowickie	8 769	243,4	1 243	34,1	807	21,8
15	Kieleckie	2 916	280,2	872	82,2	1 178	110,8
16	Konińskie	408	95,2	219	50,2	265	60,2
17	Koszalińskie	1 903	424,3	788	173,7	530	115,3
18	Miejskie krakowskie	5 646	493,6	370	32,2	219	18,8
19	Krośnieńskie	639	147,6	158	35,8	56	12,5
20	Legnickie	1 184	269,0	136	30,6	362	79,7
21	Leszczyńskie	1 003	294,1	403	113,9	201	56,4

22	Lubelskie	2 766	306,6	682	74,2	143	15,4
23	Łomżyńskie	1 179	368,2	253	78,0	58	17,8
24	Miejskie łódzkie	2 149	193,6	111	9,9	96	8,5
25	Nowosądeckie	2 060	336,4	1 321	213,2	115	18,4
26	Olsztyńskie	1 638	241,2	575	85,4	1 860	274,2
27	Opolskie	2 527	259,3	162	16,7	376	38,7
28	Ostrołęckie	1 255	247,2	247	67,3	690	186,2
29	Piłskie	1 172	283,1	296	68,9	127	29,2
30	Piotrkowskie	1 699	291,1	284	47,4	179	29,7
31	Płockie	1 104	226,3	198	40,4	77	15,6
32	Poznańskie	3 163	261,9	1 007	82,9	647	52,5
33	Przemyskie	398	106,4	960	254,1	317	83,6
34	Radomskie	2 106	308,0	1 109	159,4	92	13,1
35	Rzeszowskie	885	145,1	68	10,7	22	3,4
36	Siedleckie	904	150,1	157	25,6	571	92,8
37	Sieradzkie	274	70,8	218	55,7	326	83,2
38	Skierniewickie	1 030	262,6	72	18,3	483	122,0
39	Słupskie	1 864	507,9	302	83,1	464	126,1
40	Suwalskie	1 383	329,3	967	231,2	292	69,4
41	Szczecińskie	4 649	525,5	3 601	407,7	1 029	115,1
42	Tarnobrzeskie	2 019	376,1	332	60,5	459	82,7
43	Tarnowskie	985	169,2	300	50,1	282	46,7
44	Toruńskie	1 171	195,9	172	28,6	366	60,1
45	Wałbrzyskie	3 371	413,3	147	20,6	238	33,3
46	Włocławskie	809	200,1	198	47,9	330	80,0
47	Wrocławskie	1 755	166,2	958	90,5	934	87,2
48	Zamojskie	900	190,7	1 001	212,4	97	20,6
49	Zielonogórskie	3 078	343,6	852	141,9	506	83,4

Tabela III. Odra na wybranych terenach Polski w latach 1977—1980. Zapadalność na 100.000 i odsetki zachorowań w wieku 0—24 lata

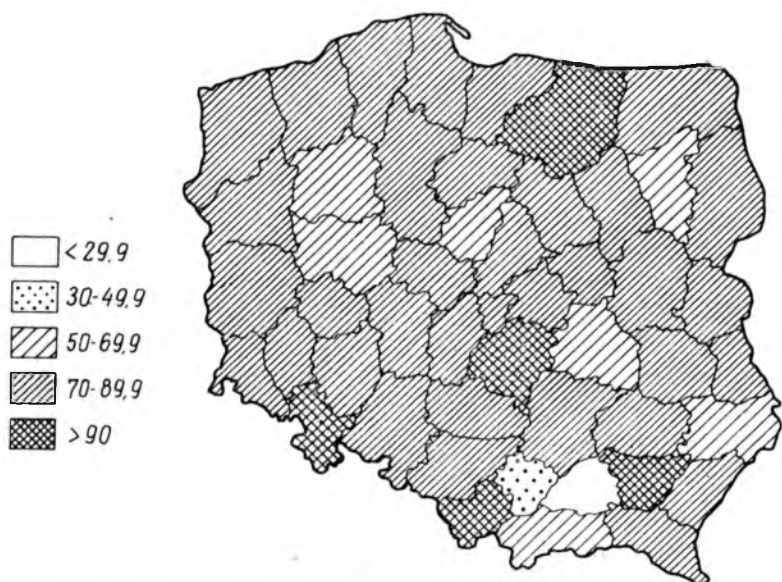
	Zapadalność na 100.000				Częstość względna (odsetki)			
	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980
Ogółem	119,1	221,1	51,9	60,1	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym w wieku								
0	237,7	220,4	35,3	281,9	3,9	1,9	1,3	2,0
1	980,9	1575,0	378,8	63,5	15,4	13,2	13,4	8,7
2	858,9	1763,8	266,1	197,6	12,5	13,6	8,8	5,6
3	631,7	1019,3	216,6	134,5	8,9	7,6	6,9	3,7
4	654,0	978,2	199,3	171,9	9,0	7,2	6,2	4,6
5	694,3	1016,0	234,4	201,6	9,3	7,2	7,1	5,2
6	702,3	1118,0	209,3	277,8	9,3	7,8	6,2	7,2
7	673,8	1409,0	324,7	364,1	8,3	9,2	9,0	8,7
8	537,8	1433,4	397,5	495,7	6,7	9,5	11,2	12,0
9	425,1	1067,8	302,8	481,9	5,2	7,9	8,4	11,6
10—14	148,6	372,7	117,4	205,0	9,7	12,9	17,3	26,1
15—19	15,1	23,6	15,5	22,1	1,2	1,0	2,8	2,6
20—24	3,8	3,6	4,3	4,5	0,3	0,2	0,8	0,8

Tabela IV. Odra na wybranych terenach Polski w 1980 r. Zapadalność na 100.000 wg pici i środowiska oraz liczby ludności w miastach

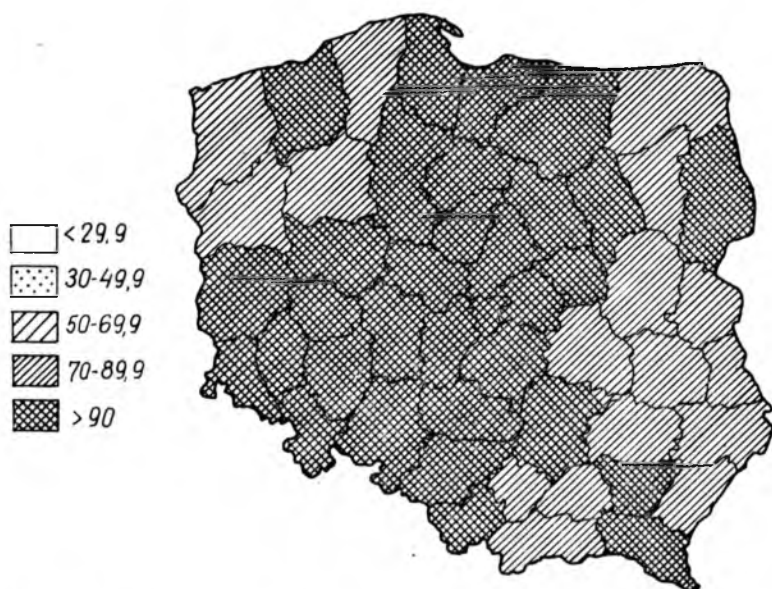
	Ogółem	Miasto					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
M	61,3	65,1	108,5	38,2	39,0	65,4	56,8
K	59,1	59,6	98,5	32,7	36,3	61,2	58,5
Ogółem	60,1	62,2	103,2	35,4	37,6	63,2	57,7

Tabela V. Liczba i odsetek dzieci zaszczepionych przeciw odrze w Polsce według roku urodzenia

Rok urodzenia	Stan na 31 XII 1977		Stan na 31 XII 1978		Stan na 31 XII 1979		Stan na 31 XII 1980	
	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku
1971	125 599	23,2	128 513	23,9	—	—	—	—
1972	249 040	44,4	253 413	46,0	245 776	45,0	—	—
1973	349 185	61,2	354 118	62,6	355 776	63,3	338 701	59,9
1974	399 585	67,6	420 903	72,5	424 576	72,3	422 575	72,5
1975	405 649	64,8	483 690	79,6	502 147	82,6	503 890	82,8
1976	199 027	30,5	484 976	75,9	549 739	87,0	557 701	88,4
1977	—	—	324 983	50,1	547 055	86,1	571 533	90,7
1978	—	—	—	—	416 872	65,0	582 741	91,5
1979	—	—	—	—	—	—	498 753	76,0
1980	—	—	—	—	—	—	16 356	2,5



Ryc. 2a. Szczepienia przeciw odrze w Polsce (stan na 31. XII. 1980 r.). Odsetek zaszczepionych dzieci z rocznika 1979, wg województw.



Ryc. 2b. Szczepienia przeciw odrze w Polsce (stan na 31. XII. 1980 r.). Odsetek zaszczepionych dzieci z rocznika 1978, wg województw.

szczepiono w tej grupie wieku 16 356 dzieci, tj. ok. 2,5% urodzonych w 1980 r.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna odry przemawia za koniecznością dalszego usprawniania akcji szczepień, tzn. przede wszystkim dołożenia wszelkich starań, aby maksymalnie zwiększyć odsetek dzieci szczepionych w wieku 13—15 miesięcy życia. Jednocześnie w poszczególnych województwach należałoby przeprowadzić dokładną analizę epidemiologiczną odry, ponieważ są sygnały o występowaniu zachorowań na odrę wśród dzieci szczepionych, w większym odsetku niż tego można byłoby oczekiwać na podstawie informacji producenta szczepionki i danych z literatury.

Д. Нарушевич-Лесюк

KOPŹ

D. Naruszewicz-Lesiuk

MEASLES

Aniela Adonajło

KRZTUSIEC — 1980 ROK

W 1980 roku w Polsce liczba zachorowań na krztusiec uległa dalszemu spadkowi: zanotowano 232 przypadki przy zapadalności 0,7 na 100 000 ludności. Liczba zachorowań i zapadalność były o połowę niższe niż w 1979 r. oraz ponad czterokrotnie niższe od mediany w latach 1974—1978 (tab. I); jednocześnie w Polsce były to najniższe wartości od 1919 r.

W roku 1980 nie notowano krztusca w 16 województwach, notowano pojedyncze przypadki w 7 województwach, zaś po kilka zachorowań w 20 województwach. Największą liczbę zachorowań na krztusiec zarejestrowano w województwach: miejskim krakowskim — 52 przypadki, zapadalność 4,5/100 000; nowosądeckim — 26 przyp., zapad. 4,2; st. warszawskim — 25 przyp., zapad. 1,1/100 000.

Zapadalność na krztusiec w mieście zrównała się z zapadalnością na wsi — 0,7/100 000, jednakże na wsi zaznacza się wyższa zapadalność chłopców 0,8/100 000, a także wyższy odsetek procentowy chłopców — 57,1⁰/o (tab. II). W 1979 r. stwierdzono wyższą zapadalność i większy udział procentowy dziewcząt niż chłopców.

Analiza zachorowań na krztusiec w miastach o różnej wielkości mieszkańców wykazuje, że najwyższa zapadalność — 1,2/100 000 była w miastach o liczbie ludności od 50 do 100 tys. mieszkańców, a najniższa — 0,5 w miastach od 20 do 50 tys. i powyżej 100 000 mieszkańców. Przewaga chłopców wśród chorych na krztusiec była najbardziej zaznaczona w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców: zapad. chłopców — 0,7, zapad. dziewcząt — 0,2/100 000. W małych miastach, poniżej 20 tys. i od 20—50 tys. mieszkańców, była wyższa zapadalność wśród dziewcząt (tab. III).

Podobnie jak w roku poprzedzającym, najwyższa zapadalność i największy udział procentowy wśród chorych na krztusiec przypada na niemowlęta oraz dzieci w drugim i trzecim roku życia: zapadalność wynosiła odpowiednio 13,8, 6,2 i 5,3 na 100 000, zaś udział procentowy 37,7⁰/o, 16,4⁰/o, 13,1⁰/o (tab. IV).

Analiza zachorowań na krztusiec według wieku i środowiska wskazuje, że wśród dzieci w wieku 0—3 lat zapadalność była wyższa w mieście niż na wsi (tab. IV).

Z rozkładu zachorowań według miesięcy wynika, że największy odsetek zachorowań (19,6⁰/o) przypada na luty i na czerwiec (16,4⁰/o); najmniejszą liczbę (1,6⁰/o) notowano we wrześniu.

Leczeniem szpitalnym objęto 31,0⁰/o chorych. Zmarło z powodu krztusca 5 niemowląt (umieralność ogólna 0,01/100 000), jeden chłopiec, 4 dziewczynki wszystkie na wsi. Po jednym zgodnie notowano w województwach: stołecznym warszawskim, lubelskim, piotrkowskim, wrocławskim i zamojskim. Zgony notowano po jednym — w styczniu, maju, czerwcu, wrześniu i grudniu.

Tabela I. Krztusiec w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapadalność wg województw

Lp.	Województwo	1974—1978 mediana		1979		1980	
		liczba	zapadal- ność na 100 000	licz- ba	zapadal- ność na 100 000	licz- ba	zapadal- ność na 100 000
	POLSKA	1068	3,1	508	1,4	232	0,7
1	St. warszawskie	99	4,6	25	1,1	25	1,1
2	Białkopodlaskie	3	1,1	6	2,1	1	0,4
3	Białostockie	7	1,1	2	0,3	1	0,2
4	Bielskie	17	2,1	13	1,6	4	0,5
5	Bydgoskie	33	3,3	5	0,5	4	0,4
6	Chełmskie	11	4,9	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	4	1,0	2	0,5	1	0,3
8	Częstochowskie	18	2,5	6	0,8	—	—
9	Elbląskie	6	1,4	1	0,2	1	0,2
10	Gdańskie	18	1,4	17	1,3	2	0,2
11	Gorzowskie	7	1,6	6	1,3	—	—
12	Jeleniogórskie	4	0,8	6	1,2	2	0,4
13	Kaliskie	8	1,2	3	0,5	—	—
14	Katowickie	73	2,1	34	0,9	4	0,1
15	Kieleckie	35	3,3	22	2,1	2	0,2
16	Konińskie	2	0,5	—	—	—	—
17	Koszalińskie	5	1,1	—	—	1	0,2
18	M. krakowskie	106	9,4	56	4,9	52	4,5
19	Krośnieńskie	11	2,0	8	1,8	4	0,9
20	Legnickie	4	1,0	7	1,6	1	0,2
21	Leszczyńskie	1	0,3	2	0,6	—	—
22	Lubelskie	43	4,9	9	1,0	5	0,5
23	Łomżyńskie	3	0,9	—	—	—	—
24	M. łódzkie	32	2,9	—	—	—	—
25	Nowosądeckie	61	10,1	29	4,7	26	4,2
26	Olsztyńskie	21	3,1	1	0,1	2	0,3
27	Opolskie	17	1,7	13	1,3	—	—
28	Ostrołęckie	8	2,2	4	1,1	1	0,3
29	Pilskie	5	1,2	5	1,2	—	—
30	Piotrkowskie	8	1,4	1	0,2	—	—
31	Płockie	8	1,6	—	—	—	—
32	Poznańskie	7	0,6	2	0,2	5	0,4
33	Przemyskie	8	2,1	33	8,7	4	1,1
34	Radomskie	35	5,1	11	1,6	9	1,3
35	Rzeszowskie	26	4,2	10	1,6	2	0,3
36	Siedleckie	15	2,5	7	1,1	3	0,5
37	Sieradzkie	5	1,3	3	0,8	—	—
38	Skierniewickie	3	0,8	—	—	—	—
39	Słupskie	8	2,2	3	0,8	2	0,5
40	Suwalskie	9	2,2	—	—	4	1,0
41	Szczecińskie	19	2,2	19	2,2	13	1,5
42	Tarnobrzeskie	25	4,7	28	5,1	5	0,9
43	Tarnowskie	19	3,2	25	4,2	3	0,5
44	Toruńskie	10	1,7	5	0,8	9	1,5
45	Wałbrzyskie	13	1,8	7	1,0	7	1,0
46	Włocławskie	3	0,7	1	0,2	—	—
47	Wrocławskie	46	4,5	41	3,9	17	1,6
48	Zamojskie	29	6,2	18	3,8	10	2,1
49	Zielonogórskie	11	1,9	5	0,8	—	—

Tabela II. Krzusiec w Polsce w 1980 roku (na wybranych terenach). Zapadalność i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	M	K	M	K	M	K
Zapadal. na 100 000 ‰	0,7 51,5	0,6 48,5	0,8 57,1	0,6 42,9	0,8 54,1	0,6 45,9
Zapadal. na 100 000 ‰	0,7 54,1		0,7 45,9		0,7 100,0	

Tabela III. Zapadalność na 100 tys. wg płci i środowiska oraz liczby ludności w miastach

	Ogółem	Miasta					Wieś
		razem	20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	ponad 100 tys.	
M	0,8	0,7	0,5	0,4	1,3	0,7	0,8
K	0,6	0,6	0,8	0,6	1,2	0,2	0,6
	0,7	0,7	0,7	0,5	1,2	0,5	0,7

Tabela IV. Krzusiec w 1980 roku (na wybranych terenach) Zapadalność i udział procentowy wg płci i wieku

Grupa wieku	Mężczyźni			liczba zachorow.	Kobiety			Ogółem		
	liczba zachorow.	zapad.	‰		zapad.	‰	liczba zachorow.	zapad.	‰	
0—4	26	6,6	78,8	21	5,6	75,0	47	6,1	77,1	
0	12	14,0	36,4	11	13,5	39,3	23	13,8	37,7	
1	5	6,0	15,1	5	6,4	17,8	10	6,2	16,4	
2	5	6,4	15,1	3	4,1	10,8	8	5,3	13,1	
3	2	2,7	6,1	2	2,8	7,1	4	2,8	6,6	
4	2	2,7	6,1	0	0	0	2	1,4	3,3	
5—9	6	1,8	18,2	3	0,9	10,8	9	1,4	14,7	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	2	2,9	6,1	1	1,5	3,6	3	2,2	4,9	
7	1	1,5	3,0	1	1,6	3,6	2	1,6	3,3	
8	2	3,1	6,1	1	1,6	3,6	3	2,3	4,9	
9	1	1,5	3,0	0	0	0	1	0,8	1,6	
10—14	0	0	0	4	1,2	14,2	4	0,6	6,6	
15—19	1	0,2	3,0	0	0	0	1	0,1	1,6	
Ogółem	33	0,8	100,0	28	0,6	100,0	61	0,7	100,0	

Tabela V. Krztusiec w Polsce w 1980 r. Zapadalność na 100 000 wg wieku i środowiska (na wybranych terenach)

Grupy wieku	Miasto		Wieś		Ogółem	
	liczba	zapid. na 100 000	liczba	zapid. na 100 000	liczba	zapid. na 100 000
0	12	14,0	11	13,5	23	13,8
1	6	7,2	4	5,1	10	6,2
2	5	6,6	3	4,0	8	5,3
3	3	4,1	1	1,4	4	2,8
4	0	0	2	2,9	2	1,4
5	0	0	0	0	0	0
6	2	2,9	1	1,5	3	2,2
7	0	0	2	3,1	2	1,6
8	2	3,2	1	1,5	3	2,3
9	1	1,7	0	0	1	0,8
10—14	2	0,6	2	0,6	4	0,6
15—19	0	0	1	0,2	1	0,1
20+	0	0	0	0	0	0
Ogółem	33	0,7	28	0,7	61	0,7

A. Адонайло

КОКЛУШИ

A. Adonajło

PERTUSSIS

Aniela Adonajło

PŁONICA — 1980 ROK

W 1980 r. w Polsce zanotowano 68 860 zachorowań na płonice; zapadalność wynosiła 193,5 na 100 000 ludności. Była to najwyższa liczba zachorowań na płonice i najwyższa zapadalność od 1972 r., jak również czterokrotnie wyższa od mediany za lata 1976—1978 i dwukrotnie wyższa niż w 1979 r. (tab. I). Gwałtowny wzrost liczby zachorowań na płonice rozpoczął się w październiku 1979 r., a fala epidemiczna utrzymywała się do lipca 1980 r., po czym nastąpił stopniowy spadek; w sumie epidemia płonicy trwała 10 miesięcy (ryc. 1).

Najwyższe liczby zachorowań na płonice notowano w województwach: katowickim — 6103, st. warszawskim — 5849, szczecińskim — 3928, krakowskim — 2855 i miejskim łódzkim — 2556 przypadków. Zapadalność na 100 000 mieszkańców była najwyższa w województwach: szczecińskim — 439,5, śląskim — 380,0, białostockim — 364,7, koszalińskim — 354,4 i plockim — 334,6 (tab. I).

Fala epidemiczna płonicy objęła zarówno miasto, jak i wieś; różnica w zapadalności między miastem (zap. 218,1/100 000) i wsią (zap. 128,6) była znacznie niższa niż w 1979 r., gdy zapadalność była trzykrotnie wyższa w mieście.

Podobnie udział procentowy ludności miejskiej był tylko dwukrotnie wyższy niż wiejskiej, zaś w 1979 r. różnica była czterokrotna. W mieście była zaznaczona wyższa zapadalność mężczyzn, zaś na wsi wyższa zapadalność kobiet (tab. II).

Analiza zapadalności na płonice w miastach o różnej liczbie ludności wykazała, że najwyższa zapadalność (259,2/100 tys.) dotyczyła dużych aglomeracji miejskich, powyżej 100 000 mieszkańców — i miast średniej wielkości — od 50—100 tysięcy mieszkańców (tab. III).

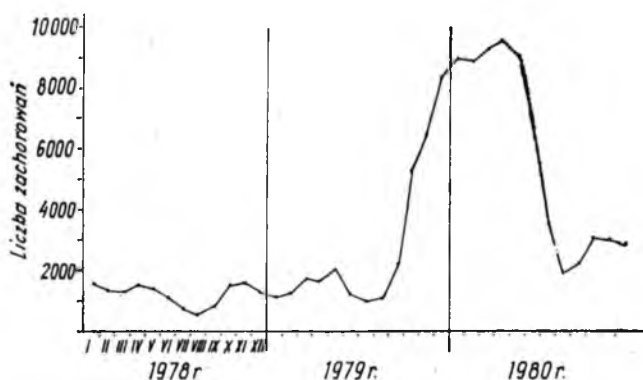
Najczęściej chorowały dzieci w wieku od jednego roku do czterech lat (zapadalność od 107,3 do 1080,0 na 100 tys.) oraz w wieku od 5—9 lat (zapad. od 1007,9 do 1369,6 na 100 tys.). Stosunkowo wysoka była też zapadalność wśród dzieci w wieku od 10—14 lat (zapad. 560,2/100 000) i od 15—19 lat — zapad. 70,1 (tab. IV). W starszych grupach wieku zapadalność była niska i wahała się od 0 do 8,7/100 000. Wśród dzieci w wieku od jednego roku do czterech lat zapadalność była wyższa wśród chłopców, zaś w wieku 5 lat i więcej zapadalność była wyższa wśród dziewcząt.

Analiza zachorowań w mieście i na wsi w zależności od wieku, wykazała ponad dwukrotnie wyższą zapadalność dzieci miejskich niż wiejskich (tab. V). Dotyczyło to zwłaszcza dzieci w wieku 4—8 lat.

Leczeniem szpitalnym objęto 1150 dzieci (1,7%) chorych. Większy odsetek hospitalizowanych chorych notowano w województwach: krośnieńskim — 7,1%, cheńskim — 4,7%, wałbrzyskim — 4,5% i białkopodlaskim — 4,0%.

Tabela I. Płonica w Polsce w latach 1976—1980. Zachorowania i zapadalność wg województw

Lp.	Województwo	1976—1978 mediana		1979		1980	
		liczba	zapadal. na 100 000	liczba	zapadal. na 100 000	liczba	zapadal. na 100 000
	POLSKA	16 471	47,5	33 980	96,5	68 860	193,5
1	St. warszawskie	1 685	75,2	3 090	136,0	5 849	253,7
2	Białkopodlaskie	78	27,8	99	34,8	401	140,3
3	Białostockie	355	56,9	470	74,2	2 330	364,7
4	Bielskie	462	58,2	758	93,1	1 729	209,5
5	Bydgoskie	427	41,8	1 219	119,2	1 878	182,0
6	Chełmskie	50	22,5	43	18,8	193	83,8
7	Ciechanowskie	166	41,4	424	105,4	1 011	249,9
8	Częstochowskie	259	35,4	460	61,8	1 306	174,8
9	Elbląskie	176	41,1	960	221,1	942	214,3
10	Gdańskie	507	40,1	1 127	86,5	2 999	226,2
11	Gorzowskie	125	28,3	247	55,3	893	197,1
12	Jeleniogórskie	225	45,8	674	137,8	894	181,8
13	Kaliskie	314	48,2	385	58,3	642	96,4
14	Katowickie	1 657	46,6	2 673	73,3	6 103	164,8
15	Kieleckie	496	47,4	941	88,8	1 779	166,9
16	Konińskie	100	23,4	122	28,0	655	148,9
17	Koszalińskie	184	42,1	386	85,1	1 629	354,4
18	M. krakowskie	1 066	93,2	1 833	159,7	2 855	245,6
19	Krośnieńskie	100	23,1	132	29,9	366	82,0
20	Legnickie	184	43,9	677	152,2	758	166,8
21	Leszczyńskie	75	21,7	236	66,7	371	104,2
22	Lubelskie	347	38,5	374	40,7	1 389	149,3
23	Łomżyńskie	125	39,0	111	34,2	479	147,4
24	M. łódzkie	842	76,6	2 453	219,4	2 556	227,3
25	Nowosądeckie	338	56,2	548	88,4	1 389	221,9
26	Olsztyńskie	286	42,5	586	87,0	1 494	220,3
27	Opolskie	443	45,2	799	82,5	1 803	185,8
28	Ostrołęckie	189	52,3	219	59,7	726	195,9
29	Piłskie	147	35,0	193	44,9	697	160,4
30	Piotrkowskie	256	43,9	617	103,1	686	113,8
31	Płockie	259	53,3	756	154,1	1 656	334,6
32	Poznańskie	548	45,9	753	62,0	1 581	128,4
33	Przemyskie	155	41,3	171	45,3	560	147,7
34	Radomskie	251	36,9	762	109,5	1 159	165,5
35	Rzeszowskie	242	39,5	250	39,2	543	84,2
36	Siedleckie	187	31,1	249	40,6	835	135,7
37	Sieradzkie	171	44,3	406	103,7	479	122,3
38	Skierniewickie	198	50,7	479	121,4	650	164,2
39	Słupskie	194	52,9	259	71,3	1 398	380,0
40	Suwalskie	246	58,9	222	53,1	1 345	319,5
41	Szczecińskie	632	71,5	1 624	183,9	3 928	439,5
42	Tarnobrzesckie	197	36,7	190	34,6	821	148,0
43	Tarnowskie	198	33,7	267	44,6	944	156,2
44	Toruńskie	245	40,6	735	122,1	1 128	185,3
45	Wałbrzyskie	378	52,4	655	91,7	1 095	153,0
46	Włocławskie	157	38,8	782	189,1	626	151,7
47	Wrocławskie	564	53,4	2 053	193,9	2 122	198,1
48	Zamojskie	94	19,9	103	21,9	331	70,2
49	Zielonogórskie	152	25,6	408	68,0	857	141,3



Ryc. 1. Płonica w Polsce. Sezonowy rozkład zachorowań w latach 1978—80.

Tabela II. Płonica w Polsce w 1980 r. (na wybranych terenach). Zapadalność i udział procentowy wg płci i środowiska

Zapadalność na 100 000 %	Miasto		Wieś		Ogółem	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
	228,0	209,0	122,1	135,0	179,1	176,0
	50,1	49,9	46,9	53,1	49,0	51,0
Zapadalność na 100 000	218,1		128,6		177,5	
%	67,1		32,9		100,0	

Tabela III. Zapadalność na 100 000 wg płci i środowiska oraz liczby ludności w miastach

	Ogółem	Miasta					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
Mężczyźni	179,1	228,0	208,0	183,3	214,0	272,8	122,1
Kobiety	176,0	209,0	192,0	178,1	196,3	245,1	135,0
Ogółem	177,5	218,1	199,6	180,6	204,7	259,2	128,6

Tabela IV. Płonica w Polsce w 1980 r. (na wybranych terenach). Zapadalność i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapadalność na 100.000	%	zapadalność na 100.000	%	zapadalność na 100.000	%
0—4	447,9	23,1	414,7	19,5	431,7	21,2
0	21,0	0,2	25,8	0,3	23,4	0,2
1	117,4	1,3	96,7	1,0	107,3	1,1
2	389,2	4,0	334,3	3,0	362,6	3,5
3	735,8	7,1	661,5	5,9	699,3	6,5
4	1098,6	10,5	1060,4	9,3	1080,0	9,9
5—9	1132,3	49,5	1227,2	49,5	1178,8	49,5
5	1093,9	10,0	1175,9	9,9	1133,9	10,0
6	1134,2	10,3	1199,0	10,0	1165,8	10,1
7	1331,3	11,3	1409,3	11,0	1369,6	11,2
8	1162,1	9,9	1281,4	10,2	1220,6	10,0
9	942,7	8,0	1075,6	8,4	1007,9	8,2
10—14	501,6	22,5	621,4	25,8	560,2	24,2
15—19	67,8	3,7	72,3	3,7	70,1	3,7
20—24	6,5	0,4	11,0	0,6	8,7	0,5
25—29	3,8	0,2	6,7	0,3	5,2	0,3
30—34	2,7	0,1	2,8	0,1	2,8	0,09
35—39	1,2	0,04	1,9	0,06	1,5	0,05
40—44	0,4	0,02	0,7	0,01	0,5	0,02
45—49	—	—	0,3	0,01	0,2	0,01
50—54	—	—	0,4	0,01	0,2	0,01
55—59	—	—	—	—	—	—
60+	0,6	0,04	0,1	0,01	0,3	0,02
N N	—	—	—	0,4	—	0,4
Ogółem	179,1	100,0	176,0	100,0	177,5	100,0

Tabela V. Płonica w Polsce w 1980 roku (na wybranych terenach). Zapadalność na 100 000 wg wieku i środowiska

Grupy wieku	Miasto		Wieś		Ogółem	
	liczba	zapad. na 100 000	liczba	zapad. na 100 000	liczba	zapad. na 100 000
0	28	32,7	11	13,5	39	23,4
1	126	150,9	48	61,1	174	107,3
2	378	498,7	167	224,2	545	362,6
3	742	1015,0	272	378,3	1 014	699,3
4	1 142	1573,0	397	568,0	1 539	1080,0
5	1 131	1639,1	427	624,3	1 558	1133,9
6	1 153	1695,6	429	633,7	1 582	1165,8
7	1 237	1988,7	501	774,3	1 738	1369,6
8	1 091	1762,5	475	715,4	1 566	1220,6
9	846	1398,3	432	651,6	1 278	1007,9
10—14	2 210	697,8	1 561	438,0	3 771	560,2
15—19	272	68,0	306	72,0	578	70,1
20—24	37	6,8	40	11,7	77	8,7
25—29	21	4,1	20	7,3	41	5,2
30—34	9	2,8	5	2,8	14	2,8
35—39	3	0,9	5	2,4	8	1,5
40—44	2	0,6	1	0,4	3	0,5
45—49	1	0,3	—	—	1	0,2
50—54	—	—	1	0,4	1	0,2
55—59	—	—	—	—	—	—
60>	3	0,5	1	0,2	4	0,3
NN	39	—	25	—	64	—
Ogółem	10 471	218,1	5 124	128,6	15 595	177,5

W 1980 r. łącznie z powodu płonicy i paciorkowcowego zapalenia gardła (034) zanotowano jeden zgon (w mieście) u dziecka dwuletniego płci męskiej. Umieralność ogólna wyniosła 0,003 na 100 000.

A. Adonajlo

SCARLET FEVER

A. Адонайло

СКАРЛАТИНА

MEDYCYNA DOŚWIADCZALNA I MIKROBIOLOGIA, 1980, 32

- A. Młynarczyk, G. Młynarczyk, H. Osowiecki: Eliminacja oporności na antybiotyki i jony metali ze szpitalnych szczepów *Staphylococcus aureus*. (Nr 1, str.1).
- G. Młynarczyk, A. Młynarczyk, H. Osowiecki: Transdukcja plasmidalnych determinant oporności na antybiotyki i jony metali ze szpitalnych szczepów *Staphylococcus aureus*. (Nr 1, str. 9)
- Z. Tyc: Schemat bakteriofagowego różnicowania pałeczek *Salmonella agona*. (Nr 1, str. 17)
- H. Stypułkowska-Misiurewicz, J. Noworyta, H. Załęska: Podłoże wybiórczo-namnażające do wyosobniania pałeczek czerwonej. (Nr 1, str. 23)
- A. Przondo-Hessek, B. Byczyńska: Właściwości pałeczek *Klebsiella* izolowanych od chorych z zakażeniami układu oddechowego. (Nr 1, str. 31)
- A. Najer: Próba określenia charakteru oporności na streptomycynę i sole rtęci szczepu *P. aeruginosa* pierwotnie wrażliwego na antybiotyki. (Nr 1, str. 39)
- Z. Krzemiński: Związek pomiędzy obecnością gronkowców a procesami chorobotwórczymi w jamie ustnej u dorosłych. (Nr 2, str. 77)
- W. Kaczmarski: Serologiczna diagnostyka listeriozy. I. Optymalizacja warunków wykonywania odczynu hemaglutynacji biernej. (Nr 2, str. 83).
- H. Mordarska, S. Biełuńska, B. Błach: Rozpoznanie nokardiozy ludzkiej za pomocą współczesnych metod diagnostycznych. (Nr 2, str. 93)
- K. Zgorzelska, J. Wilczyński: Wpływ formaliny na właściwości antygenów wirusa grypy. (Nr 2, str. 103)
- M. Jankowski: Oznaczenie przeciwciał dla wirusa odry za pomocą próby immunoadsorpcyjnej (ELISA) w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym. (Nr 2, str. 113)
- J. Szych, Z. Tyc, B. Pawłowska: Charakterystyka szczepów *Enterobacter agglomerans* izolowanych w Polsce (Nr 3, str. 157)
- M. Jagielski, S. Kałużewski: Serologiczne typy szczepów *Mycoplasma hominis* izolowanych od ludzi. (Nr 3, str. 171)
- M. Zaleska: Serologiczna odpowiedź człowieka na antygen wspólny pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae*. I. Charakterystyka chemicznych właściwości preparatu CAE. (Nr 3, str. 183)
- M. Zaleska: Serologiczna odpowiedź człowieka na antygen wspólny pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae*. II. Charakterystyka serologicznych właściwości preparatu CAE. (Nr 3, str. 191)
- J. Aleksandrowicz, W. Pstrągowska: Biologiczna aktywność surowicznych i wydzielniczych IgA w przebiegu krztuśca u dzieci. (Nr 3, str. 201)
- A. Macura, B. Pawlik, A. Budak, Z. Laskownicka: Występowanie grzybów w środowisku i u pracowników dwóch różnych zakładów pracy. (Nr 3, str. 229)
- H. Linda, D. Dzierżanowska: Skojarzone działanie cefalosporyn i antybiotyków aminoglikozydowych wobec szczepów paciorkowców grupy D. (Nr 4, str. 237)
- A. Kaznowski, P. Kuźniewski, J. Molska i inni: Biochemiczne właściwości i różnicowanie bakterii z rodziny *Vibrionaceae* wyosobnionych z wody i emulsji wodno-olejowej. (Nr 4, str. 261)
- M. Jagielski: Ocena pożywek do izolowania i namnażania *Ureaplasma urealyticum*. (Nr 4, str. 261)
- I. Zgórnjak-Nowosielska, J. Szczurek: Charakterystyka szczepów *Ureaplasma urealyticum* izolowanych w przypadkach stanów zapalnych narządu moczowo-płciowego ludzi. (Nr 4, str. 285)
- M. Zaleska: Serologiczna odpowiedź człowieka na antygen wspólny pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae*. III. Występowanie i poziom przeciwciał dla CAE oraz udział IgM i IgG w ich aktywności wobec tego antygeny. (Nr 4, str. 309)

Jadwiga Żabicka

NAGMINNE ZAPALENIE PRZYUSZNICY — 1980 ROK

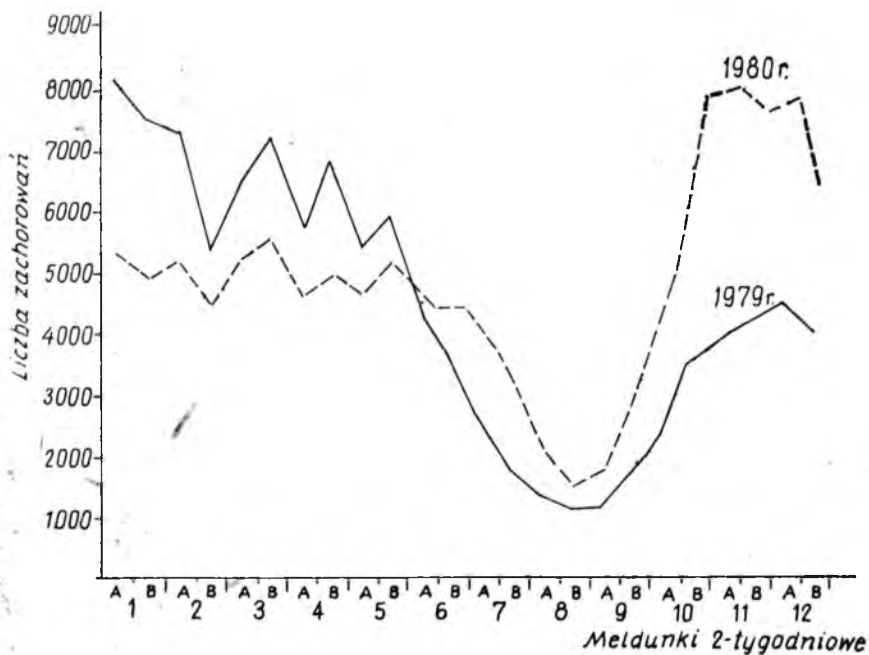
W roku 1980 zarejestrowano 116 851 zachorowań na nagminne zapalenie przyusznicy (nzp), tj. o 11 779 przypadków więcej niż w 1979 roku. Zapadalność krajowa wzrosła od 298,3/100 000 do 328,4/100 000.

Wzrost liczby zachorowań wystąpił w 28 województwach a zapadalność wahała się od 92,1/100 000 do 646,7/100 000, najwyższa była w woj. szczecińskim, białostockim i legnickim, najniższa w woj. chełmskim, siedleckim, plockim (tab. I).

Zarejestrowano dwa zgony z powodu nzp, umieralność wynosiła 0,05/100 000.

Przebieg krzywej sezonowej w 1980 r. w odróżnieniu od roku poprzedniego charakteryzował się nasileniem zachorowań w okresie od października do grudnia (ryc. 1).

Jak wynika z analizy zachorowań na wylosowanych terenach (80 TSSE) 76% zachorowań dotyczyło dzieci w wieku do 9 lat, a 94% do 14 lat. Zachorowania wśród dorosłych powyżej 20 lat stanowiły około 3%. Jak i w latach poprzednich najwyższa zapadalność od 2537 do



Ryc. 1. Nagminne zapalenie przyusznicy w Polsce w latach 1979—1980. Sezonowość zachorowań.

Tabela I. Nagminne zapalenie przyusznicy w Polsce (na wy ranych terenach) w 1980 roku. Zachorowania i zapadalność wg województw

Lp.	Województwo	1977—1979 Średnia		1979		1980		hospitalizacja	
		zachorowania	zapad. na 100 000	zachorowania	zapad. na 100 000	zachorowania	zapad. na 100 000	liczba	%
	POLSKA	105072	289,3	105072	298,3	116851	328,4	3523	3,0
1	St. warszawskie	9187	416,2	6347	279,4	7921	343,4	289	3,6
2	Białkopodlaskie	654	232,8	618	217,1	996	348,4	16	1,6
3	Białostockie	3351	537,2	367	57,9	3385	623,7	137	3,4
4	Bielskie	3894	485,5	5102	626,5	1516	183,7	25	1,6
5	Bydgoskie	3285	324,9	2787	272,5	4604	446,2	71	1,5
6	Chełmskie	499	218,4	499	218,4	212	92,1	18	8,5
7	Ciechanowskie	1106	276,1	923	229,4	1270	313,9	21	1,7
8	Częstochowskie	2778	373,3	2778	373,3	2677	358,4	128	4,8
9	Elbląskie	1674	385,6	1674	385,6	2121	482,6	57	2,7
10	Gdańskie	3904	303,2	2605	199,9	3616	272,6	285	7,9
11	Gorzowskie	1176	263,1	1516	339,4	1391	307,1	41	2,9
12	Jeleniogórskie	1760	359,9	1760	359,9	988	200,9	17	1,7
13	Kaliskie	2197	335,1	2014	305,1	1981	297,4	4	0,2
14	Katowickie	13857	380,1	13857	380,1	15356	414,6	166	1,1
15	Kieleckie	3810	359,4	3810	359,4	4203	394,2	257	6,1
16	Kopieńskie	570	132,5	466	106,9	540	122,7	10	1,9
17	Koszalińskie	1696	378,1	1678	369,9	2297	499,8	48	2,1
18	Miejskie krakowskie	3837	335,8	3837	334,2	3383	291,1	202	6,0
19	Krośnieńskie	1570	362,6	1880	426,3	999	223,8	58	5,8
20	Legnickie	1960	440,5	1960	440,5	2483	546,4	10	0,5
21	Leszczyńskie	802	226,7	802	226,7	872	244,8	9	1,0

22	Lubelskie	2099	228,3	2099	228,3	2173	233,6	137	6,3
23	Lomżyńskie	806	251,4	252	77,7	488	150,2	11	2,3
24	Miejskie łódzkie	4889	440,5	1366	122,2	5106	454,1	162	3,2
25	Nowosądeckie	2437	401,5	1432	231,1	2509	400,9	116	4,6
26	Olsztyńskie	2205	327,5	2205	327,5	2490	367,1	17	0,7
27	Opolskie	3595	371,2	3595	371,2	2170	223,6	90	4,1
28	Ostrołęckie	697	192,2	289	78,8	777	209,7	23	3,0
29	Pilskie	1142	265,9	1142	265,9	1178	271,1	5	0,4
30	Piotrkowskie	1726	288,3	1726	288,3	1741	288,9	89	5,1
31	Płockie	1140	232,4	1140	232,4	567	114,6	19	3,4
32	Poznańskie	3928	328,7	3182	261,8	5463	443,7	25	0,5
33	Przemyskie	1341	354,9	1341	354,9	394	103,9	12	3,0
34	Radomskie	2300	330,6	2300	330,6	1457	208,1	27	1,9
35	Rzeszowskie	1714	269,1	1714	269,1	1158	179,5	58	5,0
36	Siedleckie	1014	168,2	987	161,0	875	143,2	32	3,7
37	Sieradzkie	1385	358,4	298	76,1	378	96,5	12	3,2
38	Skierniewickie	1232	315,5	514	130,3	727	183,6	29	4,0
39	Słupskie	1452	395,6	1729	475,9	1483	403,1	47	3,2
40	Suwalskie	1528	365,9	972	232,4	1423	338,0	71	5,0
41	Szczecińskie	4373	500,6	1935	219,1	5780	646,7	214	3,7
42	Tarnobrzeskie	2196	403,7	2980	542,6	1479	266,6	28	1,9
43	Tarnowskie	1587	264,8	1587	264,8	2150	355,7	102	4,7
44	Toruńskie	1653	276,6	1370	227,6	2886	474,2	166	5,8
45	Wałbrzyskie	3155	441,6	3155	441,6	1783	249,1	43	2,4
46	Włocławskie	1219	294,8	1219	294,8	1881	455,9	27	1,4
47	Wrocławskie	4819	455,1	4819	455,1	2650	247,3	43	1,6
48	Zamojskie	1185	251,5	1185	251,5	710	150,6	18	2,5
49	Zielonogórskie	1534	260,4	1259	209,7	1565	258,6	31	2,0

2680/100 000 dotyczyła dzieci w wieku 4—7 lat. Obserwowano niewielką przewagę zapadalności chłopców w wieku do 19 lat, natomiast w wieku 20—34 lata wyższa była zapadalność kobiet. W starszym wieku różnice te zacierają się (tab. II). Nadal wyższą zapadalność notowano wśród

Tabela II. Nagminne zapalenie przyusznic w Polsce (na wybranych terenach) w 1980 roku. Zapadalność na 100 tys. i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapadalność	%	zapadalność	%	zapadalność	%
0—4	1117,1	27,7	965,2	25,8	1029,7	26,8
0	46,7	0,3	41,8	0,2	44,3	0,3
1	287,4	1,5	192,1	1,1	241,2	1,3
2	930,4	4,5	748,3	3,9	842,3	4,2
3	1887,5	8,8	1591,3	8,1	1742,1	8,5
4	2742,5	12,6	2505,0	12,5	2626,7	12,5
5—9	2354,9	49,5	2123,4	48,9	2241,5	49,2
5	2741,1	12,1	2366,6	11,4	2558,2	11,8
6	2662,3	11,6	2406,2	11,4	2537,2	11,5
7	2757,0	11,2	2610,0	11,7	2684,8	11,4
8	2110,1	8,7	1833,1	8,3	1974,3	8,5
9	1450,5	5,9	1365,0	6,1	1408,5	6,0
10—14	812,8	17,6	787,0	18,6	800,2	18,1
15—19	95,9	2,5	94,3	2,8	95,1	2,6
20—24	19,1	0,6	34,5	1,1	26,7	0,8
25—29	20,8	0,5	32,4	0,9	26,5	0,7
30—34	27,6	0,4	35,2	0,6	31,4	0,5
35—39	15,8	0,3	17,0	0,3	16,4	0,3
40—44	7,3	0,1	7,1	0,1	7,2	0,1
45—49	2,2	0,04	5,8	0,1	4,0	0,1
50—54	5,2	0,1	5,4	0,1	5,3	0,1
55—59	2,0	0,02	2,2	0,04	2,1	0,04
60+	1,2	0,04	1,3	0,06	1,3	0,06
Brak danych	—	0,6	—	0,6	—	0,6
	372,2	100,0	308,6	100,0	339,5	100,0

mieszkańców miast — 414,9/100 000 niż wśród mieszkańców wsi — 248,7/100 000. Niezależnie od środowiska utrzymywała się nadal wyższa zapadalność mężczyzn — 372,2/100 000 niż kobiet — 308,6/100 000 (tab. III).

Z danych krajowych wynika, że w 1980 roku 3523 chorych na nzp (3^o%) poddano hospitalizacji. W wybranych terenach odsetek hospitalizowanych był analogiczny: spośród 29 827 chorych na nzp hospitalizowano 948, tj. 3,1%. U większości osób (719) — 75,8^o% stwierdzono współistnienie zapalenia przyusznicy z zapaleniem opon m.-rdz. bądź zapalenie jąder lub trzustki. Podobnie jak w latach 1977—1979 najczęściej (68,4^o%) stwierdzano zapalenie przyusznicy powikłane zapaleniem opon m.-rdz. Zapadalność na świnkowe zapalenie opon m.-rdz. była najwyższa — 50,7/100 000 w grupie wieku 5—9 lat.

Rzadziej rozpoznawano świnkowe zapalenie jąder — u 5^o% oraz zapalenie trzustki — u 3,2^o% hospitalizowanych (tab. IV). W analizowanym

Tabela III. Nagminne zapalenie przyusznic w Polsce (na wybranych terenach) w 1980 roku. Zapadalność i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	M	K	M	K	M	K
Zapadalność na 100 000	462,5	371,1	266,9	231,0	372,2	308,6
	53,4	46,7	53,0	47,0	53,3	46,7
Zapadalność na 100 000	414,9		248,7		339,5	
	66,8		33,2		100,0	

Tabela IV. Objawy kliniczne świnki u chorych hospitalizowanych w 1968 roku *) oraz w latach 1977—1980 (**)

Objawy kliniczne	Lata				
	1968	1977	1978	1979	1980
	częstość w %				
Zapalenie ślinianek	58,5	24,1	27,8	32,8	24,2
Zapalenie ślinianek z: zapaleniem opon m.-rdz.	30,4	66,6	65,2	57,9	68,4
zapaleniem nerwu VIII	—	—	—	—	0,1
zapaleniem jąder	10,3	6,0	4,2	5,2	5,0
zapaleniem trzustki (podrażnienie)	1,4	4,2	3,4	5,6	3,2
Zapalenie ślinianek łącznie z zapaleniem opon m.-rdz. jąder, trzustki	1,0	1,0	1,0	1,5	0,7

*) dane krajowe z kart szpitalnych,

**) dane z wybranych terenów.

materiale tylko w jednym przypadku stwierdzono poświnkową głuchotę.

W 1980 r. częstość świnkowego zapalenia opon m.-rdz. na wybranych terenach była wyższa niż w latach poprzednich co ilustruje zestawienie:

Częstość objawów nzp na 10 000 zachorowań na wybranych terenach (80 TSSE)

	1977	1978	1979	1980
świnka + zapalenie jąder	35	23	16	16
świnka + zapalenie	207	185	177	217
świnka + zapalenie trzustki	13	10	17	10

Я. Жабицка

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

J. Żabicka

MUMPS

c.d. ze str. 50

MEDYCINA PRACY, 1980, 31

- J. Rubisz-Brzezińska, D. Musiałowicz, Z. Olak: Dermatozy zawodowe u pracowników Zakładu Produkcji Elementów Budowlanych. (Nr 1, str. 71)
- J. Gościński, L. Włodarczyk, G. Bielichowska: Ocena środowiska pracy w zakładach lniańskich. V. Mikroflora powietrza na stanowiskach pracy w przedziałach i tkalniach lnu. (Nr 2, str. 91)
- Z. Starzyński, N. Szeszenia-Dąbrowska: Choroby zawodowe w Polsce w 1978 roku. (Nr 2, str. 143)
- G. Broniarczyk-Dyła: Wstępne obserwacje zachowania się czasu odnowy kwasoty powierzchni skóry po myciu mydłem u chorych z wypryskiem w okresie zmian chorobowych i po ich ustąpieniu. (Nr 5, str. 411)

MEDYCINA WETERYNARYJNA, 1980, 36

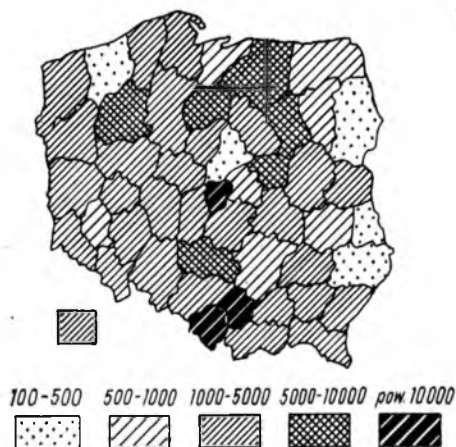
- G. Scheibner: Normy mikrobiologiczne dla surowca mięsnego. (Nr 1, str. 10)
- J. Maleszewski, E. Oździńska-Olszewska: Próba zastosowania niektórych antybiotyków i Biseptolu do selektywnego wykrywania laseczek *Bacillus cereus*. (Nr 1, str. 14)
- Z. Cygan, I. Barcz, D. Deptuła: Badania nad botulizmem lisów. (Nr 1, str. 16)
- W. Nowakowski: Właściwości biochemiczne i toksyczne szczepów *Staphylococcus epidermidis* wyosobnionych z mleka krów. (Nr 1, str. 39)
- J. Takács: Metody oznaczeń i znaczenie drobnoustrojów indykatorowych w mięsie i produktach mięsnych. (Nr 1, str. 65)
- M. Szulc, J. Tropiło, G. Olszewski: Wpływ napromieniowania bakterii na wytwarzanie przetrwalników (Nr 1, str. 69)
- W. Lutyński: Akty prawne wyłączności nadzoru nad żywnością sprawowanego przez organy weterynarii. (Nr 1, str. 78)
- L. Bassalik-Chabielska, Z. Ryniewicz: Zagadnienia genetyczne u podstawy wzajemnego stosunku między gospodarzem, organizmem chorobotwórczym lub pasożytniczym i środowiskiem. (Nr 1, str. 80)
- Z. Baczyński: Organizacja i program badań w zakresie wirusologii porównawczej realizowanej przez WHO/FAO. (Nr 2, str. 86)
- S. Kostrzyński: Badania porównawcze nad zakażeniami bakteryjnymi gruczołów mlecznych krów w gospodarstwach wielkostatnych i indywidualnych woj. stołecznego warszawskiego. (Nr 2, str. 99)
- W. Nowakowski, A. Furowicz, P. B. Heczko, S. Wierzbowski: Właściwości pałeczek ropy błękitnej wyosobnionych z nasiona buhajów. (Nr 2, str. 117)
- J. Dąbrowski, J. Mierzejewski: Botulizm dzikiego ptactwa. (Nr 3, str. 136)
- Z. Anusz: Salmonelozy u ludzi i zwierząt w Polsce w latach 1971—1978. (Nr 5, str. 265)
- A. Furowicz, W. Nowakowski, S. Matuszczyk: Aktualne poglądy na toksyczne i inwazyjne właściwości pałeczek *Pseudomonas aeruginosa* z uwzględnieniem ich krążenia w przyrodzie. (Nr 5, str. 268)
- S. Majdan, Z. Baczyński, J. Rutka: Badania porównawcze wartości immunogennej szczepionki przeciw wścieklicznie zwierząt. (Nr 5, str. 275)
- S. Kostrzyński: Próby doustnego uodpornienia świń przeciw salmonelom żywą szczepionką „Typhivac S”. (Nr 5, str. 278)
- S. Meuszyński, I. Terech: Salmonelle w mięsie mielonym. (Nr 5, str. 301)
- Z. Cygan, I. Barcz, J. Kozik: Mechanizm aktywności immunomodulacyjnej beztlenowców *P. acnes*. (Nr 6, str. 323)
- C. Zórawski, M. Staniewicz, P. Skwarek: Enzootia gruźlicy u małp wywołana przez niacyno-dodatni szczep *Mycobacterium bovis*. (Nr 6, str. 328)
- M. Truszczyński: Mykoplazma ptaków ze szczególnym uwzględnieniem rozpoznawania i zwalczania. (Nr 7, str. 385)
- M. Szulc, A. Stefaniakowa, B. Stańczyk, J. Pęcunek: Wpływ napromieniowania bakterii na ich właściwości proteolityczne. (Nr 9, str. 549)
- K. Łosieczko, Z. Wachnik: Wściekliczna zwierząt na Dolnym Śląsku. (Nr 10, str. 606)
- Z. Wachnik: „O wścieklicznie czyli wodowstręcie tak ludzi jako i innych zwierząt” w dziele F. Wernera z 1800 r. (Nr 11, str. 700)
- A. Skoczek, W. Palec, B. Kuszczak, A. Meyer, B. Kwaśnicki: Izolacje beztlenowców przetrwalnikujących z nici używanych do produkcji szynek. (Nr 12, str. 731)

c.d. na str. 66

Halina Rudnicka

GRYPA — 1980 ROK

W 1980 roku zarejestrowano w Polsce 1 410 357 zachorowań na grypę, z tego 53% w okresie od lutego do kwietnia, a 44,6% w listopadzie i grudniu. W 12 województwach notowano zapadalność poniżej 1000 na 100 000. Najwyższą zapadalność notowano w województwie miejskim krakowskim — 20 368,0/100 000, bielskim — 15 023,4/100 000, miejskim łódzkim — 12 154,5/100 000 i stołecznym warszawskim — 9740,6/100 000. We wszystkich tych województwach rejestrowano wysokie liczby zachorowań zarówno w okresie wiosennym jak i zimowym. W takich województwach jak bydgoskie, gorzowskie, poznańskie, tarnobrzeskie epidemia wystąpiła tylko w listopadzie i grudniu. Zapadalność na grypę w skali całej Polski wyniosła 3964,1/100 000 (ryc. 1, tab. I).



Ryc. 1. Grypa w Polsce w 1980 r.
Zapadalność na 100 000 wg województw.

Wyzolowane na początku roku szczepy wykazały pokrewieństwo antygenowe z wirusem A (H1N1) (tylko od dzieci) oraz wirusem A (H3N2) i wirusem grypy B (tylko od dorosłych). W grudniu izolowano wyłącznie szczepy wirusa A (H1N1).

W 1980 roku z powodu grypy hospitalizowano 766 osób (0,05%) a więc podobnie jak w roku poprzednim mimo, że liczba zachorowań była trzykrotnie wyższa. Najwyższy odsetek chorych na grypę leczono w województwie wrocławskim (0,85%) i białostockim (0,68%). W 8 województwach nie hospitalizowano żadnego chorego na grypę.

W 1980 roku zarejestrowano w Polsce 174 zgony spowodowane grypą, z tego 88 zgonów mężczyzn i 86 zgonów kobiet. Umieralność wyniosła

Tabela I. Grypa w Polsce w 1979 i 1980 roku wg województw

Lp	Województwo	1979				1980			
		liczba zachorowań	zapađ. na 100 000	liczba zgonów	umierał. na 100 000	liczba zachorowań	zapađ. na 100 000	liczba zgonów	umierał. na 100 000
	POLSKA	419006	1189,5	92	0,26	1410357	3964,1	174	0,49
1	St. warszawskie	20238	890,8	8	0,35	224599	9740,6	9	0,39
2	Białskopodlaskie	735	258,3	1	0,35	4374	1529,9	2	0,70
3	Białostockie	530	83,7	—	—	2640	413,2	—	—
4	Bielskie	1740	213,7	5	0,61	124003	15023,4	16	1,94
5	Bydgoskie	13646	1334,3	—	—	16720	1620,3	—	—
6	Chełmskie	942	412,3	—	—	359	155,9	—	—
7	Ciechanowskie	1445	359,2	—	—	10164	2512,1	—	—
8	Częstochowskie	4161	559,2	5	0,67	37849	5066,8	24	3,21
9	Elbląskie	463	106,7	1	0,23	2973	676,4	—	—
10	Gdańskie	12733	977,1	3	0,23	17849	1346,2	1	0,08
11	Gorzowskie	2468	552,5	—	—	17975	3968,0	—	—
12	Jeleniogórskie	1960	400,8	2	0,41	8698	1769,0	1	0,20
13	Kaliskie	5009	758,8	9	1,36	24029	3608,0	6	0,90
14	Katowickie	7098	194,7	5	0,14	83492	2254,5	10	0,27
15	Kieleckie	3389	319,7	—	—	10035	941,3	1	0,09
16	Konińskie	3986	914,2	1	0,23	8491	1929,8	—	—
17	Koszalińskie	842	185,6	1	0,22	1076	234,1	—	—
18	Miejskie-krakowskie	8849	770,8	4	0,35	236737	20368,0	14	1,20
19	Krośnieńskie	93	21,1	—	—	11951	2677,8	5	1,12
20	Legnickie	2182	490,4	—	—	3395	747,1	2	0,44
21	Leszczyńskie	9719	2747,8	5	1,41	9758	2739,5	2	0,56
22	Lubelskie	37931	4125,6	3	0,33	8974	964,8	—	—

23	Łomżyńskie	107	33,0	—	—	1730	532,3	2	0,62
24	Miejskie łódzkie	84783	7582,8	4	0,36	136653	12154,5	3	0,27
25	Nowosądeckie	2602	419,9	3	0,48	14315	2287,1	1	0,16
26	Olsztyńskie	6425	954,3	1	0,15	41525	6121,9	3	0,44
27	Opolskie	594	61,3	1	0,10	21295	2194,2	9	0,93
28	Ostrołęckie	794	216,4	—	—	22393	6042,4	—	—
29	Piłskie	1835	427,2	1	0,23	28890	6647,5	3	0,69
30	Piotrkowskie	4559	761,5	3	0,50	16559	2747,9	7	1,16
31	Płockie	12378	2523,0	1	0,20	1745	352,6	2	0,40
32	Poznańskie	28433	2339,8	5	0,41	50573	4107,3	7	0,57
33	Przemyskie	315	83,4	—	—	5617	1481,3	4	1,05
34	Radomskie	3682	529,3	1	0,14	15752	2249,3	1	0,14
35	Rzeszowskie	379	59,5	2	0,31	6661	1032,7	4	0,62
36	Siedleckie	1309	213,5	5	0,82	12224	1987,0	14	2,28
37	Sieradzkie	738	188,5	1	0,26	11179	2854,7	7	1,79
38	Skierniewickie	1833	464,5	1	0,25	3802	960,3	2	0,51
39	Słupskie	1943	534,8	—	—	6335	1721,9	1	0,27
40	Suwalskie	1742	416,5	3	0,72	3865	918,1	—	—
41	Szczecińskie	1357	153,6	1	0,11	13021	1456,8	—	—
42	Tarnobrzeskie	1180	214,9	1	0,18	15340	2765,0	2	0,36
43	Tarnowskie	2282	380,8	3	0,50	11331	1874,8	1	0,17
44	Toruńskie	10747	1785,8	—	—	31438	5165,6	—	—
45	Wałbrzyskie	2619	366,6	—	—	28326	3957,8	7	0,98
46	Włocławskie	2690	650,5	1	0,24	9529	2309,5	—	—
47	Wrocławskie	101073	9546,0	—	—	15664	1462,0	1	0,09
48	Zamojskie	981	208,2	1	0,21	1496	317,2	—	—
49	Zielonogórskie	1467	244,3	—	—	16958	2795,1	—	—

0,49 na 100 000. Najwyższą umieralność stwierdzono w województwie częstochowskim (3,21) i siedleckim (2,28). W 16 województwach nie zanotowano zgonów. Ogółem w Polsce jeden zgon z powodu grypy przypadał na 8105 zachorowań, a więc ryzyko wystąpienia zgonu było 2-krotnie niższe niż w roku 1979, co świadczy o lżejszym przebiegu choroby.

Zmarło 23 niemowląt w pierwszym roku życia (13,2%), 14 osób w wieku od drugiego roku życia do 49 lat oraz 137 osób w wieku powyżej 50 lat (78,7%), w tym 114 osób w wieku powyżej 70 lat.

Х. Рудницка

ГРИПП

H. Rudnicka

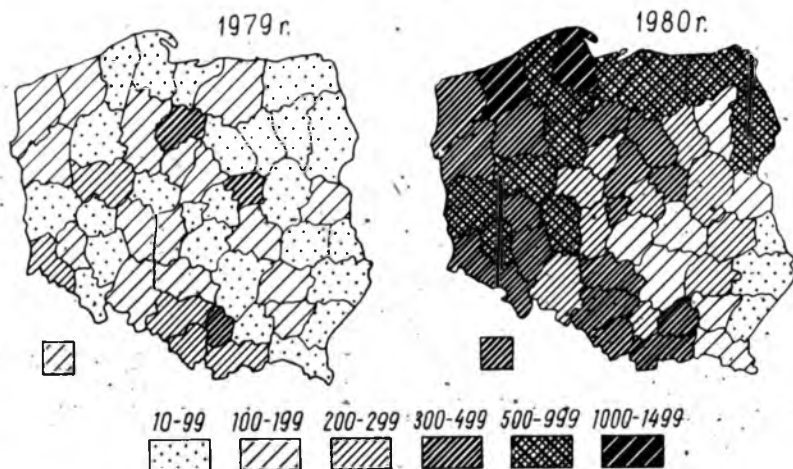
INFLUENZA

Halina Rudnicka

RÓZYCZKA — 1980 ROK

W roku 1980 zarejestrowano w Polsce 143 120 zachorowań na różyczkę, to jest trzykrotnie więcej niż w roku poprzednim, a jednocześnie najwięcej od momentu rozpoczęcia rejestracji różyczki w 1966 r. Zapadalność wynosi 402,3 na 100 000 mieszkańców.

Najwyższą zapadalność zanotowano w województwie koszalińskim (1231,9/100 000) i gdańskim (1116,0/100 000). W 12 województwach zapa-



Ryc. 1. Różyczka w Polsce. Zapadalność na 100 000 wg województw.

dalność kształtowała się powyżej 500 na 100 000 podczas gdy w 1979 r. żadne województwo nie miało tak wysokiej zapadalności (ryc. 1, tab. I).

Rozkład zachorowań według miesięcy wykazywał największe nasilenie zachorowań od marca do lipca. Po sezonowym obniżeniu liczby zachorowań w okresie letnim, nastąpił niespotykany od 1966 r. wzrost liczby zachorowań w miesiącach jesienno-zimowych.

W 1980 r. hospitalizowano z powodu różyczki 859 osób, co stanowi 0,6% zarejestrowanych przypadków. Największy odsetek hospitalizowanych osób miało województwo przemyskie (6,5%), krośnieńskie (2,3%) i szczecińskie (2,1%).

Tabela I. Różyczka w Polsce. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według województw

Lp.	Województwo	Mediana 1975—1979		1979		1980	
		liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność
1	St. warszawskie	5 201	239,5	5 133	225,9	7 499	325,2
2	Białkopodlaskie	285	100,1	285	100,1	570	199,4
3	Białostockie	1 429	231,9	330	52,1	3 466	542,5
4	Bielskie	1 908	234,3	1 908	234,3	2 521	305,4
5	Bydgoskie	1 783	174,3	1 783	174,3	6 019	583,3
6	Chełmskie	173	75,7	173	75,7	124	53,8
7	Ciechanowskie	201	50,4	183	45,5	1 516	374,7
8	Częstochowskie	904	123,0	886	119,1	2 295	307,2
9	Elbląskie	990	233,3	356	82,0	3 362	765,0
10	Gdańskie	1 208	97,8	1 175	90,2	14 797	1116,0
11	Gorzowskie	549	122,9	549	122,9	1 410	311,3
12	Jeleniogórskie	1 383	282,8	1 383	282,8	1 713	348,4
13	Kaliskie	1 108	167,9	1 108	167,9	4 886	733,6
14	Katowickie	10 103	277,1	10 103	277,1	12 911	348,6
15	Kieleckie	1070	103,4	1 040	98,1	1 768	165,8
16	Konińskie	328	75,2	328	75,2	954	216,8
17	Koszalińskie	716	157,8	716	157,8	5 662	1231,9
18	Miejskie krakowskie	1 776	153,4	4 142	360,8	3 418	294,1
19	Krośnieńskie	217	49,2	217	49,2	620	138,9
20	Legnickie	810	184,0	564	126,8	3 027	666,2
21	Leszczyńskie	211	60,5	70	19,8	1 189	333,8
22	Lubelskie	1 526	167,3	639	69,5	2 459	264,4
23	Łomżyńskie	236	73,6	137	42,2	606	186,5

24	Miejskie łódzkie	2 398	220,8	969	86,7	3 812	339,1
25	Nowosądeckie	1 196	198,9	1 463	236,1	2 083	332,8
26	Olsztyńskie	720	106,9	720	106,9	4 190	617,7
27	Opolskie	965	99,8	1 387	143,2	2 893	298,1
28	Ostrołęckie	205	56,7	206	56,1	1 020	275,2
29	Piłskie	274	65,9	221	51,5	1 773	408,0
30	Piotrkowskie	724	123,7	399	66,6	1 288	213,7
31	Płockie	543	112,6	559	113,9	1 838	371,4
32	Poznańskie	3 654	314,0	3 048	250,8	6 620	537,6
33	Przemyskie	191	50,9	326	86,3	307	81,0
34	Radomskie	801	115,2	801	115,2	1 380	197,1
35	Rzeszowskie	845	132,7	845	132,7	734	113,8
36	Siedleckie	313	52,0	290	47,3	1 362	221,4
37	Sieradzkie	511	130,5	511	130,5	1 060	270,7
38	Skierniewickie	471	120,1	223	56,5	1 005	253,9
39	Słupskie	572	155,9	186	51,2	3 568	969,8
40	Suwalskie	1 151	275,6	196	46,9	2 871	631,9
41	Szczecińskie	2 391	277,9	1 206	136,5	4 189	468,7
42	Tarnobrzeskie	697	126,9	697	126,9	1 401	252,5
43	Tarnowskie	810	137,9	423	70,6	2 161	357,5
44	Toruńskie	1 319	218,4	2 156	358,3	2 655	436,2
45	Wałbrzyskie	670	93,2	344	48,2	2 177	304,2
46	Włocławskie	673	166,5	568	137,4	979	237,3
47	Wrocławskie	1 111	106,4	755	71,3	5 110	476,9
48	Zamojskie	258	54,8	258	54,8	395	83,8
49	Zielonogórskie	455	77,2	353	58,8	3 457	569,8
	POLSKA ogółem	52 318	148,5	52 318	148,5	143 120	402,3

Tabela II. Różyczka w Polsce w 1980 roku (na wybranych terenach). Zapadalność na 100 000 i podział procentowy wg płci i wieku

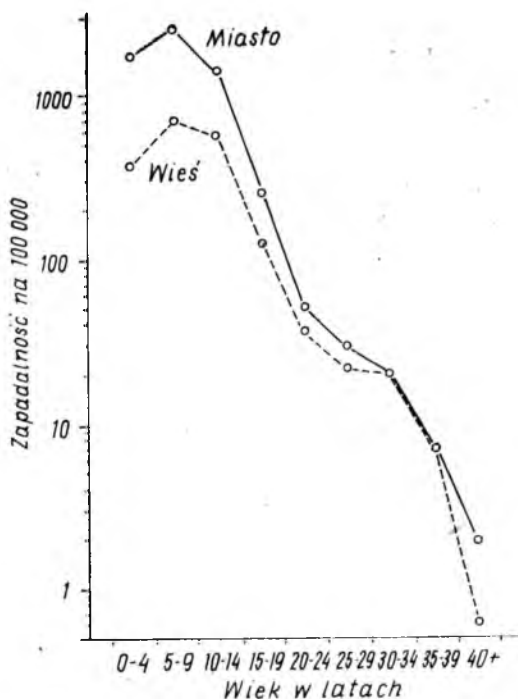
Grupy wieku	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapad.	%	zapad.	%	zapad.	%
0—4	1052,6	31,2	1052,0	27,2	1052,3	29,1
0	156,4	1,0	146,4	0,8	151,5	0,9
1	930,5	5,9	823,2	4,5	878,5	5,1
2	1221,6	7,1	1207,7	6,1	1214,9	6,6
3	1345,5	7,5	1363,8	6,7	1354,5	7,1
4	1768,5	9,7	1887,8	9,1	1826,7	9,4
5—9	1520,6	38,2	1690,9	37,5	1604,0	37,9
5	1745,4	9,2	1918,0	8,9	1829,7	9,1
6	1646,5	8,6	1844,9	8,5	1743,6	8,5
7	1817,3	8,8	1845,9	7,9	1831,4	8,4
8	1310,4	6,5	1504,0	6,5	1405,3	6,5
9	1057,3	5,1	1315,1	5,7	1183,8	5,4
10—14	849,8	22,0	1092,5	24,9	968,7	23,5
15—19	191,6	6,1	223,0	6,2	207,0	6,1
20—24	30,9	1,0	61,1	1,8	45,8	1,5
25—29	15,4	0,4	37,6	1,0	26,4	0,7
30—34	13,4	0,3	28,5	0,5	20,9	0,4
35—39	3,8	0,07	10,2	0,2	7,0	0,1
40—44	4,0	0,08	2,8	0,06	3,4	0,07
45—49	—	—	0,7	0,01	0,4	0,01
50—54	2,2	0,03	1,8	0,03	2,0	0,04
55—59	1,3	0,01	0,5	0,01	0,9	0,01
60+	0,6	0,02	0,3	0,01	0,4	0,02
Brak danych	—	0,6	—	0,5	—	0,6
Ogółem	311,5	100,0	320,1	100,0	315,9	100,0

Analiza zachorowań na różyczkę na wybranych terenach wykazała jednakową zapadalność ogólną mężczyzn i kobiet. Najwyższa zapadalność dotyczyła dzieci w wieku 5—9 lat (1604,0/100 000). Zachorowania w tej grupie wieku stanowiły 37,9% ogółu zarejestrowanych przypadków:

Podobnie jak w poprzednich latach zapadalność kobiet w wieku 5—39 lat była wyższa od zapadalności mężczyzn, co szczególnie zaznacza się od 20 roku życia (tab. II).

Dzieci i młodzież w wsi cechowała kilkakrotnie niższa zapadalność niż w mieście (ryc. 2), natomiast od 25 roku życia współczynniki zapadalności były podobne. W mieście dzieci w wieku 0—4 lata stanowiły 31,8% ogółu zachorowań, natomiast na wsi — 20,5%. W wieku 5—9 lat odsetek był podobny zmieniając się w wieku 10—14 lat na 21% w mieście i 31,5% na wsi.

Ogólny współczynnik zapadalności w miastach był ponad 2-krotnie wyższy niż na wsi (439,7 i 166,7 na 100 000) (tab. III). Najwyższą zapadalność zarejestrowano w miastach o ludności od 20 do 50 tysięcy (551,9 na 100 000), a nie jak w roku ubiegłym w miastach ponad 100 tysięcznych (tab. IV).



Ryc. 2. Różyczka w Polsce w 1980 r. na wybranych terenach. Zapadalność na 100 000 wg wieku i środowiska.

Tabela III. Różyczka w Polsce w 1980 roku (na wybranych terenach). Zapadalność i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasta		Wieś		Ogółem	
	M	K	M	K	M	K
Zapadalność na 100 000	446,7	433,3	153,7	179,5	311,5	320,1
%	48,6	51,4	45,5	54,5	47,9	52,1
Zapadalność na 100 000	439,7		166,7		315,9	
%	76,0		24,0		100,0	

Tabela IV. Zapadalność na 100 000 wg płci i środowiska oraz liczby ludności w miastach w 1980 r. (na wybranych terenach)

	Ogółem	Miasta					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
M	311,5	446,7	384,9	567,1	349,3	451,3	153,7
K	320,1	433,3	395,0	537,9	397,6	421,6	179,5
Ogółem	315,9	439,7	390,2	551,9	396,0	435,8	166,7

X. Рудницка

KPACHYXA

H. Rudnicka

RUBELLA

c.d. ze str. 56

T. Witas: Toksyny organizmów morskich. (Nr 12, str. 732)

E. Biadała: Wścieklizna — zwalczanie na początku ubiegłego stulecia a stan dzisiejszy. (Nr 12, str. 757)

MEDYCYNĄ WIEJSKA, 1980, 15

B. Szucki, I. Iwanow, I. Domańska: Zatrucia pestydami związane z pracą w Polsce i Bułgarii w latach 1973—1977. (Nr 1, str. 15)

J. Umiński: Toksoplazmoza u ludzi w świetle badań immunobiologicznych. (Nr 1, str. 65)

E. Patarska-Mach, E. Rzeszowska: Występowanie salmoneloz odzwierzęcych w środowisku wiejskim i miejskim województwa lubelskiego w latach 1973—1978. (Nr 2, str. 85)

N. Stojek, M. Stroczyńska-Sikorska: Ocena porównawcza wyników badań w kierunku brucelozy uzyskanych za pomocą odczynu aglutynacyjnego i odczynu wiązania dopełniacza. (Nr 4, str. 247)

MONITOR POLSKI, 1980

Zarządzenie: Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 stycznia 1980 r. w sprawie oznaczania numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów. (Nr 6, poz. 29, str. 43)

NAUKA POLSKA, 1980, 28

J. Kostrzewski: Rozwój nauk medycznych w Polsce na tle nauki światowej. (Nr 5, str. 33)

K. Gibiński: Nauki medyczne a „polityka zdrowia”. (Nr 5, str. 43)

NEUROLOGIA I NEUROCHIRURGIA POLSKA, 1980, 30

E. Zderkiewicz, M. Czochra, H. Koźniewska: Ropniaki nadtwardówkowe kanału kręgowego leczone operacyjnie. (Nr 1, str. 81)

K. Kucharska-Demczuk: Test redukcji błękitu nitrotetrazolowego przez granulocyty obojętnochłonne płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi obwodowej oraz komórki monocytarno-retikularne płynu w chorobach neuroinfekcyjnych. (Nr 4, str. 365)

B. Hoppe, K. Rubach: Wągrzyca mózgu z postępującym otępieniem. (Nr 6, str. 673)

OCHRONA POWIETRZA, 1980, 14

J. Koniecznyński: Sanitarne i ekonomiczne aspekty odsiarczania spalin w Polsce. (Nr 3, str. 69)

J. Koniecznyński, J. Waluń, K. Sowiński: Zwalczanie zagrożenia atmosferycznego chlorem podczas chlorowania wody i ścieków. (Nr 5, str. 116)

OCHRONA PRACY, 1980, 34

K. Ponikła: Normy higieniczne trucizn przemysłowych w środowisku pracy. (Nr 1, str. 10)

A. Dąbrowski: Nowoczesne spalanie odpadów. (Nr 9, str. 21)

F. Małysz: Choroby zawodowe — zagadnienie prawne. (Nr 11/12, str. 10)

OTOLARYNGOLOGIA POLSKA, 1980, 34

S. Zuzio, W. Stępniewicz: Flora bakteryjna w ostrym i przewlekłym zapaleniu zatok szczękowych. (Nr 4, str. 351)

A. Kurnatowska, P. Kurnatowski, H. Kalinowska-Graczyk: Wieloogniskowość zarażeń grzybami u chorych zgłaszających się do laryngologa. (Nr 5, str. 475)

W. Sułkowski, Z. Starzyński, N. Szeszenia-Dąbrowska, M. Kubasiewicz: Epidemio-

c.d. na str. 78

Jadwiga Zabicka

ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH I MÓZGU — 1980 ROK

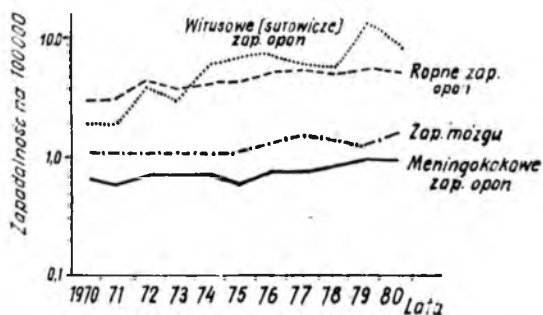
ZACHOROWANIA I ZAPADALNOŚĆ

W roku 1980 zarejestrowano w Polsce 5550 zachorowań na zapalenie opon m.-rdz. i zapalenia mózgu, tj. o 1286 mniej niż w roku poprzednim. Spadek zachorowań dotyczył głównie surowiczego zapalenia opon m.-rdz. (tab. I, ryc. 1). W poszczególnych województwach liczba zarejestrowa-

Tabela I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1979—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000

Jednostki chorobowe	Mediana w latach 1977—1979		1979		1980	
	liczba	zapad.	liczba	zapad.	liczba	zapad.
Meningokokowe zap. opon m.-rdz.	272	0,8	305	0,9	326	0,9
Ropne zapalenie opon m.-rdz.	1867	5,3	2122	6,0	2078	5,8
Enterowirusowe surowicze limfocytarne zapalenie opon m.-rdz.	2233	6,4	3995	11,3	2696	7,6
Arbowirusowe zapalenie mózgu i opon m.-rdz.	36	0,1	35	0,1	25	0,07
Inne zapalenia mózgu	452	1,3	319	0,9	425	1,19

Źródło: Biuletyny Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej



Ryc. 1. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1970—1980. Zapadalność na 100 000.

Tabela II. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce w latach 1977—1980 wg województw

Lp.	Województwo	Mediana w latach 1977—1979		1979				1980			
		zacho- rowania	zapad. na 100 000	zachorowania		zgony		zachorowania		zgony	
				liczba	zapad. na 100 000	liczba	umieral. na 100 000	liczba	zapad. na 100 000	liczba	umieral. na 100 000
	POLSKA	4381	12,6	6422	18,2	477	1,3	5100	14,3	542	1,5
1	St. warszawskie	250	11,3	403	17,7	39	1,7	294	12,8	42	1,8
2	Białkopodlaskie	21	7,5	30	10,5	5	1,8	51	17,8	3	1,0
3	Białostockie	200	32,1	250	39,5	4	0,6	274	42,9	12	1,9
4	Bielskie	202	25,2	311	38,2	18	1,8	126	15,3	13	1,6
5	Bydgoskie	150	14,8	160	15,6	15	1,8	214	20,7	13	1,2
6	Chełmskie	24	10,5	24	10,5	6	2,6	18	7,8	4	1,7
7	Ciechanowskie	57	14,3	67	16,6	6	1,5	61	15,1	7	1,7
8	Częstochowskie	96	13,1	136	18,3	15	2,0	125	16,7	18	2,4
9	Elbląskie	101	23,3	101	23,3	5	1,1	105	23,9	9	2,0
10	Gdańskie	227	17,3	279	21,4	3	0,2	250	18,9	12	0,9
11	Gorzowskie	59	13,4	94	21,0	4	0,9	71	15,7	3	0,7
12	Jeleniogórskie	40	8,2	42	8,6	9	1,8	37	7,5	8	1,6
13	Kaliskie	49	7,5	116	17,6	5	0,8	58	8,7	7	1,0
14	Katowickie	246	6,8	311	8,5	48	1,3	262	7,1	62	1,7
15	Kieleckie	155	14,8	215	20,3	16	1,5	176	16,5	16	1,5
16	Konińskie	37	8,6	50	11,5	7	1,6	53	12,0	18	4,1
17	Koszalińskie	38	8,4	38	8,4	3	0,7	58	12,6	8	1,7
18	Miejskie krakowskie	262	22,6	727	63,3	11	1,0	274	23,6	13	1,1
19	Krośnieńskie	52	12,0	75	17,0	1	0,2	70	15,7	7	1,6
20	Legnickie	40	9,1	62	13,9	8	1,8	60	13,2	7	1,5
21	Leszczyńskie	20	5,7	22	6,2	3	0,8	35	9,8	5	1,4
22	Lubelskie	111	12,3	166	18,1	11	1,2	174	18,1	8	0,9

23	Łomżyńskie	49	15,3	62	19,1	6	1,9	43	13,2	6	1,8
24	Miejskie łódzkie	106	9,6	135	12,1	9	0,8	125	11,1	17	1,5
25	Nowosądeckie	120	19,8	140	22,6	11	1,8	107	17,1	8	1,3
26	Olsztyńskie	125	18,6	125	18,6	5	0,7	92	13,6	11	1,6
27	Opolskie	180	18,3	207	21,4	13	1,3	151	15,6	19	1,9
28	Ostrołęckie	45	12,4	67	18,3	7	1,9	64	17,3	5	1,3
29	Piłskie	19	4,4	19	4,4	8	1,9	22	5,1	6	1,4
30	Piotrkowskie	97	16,2	97	16,2	12	2,0	107	17,8	15	2,5
31	Płockie	59	12,1	80	16,3	6	1,2	67	13,5	4	0,8
32	Poznańskie	85	7,0	95	7,8	11	0,9	76	6,2	10	0,8
33	Przemyskie	28	7,4	50	13,2	6	1,6	29	7,6	5	1,3
34	Radomskie	86	12,6	92	13,2	20	2,9	80	11,4	21	2,9
35	Rzeszowskie	74	11,8	103	16,2	10	1,6	92	14,3	7	1,1
36	Siedleckie	59	9,6	59	9,6	12	2,0	63	10,2	10	1,6
37	Sieradzkie	29	7,4	29	7,4	8	2,0	32	8,2	9	2,3
38	Skierniewickie	58	14,9	79	20,0	4	1,0	55	13,9	3	0,7
39	Słupskie	47	12,9	47	12,9	8	2,2	60	16,3	5	1,3
40	Suwalskie	156	37,4	173	41,4	8	1,9	123	29,3	2	0,5
41	Szczecińskie	140	15,9	140	15,9	14	1,6	131	14,7	11	1,2
42	Tarnobrzeskie	58	10,7	88	16,0	8	1,5	59	10,6	10	1,8
43	Tarnowskie	154	26,0	212	35,4	11	1,8	155	25,6	8	1,3
44	Toruńskie	106	17,5	100	16,6	3	0,5	109	17,9	10	1,6
45	Wałbrzyskie	81	11,2	132	18,5	5	0,7	85	11,9	15	2,1
46	Włocławskie	44	10,8	60	14,5	3	0,7	59	14,3	3	0,7
47	Wrocławskie	108	10,2	185	17,5	13	1,2	135	12,6	10	0,9
48	Zamojskie	44	9,3	72	15,3	5	1,1	30	6,4	2	0,4
49	Zielonogórskie	95	15,8	95	15,8	9	1,5	103	17,0	8	1,3

Tabela III. Zapalenie mózgu w Polsce w latach 1977—1980 wg województw

Lp.	Województwo	Mediana w latach 1977—1979		1979				1980			
		zacho- rowania	zapad. na 100 000	zachorowania		zgony		zachorowania		zgony	
				liczba	zapad. na 100 000	liczba	umieral. na 100 000	liczba	zapad. na 100 000	liczba	umieral. na 100 000
	POLSKA	462	1,3	413	1,2	442	1,2	450	1,3	441	1,2
1	St. warszawskie	30	1,3	30	1,3	15	0,7	28	1,2	13	0,6
2	Białkopodlaskie	1	0,3	—	—	6	2,1	1	0,3	5	1,7
3	Białostockie	23	3,7	21	3,3	7	1,1	13	2,0	1	0,1
4	Bielskie	14	1,7	15	1,8	13	1,6	24	2,9	17	2,0
5	Bydgoskie	12	1,2	10	1,0	17	1,7	23	2,2	20	1,9
6	Chełmskie	1	0,4	3	1,3	6	2,6	—	—	9	3,9
7	Ciechanowskie	2	0,5	2	0,5	10	2,5	6	1,5	9	2,2
8	Częstochowskie	9	1,2	12	1,6	7	0,9	7	1,0	8	1,1
9	Elbląskie	9	2,1	10	2,3	1	0,2	14	3,2	9	2,0
10	Gdańskie	22	1,7	16	1,2	10	0,8	19	1,4	8	0,6
11	Gorzowskie	5	1,1	5	1,1	3	0,7	7	1,5	2	0,4
12	Jeleniogórskie	3	0,6	2	0,4	3	0,6	3	0,6	4	0,8
13	Kaliskie	5	0,8	6	0,9	9	1,4	6	0,9	11	1,6
14	Katowickie	15	0,4	22	0,6	42	1,1	17	0,5	47	1,2
15	Kieleckie	17	1,6	22	2,1	34	3,2	29	2,7	24	2,2
16	Konińskie	5	1,2	3	0,7	4	0,9	8	1,8	2	0,4
17	Koszalińskie	2	0,4	2	0,4	4	0,9	5	1,1	8	1,7
18	Miejskie krakowskie	28	2,4	24	2,1	15	1,3	31	2,7	8	0,7
19	Krośnieńskie	10	2,3	7	1,6	6	1,4	8	1,8	6	1,3
20	Legnickie	2	0,5	2	0,5	12	2,7	2	0,4	6	1,3
21	Leszczyńskie	5	1,4	2	0,6	—	—	6	1,7	5	1,4
22	Lubelskie	3	0,3	4	0,4	11	1,2	3	0,3	11	1,2

23	Łomżyńskie	1	0,3	2	0,6	3	0,9	—	—	4	1,2
24	Miejskie łódzkie	12	1,1	12	1,1	5	0,4	13	11,2	12	1,1
25	Nowosądeckie	16	2,6	16	2,6	4	0,6	17	2,7	17	2,7
26	Olsztyńskie	17	2,5	17	2,5	13	1,9	17	2,5	22	3,2
27	Opolskie	18	1,9	18	1,9	12	1,2	15	1,5	13	1,3
28	Ostrołęckie	5	1,4	4	1,1	6	1,6	3	0,8	2	0,5
29	Piłskie	2	0,5	4	0,9	5	1,2	4	0,9	2	0,5
30	Piotrkowskie	8	1,4	8	1,3	13	2,2	13	2,2	9	1,5
31	Płockie	1	0,2	—	—	9	1,8	4	0,8	2	0,4
32	Poznańskie	14	1,1	14	1,2	11	0,9	14	1,1	13	1,1
33	Przemyskie	4	1,1	3	0,8	5	1,3	1	0,3	1	0,3
34	Radomskie	17	2,4	17	2,4	13	1,9	8	1,1	4	0,6
35	Rzeszowskie	7	1,1	1	0,2	11	1,7	8	1,2	16	2,5
36	Siedleckie	2	0,3	—	—	6	1,0	2	0,3	1	0,2
37	Sieradzkie	6	1,5	6	1,5	2	0,5	2	0,5	3	0,8
38	Skierniewickie	5	1,3	4	1,0	4	1,0	—	—	2	0,5
39	Słupskie	6	1,6	3	0,8	5	1,4	8	2,2	5	1,3
40	Suwalskie	9	2,1	6	1,4	1	0,2	8	1,9	2	0,5
41	Szczecińskie	13	1,5	10	1,1	13	1,5	12	1,3	12	1,3
42	Tarnobrzeskie	7	1,3	7	1,3	4	0,7	7	1,3	9	1,6
43	Tarnowskie	15	2,5	15	2,5	14	2,3	13	2,1	5	0,8
44	Toruńskie	10	1,7	7	1,2	2	0,3	5	0,8	7	1,1
45	Wałbrzyskie	3	0,4	3	0,4	9	1,3	9	1,3	15	2,1
46	Włocławskie	6	1,5	1	0,2	4	1,0	1	0,2	3	0,7
47	Wrocławskie	1	0,1	7	0,7	16	1,5	—	—	14	1,3
48	Zamojskie	2	0,4	3	0,6	14	3,0	1	0,2	7	1,5
49	Zielonogórskie	6	1,0	6	1,0	3	0,5	5	0,8	6	1,0

nych zachorowań na zapalenie opon m.-rdz. wahała się od 13 do 294, a zapadalność od 5,1/100 000 do 42,9/100 000. Najwyższą zapadalność — 42,9/100 000 obserwowano w woj. białostockim, najniższą w woj. pilskim 5,1, zamojskim 6,4 i poznańskim 6,2/100 000 (tab. II).

Liczba zachorowań na zapalenie mózgu w roku 1980 wynosiła 450, tj. o 37 przypadków więcej w porównaniu z rokiem 1979 a zapadalność krajowa wynosiła 1,3/100 000; najwyższą notowano w woj. elbląskim — 3,2/100 000, a w czterech województwach: chełmskim, łomżyńskim, skiernewickim i wrocławskim zachorowań na zapalenie mózgu nie rejestrowano (tab. III).

ZGONY I UMIERALNOŚĆ

Zarejestrowano 983 zgony z powodu zapaleń opon m.-rdz. i zapaleń mózgu, tj. o 50 więcej niż w 1979 r., co nieznacznie podwyższyło umie-

Tabela IV. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1979—1980. Zgony i umieralność na 100 000

Jednostki chorobowe	Mediana w latach 1977—1979		1979		1980	
	liczba	umieralność	liczba	umieralność	liczba	umieralność
Meningokokowe zapalenie opon m.-rdz.	49	0,14	48	0,14	44	0,12
Ropne zapalenie opon m.-rdz.	429	1,22	429	1,22	491	1,38
Enterowirusowe zapalenie opon m.-rdz.	9	0,03	14	0,04	7	0,02
Arbowirusowe zapalenie opon i mózgu	5	0,01	5	0,01	10	0,03
Inne zapalenia mózgu	481	1,40	437	1,23	431	1,21

Tabela V. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1979—1980. Zgony i umieralność wg wieku

Wiek w latach	Mediana w latach 1977—1979		1979		1980	
	liczba	na 100 000	liczba	na 100 000	liczba na	100 000
Ogółem	973	2,8	933	2,6	983	2,8
0	397	60,0	393	58,2	455	66,9
1—4	122	5,2	109	4,3	101	3,1
5—9	56	2,1	50	1,8	47	1,6
10—14	31	1,2	27	1,1	23	0,9
15—19	23	0,8	23	0,8	17	0,6
20—24	24	0,7	16	0,5	21	0,6
25—29	29	0,9	29	0,9	16	0,5
30—34	23	1,2	16	0,6	24	0,8
35—39	19	0,9	17	0,9	23	1,2
40—44	26	1,2	26	1,2	32	1,5
45—49	36	1,6	33	1,5	32	1,5
50—54	36	1,8	37	1,8	31	1,4
55—59	24	1,5	28	1,6	28	1,5
60 i	117	2,5	129	2,8	133	2,7

ralność z 2,6 do 2,8/100 000. Pokażna liczba zgonów — 491 oraz wysoka umieralność — 1,38/100 000 towarzyszyła ropnym zapaleniom opon m.-rdz. oraz zapaleniom mózgu (1,23/100 000), które były przyczyną 441 zgonów (tab. IV).

Jak wynika z analizy zgonów w grupach wieku najwyższa umieralność z powodu neuroinfekcji — 66,9/100 000 dotyczyła niemowląt, najniższa 0,5—0/100 000 była w grupach wieku od 10 do 34 lat (tab. V).

ZAPALENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

A. Meningokokowe zapalenie opon

W analizowanym okresie zarejestrowano 326 zachorowań, a zapadalność 0,9/100 000 nie odbiegała od 1979 r. Zachorowania wystąpiły sporadycznie, nie zanotowano większych epidemii. W pięciu województwach: chełmskim, wrocławskim, gorzowskim, krośnieńskim, pilskim nie zgłoszono zachorowań. W pozostałych województwach liczba przypadków wahała się od kilku do 40, a zapadalność od 0,1 do 2,4/100 000. Najwyższą zapadalność wykazało województwo kieleckie — 2,4, ostrołęckie — 2,4, bielskie — 2,3 i zielonogórskie — 2,1/100 000.

W oficjalnej statystyce wykazano 44 zgony, umieralność wynosiła 0,12/100 000.

Z analizy 337 wywiadów udostępnionych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne wynika, że 250 przypadków (74%) wystąpiło wśród dzieci w wieku do 14 lat, zapadalność w tej grupie wieku wynosiła 2,7/100 000. Najwyższa zapadalność — 7,7/100 000 dotyczyła dzieci w wieku 0—4 lata. Podobnie jak w latach ubiegłych zapadalność mężczyzn — 1,2 przewyższała zapadalność kobiet — 0,7/100 000.

Potwierdzenie rozpoznania hodowłą *Neisseria meningitidis* z płynu m.-rdz., uzyskano u 153 chorych (45%), u 121 osób (36%) uzyskano dodatni wynik badania mikroskopowego płynu m.-rdz., u 58 (17%) chorych badanie bakteriologiczne płynu było ujemne, lub nie wykonano badania, a rozpoznanie oparto na obrazie klinicznym, w 5 przypadkach brak było wyników badania bakteriologicznego płynu.

B. Ropne zapalenie opon

Ropne zapalenie opon z wyłączeniem meningokokowego stanowiło w 1980 r. — 37% ogółu zarejestrowanych neuroinfekcji. Liczba zachorowań — 2078 jak i zapadalność 5,8/100 000 nie odbiegały od roku poprzedniego (tab. I). Jak wynika z analizy przypadków zarejestrowanych na wybranych terenach (80 terenowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych) nadal utrzymywała się wyższa zapadalność wśród mężczyzn — 8,3 w porównaniu z kobietami — 5,3/100 000, a zapadalność wśród mieszkańców wsi — 7,9/100 000 przewyższała zapadalność w miastach — 5,8 (tab. VI). Analogicznie do lat poprzednich najwyższą zapadalność notowano wśród dzieci w wieku 0—4 lata — 35/100 000, przy czym dominowała zapadalność wśród niemowląt — 66,5/100 000 (tab. VII).

Jak wynika z danych GUS w 1980 r. liczba zgonów — 491 jak i umieralność 1,38/100 000 były nieznacznie wyższe niż w roku poprzednim (tab. IV). Pokażna liczba zgonów 244 dotyczyła dzieci w wieku

Tabela VI. Zapalenie opon m-rdz. i mózgu na wybranych terenach (80 TSSE) w Polsce w 1980 r. Zapadalność wg płci i środowiska na 100 000.

Jednostki chorobowe	Ogółem	Płeć		Środowisko	
		mężczyźni	kobiety	miasto	wieś
Ropne zapalenie opon m-rdz.	6,9	8,3	5,3	5,8	7,9
Enterowirusowe (surowicze limfocytarne) zapalenie opon m-rdz.	6,4	8,3	4,6	6,7	6,0
Zapalenie mózgu	1,1	1,5	0,9	0,8	1,5

0—4 lata, najwyższą umieralność — 32/100 000 zanotowano wśród niemowląt.

Z analizy 215 wywiadów o chorych o niepomysłnym przebiegu choroby, zakończonym zgonem wynika, że tylko u 55 osób zmarłych (25%) ustalono czynnik etiologiczny: w 45 przypadkach wyizolowano bakterie chorobotwórcze z płynu m.-rdz., a u 10 osób stwierdzono je badaniem mikroskopowym płynu m.-rdz. W przypadkach zakończonych zgonem dominowały jako czynnik etiologiczny pałeczki gram-ujemne wyizolowane od 26 chorych, głównie niemowląt, u 23 chorych stwierdzono dwinki zapalenia płuc, a u 6 chorych z płynu wyizolowano gronkowce.

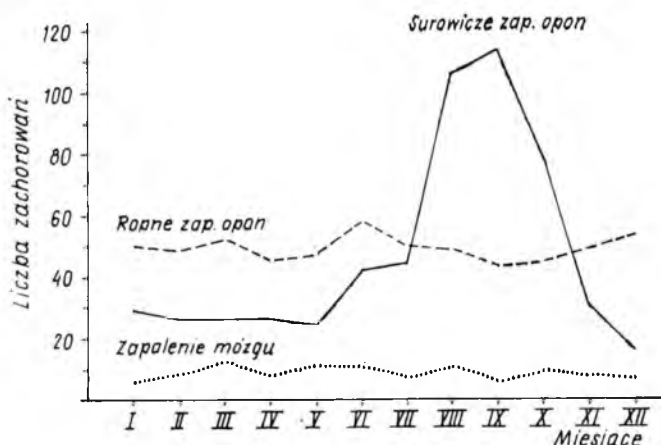
C. Surowicze zapalenie opon

Wśród ogółu neuroinfekcji zarejestrowanych w 1980 r. surowicze zapalenie opon stanowiło blisko połowę przypadków (49%). Zgłoszono 2696 zachorowań, tj. o 1300 mniej w porównaniu z rokiem poprzednim, a zapadalność zmniejszyła się z 11,3 do 7,6/100 000. W porównaniu z 1979 r. obserwowano spadek zapadalności w większości województw. Najwyższą zapadalność zanotowano w woj. białostockim — 33/100 000, gdzie wystąpiło 211 zachorowań. Większość przypadków zarejestrowano we wrześniu i w październiku. Wśród mieszkańców wsi w okolicach Sokółki. Zachorowania miały charakter kontaktowy, wystąpiły w rodzinach i w środowiskach szkolnych. U większości chorych stwierdzono w surowicy krwi dodatnie miano dla wirusa LCM, przy ujemnych wynikach badań serologicznych i wirusologicznych w kierunku enterowirusów.

Z analizy przeprowadzonej na wybranych terenach (80 TSSE) wynika, że podobnie jak w latach ubiegłych zapadalność mężczyzn — 8,3 przewyższała zapadalność kobiet — 4,6/100 000, a zapadalność na terenach miejskich i wiejskich była zbliżona (tab. VI). Najwyższą zapadalność — 27,8/100 000 stwierdzono w grupie wieku 5—9 lat (tab. VII). Sezonowy wzrost liczby zachorowań obserwowano od czerwca do września (ryc. 2). W oficjalnej statystyce zarejestrowano 7 zgonów, a umieralność była niższa niż w roku poprzednim — 0,02/100 000 (tab. IV).

Tabela VII. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu na wybranych terenach (80 TSSE) w 1980 r. Zapadalność na 100 000 wg wieku

Jednostki chorobowe	Grupy wieku (w latach)												
	0—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60 i >
Ropne zapalenie opon m-rdz.	35,3	7,8	4,3	4,4	4,2	4,1	5,3	2,9	2,9	2,8	2,4	4,8	3,0
Enterowirusowe surowicze zapa- lenie opon m-rdz.	16,3	27,8	13,7	4,4	3,2	3,6	4,9	3,4	0,9	1,4	1,2	0,6	0,3
Zapalenie mózgu	5,6	1,7	2,2	0,4	0,7	0,1	1,0	0,2	0,2	0,2	0,6	0,9	0,7



Ryc. 2. Zapalenie opon i mózgu na wybranych terenach. Sezonowy rozkład zachorowań 1980 r.

ZAPALENIA MÓZGU

A. Arbowirusowe (kleszczowe) zapalenie mózgu i opon

W 1980 roku zarejestrowano 25 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu co oznacza spadek liczby zachorowań w porównaniu z 1979 r. o dziesięć, zapadalność wynosiła 0,07/100 000. Zachorowania pochodziły z terenów endemicznych w województwach: olsztyńskim (13), suwalskim (6), białostockim (3) oraz pojedyncze z woj. warszawskiego, tarnobrzeskiego i płockiego. Zachorowania wystąpiły od czerwca do października i dotyczyły osób w wieku od 9 do 50 lat. Zgłoszone przypadki rozpoznano na podstawie wyników badań serologicznych oraz objawów klinicznych. Według danych GUS zgłoszono pięć zgonów.

B. Inne zapalenia mózgu

Podobnie jak w ubiegłych latach również w 1980 r. zarejestrowano mniej zachorowań na zapalenia mózgu (319) niż zgonów (431), co świadczy o niekompletnej zgłaszalności tych przypadków (tab. III). Analiza zachorowań na wybranych terenach (80 TSSE) wykazała nieznaczną przewagę zapadalności mężczyzn — 1,5 w porównaniu z zapadalnością kobiet — 0,9, a także wyższą zapadalność na terenach wiejskich — 1,5 w porównaniu z miastami — 0,8/100 000 (tab. VI).

Podobnie jak w latach poprzednich pokaźna część — 42,6% zachorowań dotyczyła dzieci w wieku 0—4 lata przy czym najwyższa zapadalność 8,4—9,9/100 000 dotyczyła dzieci w pierwszym i drugim roku życia. W starszych grupach wieku zachorowania wystąpiły rzadziej a zapadalność była wielokrotnie niższa (tab. VII). Nie obserwowano wyraźnej sezonowości zachorowań, przypadki rejestrowano podczas całego roku (2).

W 1980 r. zarejestrowano 431 zgonów; umieralność wynosiła 1,2/

/100 000 i nie odbiegała od roku 1979. Podobnie jak w latach poprzednich znaczny odsetek zgonów 62% dotyczył dzieci w wieku do 4 lat w tym 48% zgonów wystąpiło wśród niemowląt.

Jak wynika z analizy 116 przypadków zakończonych zgonem, etiologia tych przypadków nie jest znana.

Я. Жабицка

МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ

J. Zabicka

MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS

c.d. ze str. 66

logia otolaryngologicznych chorób zawodowych w Polsce w latach 1971—1977. (Nr 5, str. 481)

A. Łępkowski, M. Błaszyńska, S. Dej: Rozległy ropień usznopochodny płata skroniowego o etiologii grzybiczej. (Nr 5, str. 521)

PATOLOGIA POLSKA, 1980, 31

Z. Chłap, R. Lutyński, T. Przewłocki, H. Sierka: Zmiany flory jelita grubego szczurów w różnych stadiach rozwoju nowotworów jelita grubego wywołanych N-metylo-N'-nitro-N-nitrozoguanidyną. (Nr 2, str. 233)

D. Chibowski, Z. Siezieniewska, B. Pawłowska-Wakowicz, J. Tryszka: Ocena występowania i rozmieszczenia antygenu powierzchni *hepatitis B* (HBsAg) wykrywanego metodą *Shikata* w materiale biopieczym wątrobę ZAPAM w Lublinie, w latach 1975—1978. (Nr 3, str. 357)

J. Jonkisz, G. Zaborski, M. Polıtowski: Odczyn otrzewnej na wprowadzenie do niej łańcucha kul gentamycynowych. (Nr 3, str. 417)

PEDIATRIA POLSKA, 1980, 55

H. Horbowska-Marzec, H. Grodzicka-Królak, H. Wielopolska: Wirusy ECHO-11 u chorych hospitalizowanych w Warszawie w latach 1968—1977 (Nr 2, str. 203)

F. Taraszkiewicz, J. Kurpios, M. Kaczmarek: Zastosowanie hiperimmunizowanej surowicy z przeciwciałami anty HBsAg w leczeniu encefalopatii wątrobowej w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby u niemowlęcia. (Nr 2, str. 229)

K. Kotulska-Paleolog, W. Oskroba, J. Piecha: Ostre zapalenie trzustki w przebiegu nagminnego zapalenia przyusznic. (Nr 2, str. 233)

J. Armata, J. Grześkowiak-Melanowska: Nadostre zakażenie u dzieci po operacyjnym usunięciu śledziony. (Nr 2, str. 265)

I. Sztachelska: Główne przyczyny hospitalizacji i zgonów dzieci i młodzieży w latach 1971—1976 w szpitalach. (Nr 3, str. 347)

Z. Kurdziel: Wykrywanie źródeł zakażenia szpitalnego w klinikach pediatrycznych AM w Bytomiu. (Nr 3, str. 357)

M. Sabert: Określenie kierunków zmian umieralności niemowląt w latach 1957—1976 na terenie województwa katowickiego i innych województw o rozwiniętym przemyśle. (Nr 3, str. 363)

W. Maszkiewicz: Badania nad krążącymi kompleksami immunologicznymi u zdrowych i zakażonych noworodków. (Nr 3, str. 373)

B. Myśliwiec: Próba wykorzystania oznaczania poziomu produktów degradacji fibrynogeny (PDF) w diagnostyce zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. (Nr 3, str. 421)

A. Jabłońska-Ulbrich, A. Kutarska, H. Wiśniewska i inni: Ocena nefrotoksycznego wpływu ampicyliny, metycyliny i karbenicyliny w okresie stosowanej u dzieci terapii. (Nr 4, str. 457)

I. Modzelewska, A. Dawidowicz-Szczepanowska, T. Jaklińska: Próba wczesnego rozpoznania posocznicy u noworodka na podstawie morfologii krwi. (Nr 4, str. 481)

E. Szydłowski, S. Chalcarz, B. Jelonek: Wpływ leczenia żelazem na morfologię krwi oraz poziom żelaza i jego zdolność wiązania przez surowicę niemowląt i małych dzieci chorych na zapalenie płuc. (Nr 5, str. 559)

E. Torbicka: Wpływ pory roku urodzenia na poziom wybranych immunoglobulin w surowicy krwi w pierwszych dwóch latach życia. (Nr 5, str. 585)

B. Hager-Matecka, Z. Szczepański, K. Romańska i inni: Poziom immunoglobulin surowicy krwi u dzieci w wieku 3—15 lat w zależności od zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego. (Nr 5, str. 393)

M. Karasińska, T. Sawaryn, M. Machalska: Przewlekłe zapalenie wątroby u dzieci. (Nr 5, str. 623)

E. Michałowicz-Wojczyńska: Postać septyczna *Yersiniozy* u dziewczynki 4-letniej. (Nr 5, str. 639)

M. Sieniąwska, M. Wróblewska-Kałużewska, J. Korniszewska, K. Wierzba: Dawkowanie ampicyliny u dzieci w zależności od stopnia niewydolności nerek i ciężaru ciała. Część IV. (Nr 6, str. 691)

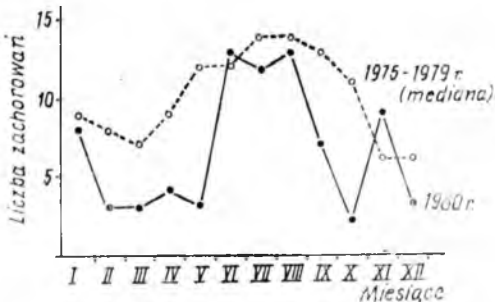
J. Ziobro, R. Kralisz, K. Podkowicz i inni: Aktywność lizozymu w moczu w przebiegu ostrych zakażeń układu moczowego u dzieci. (Nr 6, str. 739)

Ewa Gonera

DUR BRZUSZNY I DURY RZEKOME — 1980 ROK

Zgodnie z nową klasyfikacją chorób, urazów i przyczyn zgonów, zgony podawane są przez GUS łącznie dla duru brzuszego i durów rzekomych — pod jedną pozycją 002. Z danych tych wynika, że w 1980 r. zmarło dwoje chorych dzieci w 1 roku życia: jedno z woj. rzeszowskiego (z którego zgłoszono tylko jedno zachorowanie na dur brzuszny 26-letniego mężczyzny) i drugie z woj. płockiego, gdzie, jak wynika z meldunków stacji san.-epid. w ogóle nie notowano zachorowań ani na dur brzuszny, ani na dury rzekome. Dur brzuszny w 1980 roku zarejestrowano 80 przypadków duru brzuszego (zap. — 0,22 na 100 000 mieszk.), to jest o 23 zachorowania mniej niż w 1979 r. W rzeczywistości, tj. zgodnie z datą zachorowania, było 81 przypadków duru brzuszego, z czego 65% potwierdzono bakteriologicznie. Od 41 chorych wyhodowano pałeczkę *S. typhi* z krwi, a od 12 z kału. U 28 chorych dur brzuszny rozpoznano na podstawie wyników badań serologicznych. Zwraca uwagę dość duża liczba chorych (co najmniej 16), u których w ogóle nie wykonano badania bakteriologicznego krwi.

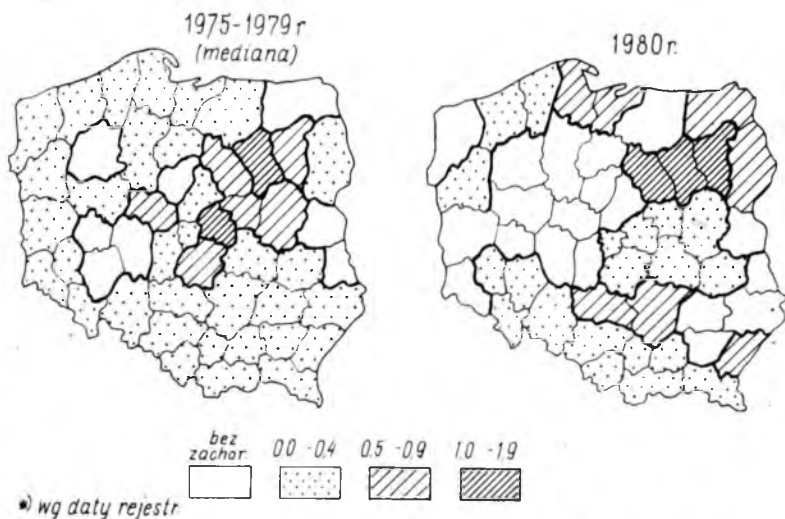
Dwóch chorych przeżyło leczenie tylko na oddziale wewnętrznym. Pozostali byli hospitalizowani w szpitalu (oddziale) zakaźnym, przy czym większość, bo 50 chorych przyjęto w dziesiątym i późniejszych dniach choroby. Bezpośrednio na oddziały zakaźne przyjęto 45 chorych. Dla 27 pacjentów oddział zakaźny był drugim miejscem hospitalizacji, dla 6 — trzecim, a dla jednego — czwartym. W poprzednim, 1979 r., blisko 60% chorych było przyjmowanych początkowo na inne oddziały niż zakaźny, najczęściej dziecięcy lub wewnętrzny. Późna izolacja zwiększa liczbę wtórnych zachorowań. W 1979 r. w otoczeniu chorych hospitalizowanych na oddz. zakaźnym w ciągu pierwszych 10-ciu dni choroby, nie było ani jednego zachorowania, a u izolowanych później — sześć przypadków duru brzuszego w 1980 r. odpowiednio: jedno i trzy zachorowania.



Ryc. 1. Dur brzuszny w Polsce. Sezonowość zachorowań (wg daty zachorowania).

Ogółem, zachorowań skupionych w ogniskach 2—3 osobowych było mniej niż w poprzednim roku: 11 i 26 przypadków. Źródło zakażenia ustalono w 30% wszystkich ognisk. W jednym przypadku do zakażenia doszło na obozie wędrownym za granicą (Turcja, Syria, Irak). Nadal utrzymywał się letni szczyt zachorowań w miesiącach czerwiec—sierpień (ryc. 1).

Przy stosunkowo niskiej zapadalności, od kilku lat obserwuje się okresowe zanikanie i ponowne występowanie zachorowań na tych samych terenach (tab. I, ryc. 2). Przez ostatnie 5 lat tylko w województwie wło-



Ryc. 2. Dur brzuszny w Polsce wg województw. Zapadalność na 100 000 mieszkańców*.

clawskim nie notowano przypadków dury brzusznej. Stałym występowaniem zachorowań i zarazem najwyższą zapadalnością w kraju, charakteryzowały się trzy, sąsiadujące ze sobą województwa: ciechanowskie, ostrołęckie i łomżyńskie (tab. I, ryc. 2). Zapadalność na terenach miejskich i wiejskich kształtowała się podobnie: 0,21 i 0,25 na 100 000 mieszk., podczas gdy w 1979 r. wynosiła odpowiednio: 0,23 i 0,34.

Spadek zachorowań, jaki nastąpił w 1980 r. objął przede wszystkim dorosłych (tab. II, ryc. 3). W rezultacie udział dzieci i młodzieży wśród chorych zwiększył się do 54%, co jest zjawiskiem obserwowanym od 1975 r., tj. od czasu zniesienia obowiązku szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszemu (w 1975 r. — 29%). Struktura wieku nosicieli pozostających pod nadzorem służby san.-epid. nie uległa większym zmianom. Natomiast ich ogólna liczba obniżyła się z 2600 osób do 2450 osób (tab. III).

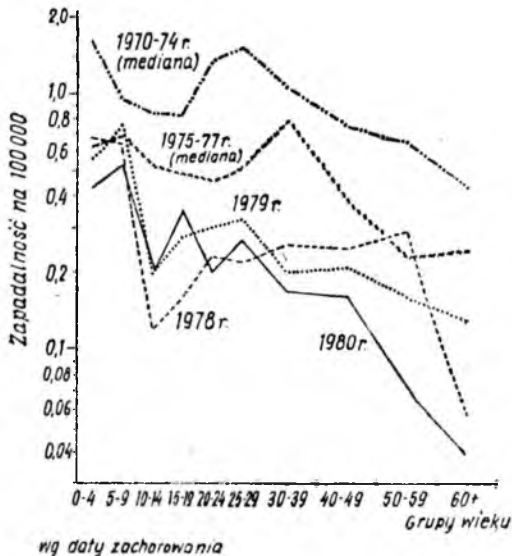
Dury rzekome. W 1980 r. zarejestrowano tylko 10 zachorowań na dury rzekome (wg danych zach. — 9), tj. najniższą liczbę i zapadalność (0,028) w okresie powojennym. Z siedmiu przypadków dury rzekomego B tylko cztery potwierdzono bakteriologicznie: 3 posiewem z krwi, 1 z kału.

Tabela I. Dur brzuszny i dury rzekome wg województw w 1979 i 1980 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców (wg daty rejestracji)

Województwa	Dury rzekome						Dur brzuszny					
	1974—1978 (mediana)		1979		1980		1974— 1978 (mediana)		1979		1980	
	I. zach.	zap.	I. zach.	zap.	I. zach.	zap.	I. zach.	zap.	I. zach.	zap.	I. zach.	zap.
St. warszawskie	15	0,7	13	0,6	5	0,2	2	0,1	5	0,2	2	0,1
Białkopodlaskie	—	—	1	0,4	—	—	—	—	—	—	2	0,7
Białostockie	2	0,3	—	—	3	0,5	2	0,1	2	0,3	—	—
Bielskie	4	0,5	2	0,3	3	0,4	—	—	—	—	—	—
Bydgoskie	1	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chelmskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ciechanowskie	3	0,8	3	0,8	4	1,0	—	—	1	0,3	—	—
Częstochowskie	3	0,4	—	—	4	0,5	—	—	—	—	1	0,1
Elbląskie	3	0,7	—	—	3	0,7	—	—	—	—	—	—
Gdańskie	5	0,4	—	—	6	0,5	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Gorzowskie	1	0,2	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—	—	—
Jeleniogórskie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kaliskie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Katowickie	9	0,3	7	0,2	3	0,1	—	—	1	0,0	—	—
Kieleckie	7	0,7	3	0,3	6	0,6	1	0,1	1	0,1	—	—
Konińskie	4	0,9	1	0,2	—	—	—	—	—	—	1	0,2
Koszalińskie	1	0,2	2	0,4	2	0,4	—	—	—	—	—	—
M. krakowskie	4	0,4	5	0,4	3	0,3	—	—	—	—	—	—
Krośnieńskie	2	0,5	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—	—	—
Legnickie	1	0,2	—	—	2	0,4	—	—	—	—	—	—
Leszczyńskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lubelskie	7	0,8	1	0,1	1	0,1	1	0,1	—	—	—	—
Łomżyńskie	2	0,6	6	1,9	5	1,5	—	—	—	—	—	—
M. łódzkie	4	0,4	4	0,4	3	0,3	1	0,1	—	—	—	—
Nowosądeckie	4	0,7	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—	—	—
Olsztyńskie	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
Opolskie	4	0,4	3	0,3	4	0,4	—	—	—	—	—	—
Ostrołęckie	3	0,8	10	2,7	4	1,1	—	—	—	—	—	—
Piłskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Piotrkowskie	2	0,3	3	0,5	1	0,2	—	—	—	—	—	—
Płockie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznańskie	2	0,2	2	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
Przemyskie	1	0,3	8	2,1	3	0,8	—	—	—	—	—	—
Radomskie	3	0,4	2	0,3	3	0,4	—	—	—	—	—	—
Rzeszowskie	3	0,5	2	0,3	—	—	—	—	1	0,2	—	—
Siedleckie	4	0,7	6	1,0	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—
Sieradzkie	2	0,5	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Skierniewickie	4	1,0	2	0,5	1	0,3	—	—	—	—	—	—
Słupskie	1	0,3	5	1,4	1	0,3	—	—	1	0,3	2	0,5
Suwałskie	3	0,7	—	—	3	0,7	2	0,5	—	—	—	—
Szczecińskie	4	0,5	2	0,2	—	—	—	—	1	0,2	—	—
Tarnobrzесьkie	2	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tarnowskie	2	0,4	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
Toruńskie	4	0,7	2	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Wałbrzyskie	3	0,4	—	—	1	0,1	—	—	—	—	1	0,1
Włocławskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Wrocławskie	—	—	1	0,1	1	0,1	1	0,1	—	—	—	—
Zarnojskie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zielonogórskie	1	0,2	2	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Razem	181	0,5	103	0,3	80	0,2	18	0,1	14	0,0	10	0,0

Tabela II. Dur brzuszny i dury rzekome w 1980 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg wieku (wg daty zachorowania)

Grupy wieku	Dur brzuszny				Dury rzekome			
	1975—1979 (mediana)		1980		1975—1979 (mediana)		1980	
	l. zach.	zap.	l. zach.	zap.	l. zach.	zap.	l. zach.	zap.
0—4	18	0,6	14	0,4	2	0,1	1	0,0
5—9	18	0,7	15	0,5	2	0,0	1	0,0
10—14	7	0,3	5	0,2	1	0,0	1	0,0
15—19	13	0,4	10	0,4	1	0,0	2	0,1
20—24	12	0,3	8	0,2	1	0,0	1	0,0
25—29	15	0,5	9	0,3	1	0,0	1	0,0
30—39	13	0,3	8	0,2	2	0,0	2	0,0
40—49	12	0,3	7	0,2	2	0,1	—	0,0
50—59	8	0,2	3	0,1	2	0,1	2	0,1
60+	9	0,2	2	0,0	—	—	—	—
Ogółem	127	0,4	81	0,2	14	0,0	11	0,0



Ryc. 3. Dur brzuszny w Polsce. Zapadalność na 100 000 wg wieku.

Dwa zachorowania na dur rzekomy C rozpoznano na podstawie dodatkowych wyników odczynu Widala. Przypadków duru rzekomego A w ogóle nie notowano. Niepokojący jest fakt leczenia poza oddziałem zakaźnym aż trzech chorych: dwóch ambulatoryjnie i jednego na oddziale dziecięcym. Należy to wiązać z lekkim przebiegiem choroby i dość długim cyklem diagnostycznym w porównaniu z czasem trwania choroby.

Tabela III. Liczba zarejestrowanych nosicieli wg stanu na dn. 31.12.80

<i>Salmonella</i>	Ogółem		1980 — wg wieku				
	1979	1980	0—4	5—19	20—39	40—59	60 i pow.
<i>typhi</i>	2600	2450	3	23	172	763	1489
<i>paratyphi</i> A	37	33	—	—	3	7	23
<i>paratyphi</i> B	457	428	—	4	46	158	220
<i>paratyphi</i> C	3	2	—	—	—	1	1

Źródła zakażenia nie ustalono w żadnym ognisku, przy czym zakażenie dwóch chorych nastąpiło poza granicami kraju. Charakterystykę zachorowań i zapadalność wg wieku przedstawia tab. II, a liczby zarejestrowanych nosicieli pałeczek rzekomodurowych — tab. III.

Е. Гонера

БРЮШНОЙ ТИФ И ПАРАТИФЫ

E. Gonera

TYPHOID AND PARATYPHOID FEVERS

c.d. ze str. 78

- E. Gajewska: Udział limfocytów T i B w zakażeniach wewnątrzmacicznych noworodków. (Nr 6, str. 771)
- I. Modzelewska, A. Szczepanowska: Wpływ leczenia bodźcowego panodiją na kształtowanie się wskaźnika fagocytozy. (Nr 7, str. 833)
- M. Rudobielska, W. Zoch-Zwierz, R. Kossakowski: Badania aktywności całkowitej fosfatazy zasadowej i jej izoenzymów w surowicy krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym w ropnym i limfocytarnym zapaleniu opon u dzieci. (Nr 7, str. 841)
- I. Norska-Borówka, W. Grzywna, A. Monioł i inni: Przydatność transfuzji wymiennych w leczeniu posocznicy powikłanej zespołem wewnątrznaczyniowego wykrzepiania u noworodków. (Nr 8, str. 943)
- W. Kaczmarek, M. Baranowska, E. Bukowski i inni: Częstość występowania przeciwciał anty-*Toxoplasma gondii* w surowicach dzieci wiejskich z woj. łomżyńskiego. (Nr 8, str. 951)
- M. Mularczyk-Bał, J. Kopczyński: Śmiertelność noworodków z niskim urodzeniowym ciężarem w latach 1970—1974 w szpitalach w Warszawie. (Nr 8, str. 957)
- K. Zembrzuski: Inwazje *Ascaris lumbricoides* po dwudziestu latach. (Nr 10, str. 1137)
- K. Zembrzuski: Inwazje *Enterobius vermicularis* po dwudziestu latach. (Nr 10, str. 1137)
- K. Zembrzuski: Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce. (Nr 10, str. 1143)
- H. Hofman, I. Rawska: Zakażenie płodu i noworodka. (Nr 10, str. 1173)
- T. Gerkowicz, M. Karska, A. Jabłońska-Ulbrych, J. Truchlińska: Zachowanie się dopelniacza w przebiegu zapaleń płuc i odczynów spastycznych oskrzeli u niemowląt. (Nr 11, str. 1193)
- K. Zembrzuski: Inwazja *Trichiaephalus trichiurus* po dwudziestu latach. (Nr 11, str. 1207)
- M. Swiderski, A. Skrzypczak: Charakterystyka pałeczek *Klebsiella* wyizolowanych z kału dzieci chorych na biegunkę. (Nr 12, str. 1317)

PIEŁĘGNIARKA I POŁOŻNA, 1980

- A. Jankowski: Zakażenia szpitalne. (Nr 3, str. 2)
- K. Ryffa: Szczepienia ochronne. (Nr 6, str. 5)
- D. Mulewicz: Sterylizacja i przechowywanie materiałów sterylnych. (Nr 11, str. 12)
- Z. Anusz: Zatrucie jadem kiełbasianym (*Botulismus*). (Nr 12, str. 2)

PNEUMONOLOGIA POLSKA, 1980, 48

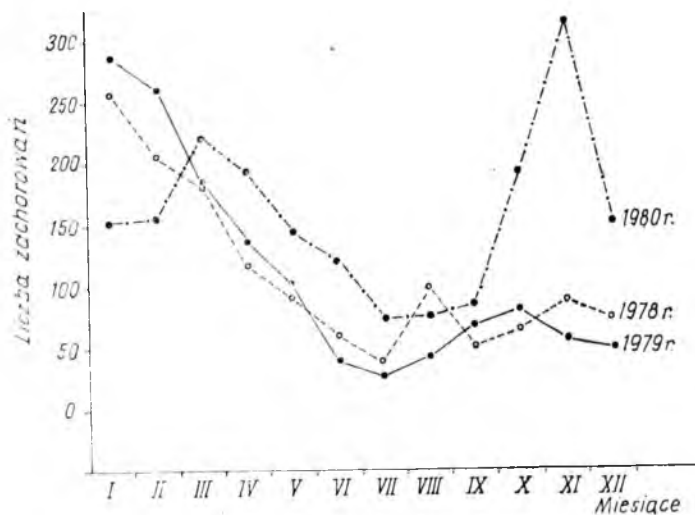
- H. Krukowska, J. Meissner: Przyczynę do stanu epidemiologicznego gruźlicy w Polsce. (Nr 1, str. 23)
- J. Warda: Ocena uwarunkowań szybkiego spadku chorobowości na przewlekłą gruźlicę płuc w Łodzi w latach 1969—1974. (Nr 1, str. 29)
- J. Pudelski, Z. Szczepański, S. Matecki i inni: Poziom immunoglobulin w surowicy krwi i w popłuczynach oskrzelowych u chorych na przewlekłe zapalenie oskrzeli. (Nr 1, str. 71)
- J. Wyszomirska-Ziobrowska, H. Grubek-Jaworska, L. Rzucidło: Przeciwgruźlicze własności ochronne nieczynnych szczepionek prątkowych. Badanie na myszach. (Nr 2, str. 85)
- M. Juchniewicz: Realizację ustawy o zwalczaniu gruźlicy. (Nr 4, str. 209)
- B. Podsiadło: Przydatność metody immunoelektroforezy przeciwnej do diagnostyki serologicznej gryźniaka kropidlakowego płuc. (Nr 5, str. 285)
- M. Małski: Nowe podłoże do hodowli prątków gruźlicy. (Nr 5, str. 307)
- H. Zbikowska: Występowanie prątków atypowych u chorych z gruźlicą płuc na wybranych terenach w kraju, w latach 1970—1974. (Nr 6, str. 357)
- M. Miller, T. Olakowski: Ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie ostrej chorób układu oddechowego na materiale losowo dobranych dorosłych mieszkańców Płocka. (Nr 6, str. 367)
- K. Mikotajczak, J. Krzyżaniak, B. Łubieńska: Zastosowanie chromatografii cienkowarstwowej do typowania mykobakterii. (Nr 6, str. 375)
- H. Zbikowski: Chemioterapia mykobakteriozy płuc. (Nr 6, str. 393)
- B. Kalinowska, J. Wysocki, Z. Steblowska i inni: Wirusowe zapalenie wątroby u chorych z gruźlicą płuc. (Nr 6, str. 399)
- W. Sosnowski, M. Górnicka-Wilczyńska, Z. Krawczyk, E. Naparta: Flora bakteryjna w zaostrzeniach przewlekłego zapalenia oskrzeli w świetle bakteriologicznej c.d. na str. 106

Zbigniew Anusz

SALMONELOZY — 1980 ROK

W roku 1980 zarejestrowano 14 639 zachorowań na salmonelozę, tj. o 2298 (15,7%) więcej niż w roku ubiegłym. Zapadalność krajowa wynosiła 41,4 na 100 000 mieszkańców, oznacza to wzrost zapadalności w stosunku do roku 1979 o 6,5/100 000 (tab. I). W grupie schorzeń obejmujących: a) zakażenia salmonelami z wyjątkiem zatruc pokarmowych (003.9) — 9606 zachorowań; b) zatrucia pokarmowe wywołane salmonelami (003.0) — 5033 zachorowań.

Wysoki odsetek zakażeń stanowiły zakażenia szpitalne — 1856 zakażeń (12,6% ogólnej liczby zachorowań) (ryc. 1). Sezonowy wzrost zachoro-



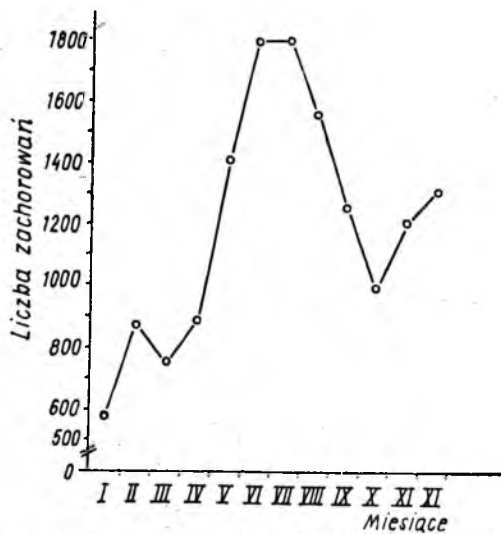
Ryc. 1. Zakażenia szpitalne w Polsce wywołane przez pałeczki Salmonella w latach 1978—1980. Zachorowania wg miesiący.

wań na salmonelozę (003) obserwowano w okresie od maja do sierpnia (6624 zach. 45,3%) ze szczytem w czerwcu i lipcu (3611 zach. 24,6%) (ryc. 2).

Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców na salmonelozę z wyłączeniem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C i zatruc pokarmowych przedstawia tabela II. Krajowa zapadalność w 1980 roku wynosi 27,0 (w 1979 r. — 26,2). Zapadalność co najmniej dwukrotnie

Tabela I. Salmonelozy (z wyjątkiem duru brzuszego i durów rzekomych A. B. C.) w Polsce w latach 1972—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Salmonelozy (003)																				
		Zakażenia bez zatruc pokarmowych (003.9)							Zatrucia pokarmowe (003.0)							Razem		Zgony		
Rok	liczba	zapadalność	kwartał				hospitalizacja w tym zakażeń szpitalnych	liczba	zapadalność	kwartał				hospitalizacja	liczba	zapadalność	miasto	wieś	razem	
			I	II	III	IV				I	II	III	IV							
1972— 1976 mediana	3564	10,6	748	937	1027	796	71,0	746	2916	8,7	132	382	1065	401	51,8	6439	19,4	10	8	18
1977	5599	16,1	878	1510	1593	1618	77,2	2203	2591	7,5	210	1119	860	402	54,2	8190	23,9	15	14	29
1978	9310	26,6	1970	3033	2109	2198	71,0	1919	5133	14,7	284	2862	1397	590	54,9	14443	41,2	23	25	48
1979	9243	26,2	2326	2525	2471	1921	79,7	1920	3098	8,8	262	1115	958	763	43,1	12341	34,9	29	32	61
1980	9606	27,0	1627	2461	2859	2659	80,9	1856	5033	14,1	526	1666	1848	993	56,6	14639	41,4	26	35	61



Ryc. 2. Salmonelozy (003) w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

wyższą od średniej krajowej obserwowano w 6 województwach: (gozowskie, konińskie, legnickie, opolskie, wrocławskie, zielonogórskie).

Istotny problem epidemiologiczny stanowiły zatrucia pokarmowe (tab. III). W 1980 r. zanotowano 5033 zatruc pokarmowych, zapadalność 14,1 (w 1979 r. — 3098 zachorowań, zapadalność 8,8), co oznacza wzrost zachorowań o 38,4% w stosunku do roku ubiegłego.

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: sieradzkim (105,2), legnickim (87,1), przemyskim (45,1), szczecińskim (45,0), poznańskim (42,6), bydgoskim (40,8), pilskim (40,3), słupskim (38,6), jeleniogórskim (36,0), wałbrzyskim (34,2), plockim (33,3), skierniewickim (29,8).

Nie rejestrowano zatruc pokarmowych wywołanych przez pałeczki *Salmonella* w województwach: chełmskim, radomskim, tarnowskim i zielonogórskim.

Hospitalizowano 56,6% chorych (w 1979 r. — 43,1%): Zatrucia pokarmowe występowały głównie w III kwartale (1848 zach.) i II kwartale (1666 zach.). Najniższe odsetki hospitalizacji obserwowano w województwach: jeleniogórskim (16,9), kaliskim (19,4), koszalińskim (16,7), nowosądeckim (25,0), rzeszowskim (25,0), tarnobrzeskim (10,3) i wrocławskim (24,0).

Ogółem z powodu salmoneloz (003) zarejestrowano 61 zgonów. Najwięcej zgonów notowano w województwach: opolskim (13), bydgoskim (5), katowickim (4), lubelskim (4), toruńskim (4), wałbrzyskim (4) i zamajskim (4) (tab. II).

Wszystkie zgony (61) dotyczyły niemowląt w grupie wieku do 12 miesięcy, na wsi 35, w mieście 26.

Głównym czynnikiem etiologicznym w 1980 roku były *S. typhimurium* (40,8%), i *S. enteritidis* (21,1%), *S. agona* (20,0%). Na terenie kraju stwierdzono u chorych 57 typów serologicznych (tab. IV).

Tabela II. Salmonelozy (z wyjątkiem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C i zatruc pokarmowych w Polsce w latach 1973—1980 (003.9). Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw

Lp.	Województwo	1973—1977 Mediana		1978		1979		1980		zgony
		liczba	zapadal- ność	liczba	zapadal- ność	liczba	zapadal- ność	liczba	zapadal- ność	
	POLSKA	3564	10,6	9310	26,6	9243	26,2	9606	27,0	61
1	St. warszawskie	559	26,4	843	37,6	631	27,8	442	19,2	1
2	Białkopodlaskie	16	5,7	7	2,5	29	10,2	77	26,9	—
3	Białostockie	81	13,0	111	17,6	364	57,5	261	40,9	—
4	Bielskie	23	3,0	152	19,0	158	19,4	193	23,4	3
5	Bydgoskie	14	1,4	204	20,0	267	26,1	249	24,1	5
6	Chełmskie	12	5,4	21	9,4	28	12,3	63	27,4	1
7	Ciechanowskie	48	12,0	66	16,5	56	13,9	29	7,2	—
8	Częstochowskie	38	5,3	99	13,5	148	19,9	210	23,1	1
9	Elbląskie	49	11,7	42	9,7	90	20,7	74	16,8	—
10	Gdańskie	76	5,9	84	6,4	187	14,3	278	21,0	—
11	Gorzowskie	41	9,4	250	55,9	165	36,9	314	69,3	—
12	Jeleniogórskie	21	4,4	69	14,0	174	35,6	123	25,0	—
13	Kaliskie	43	6,7	52	7,9	140	21,2	257	33,6	1
14	Katowickie	310	9,1	578	16,0	549	15,1	600	16,2	4
15	Kieleckie	100	9,7	720	68,1	549	51,8	209	19,2	—
16	Konińskie	9	2,1	124	28,8	188	43,1	439	99,8	2
17	Koszalińskie	11	2,5	8	1,8	19	4,2	19	4,1	—
18	Miejskie krakow- skie	63	5,7	121	10,5	207	18,0	114	9,8	—
19	Krośnieńskie	14	3,3	22	5,1	56	12,7	41	9,2	—
20	Legnickie	35	8,6	336	76,3	260	58,4	346	76,1	—
21	Leszczyńskie	4	1,2	9	2,6	60	17,0	147	41,3	1
22	Lubelskie	182	20,6	225	24,7	261	28,4	316	34,0	4
23	Łomżyńskie	34	10,6	25	7,8	83	25,6	76	23,4	—
24	Miejskie łódzkie	151	14,0	224	20,2	280	25,0	227	20,2	—
25	Nowosądeckie	17	2,8	341	55,7	326	52,6	254	40,6	1
26	Olsztyńskie	246	37,6	606	89,2	420	62,4	320	47,2	—
27	Opolskie	65	6,8	201	20,5	611	63,1	663	68,3	13
28	Ostrołęckie	99	27,3	64	17,6	34	9,3	30	8,1	—
29	Piłskie	2	0,5	52	12,2	57	13,3	104	23,9	—
30	Piotrkowskie	55	9,4	78	13,3	141	23,6	77	12,8	2
31	Płockie	73	15,2	48	9,8	117	23,8	203	41,0	3
32	Poznańskie	51	4,4	144	11,9	175	14,4	184	14,9	—
33	Przemyskie	5	1,3	22	5,8	38	10,1	28	7,4	1
34	Radomskie	28	4,1	24	3,5	13	1,9	37	5,3	—
35	Rzeszowskie	44	7,1	65	10,3	92	14,4	115	17,8	—
36	Siedleckie	74	12,3	71	11,7	71	11,6	49	8,0	—
37	Sieradzkie	12	3,1	23	6,0	28	7,2	122	31,2	—
38	Skierniewickie	57	14,7	18	4,6	11	2,8	63	15,9	2
39	Słupskie	18	5,0	124	33,8	75	20,6	93	25,3	—
40	Suwalskie	127	30,4	319	76,0	190	45,4	149	35,4	—
41	Szczecińskie	206	24,9	57	6,4	170	19,2	181	20,2	—
42	Tarnobrzeskie	48	9,0	204	37,5	147	26,7	95	17,1	—
43	Tarnowskie	10	1,7	114	19,3	129	21,5	143	23,7	—
44	Toruńskie	102	17,6	114	18,9	137	22,8	183	29,9	4
45	Wałbrzyskie	43	6,1	426	59,1	305	42,7	231	32,3	4
46	Włocławskie	2	0,5	52	12,8	159	38,5	281	69,6	1
47	Wrocławskie	103	10,0	1398	132,4	464	43,8	426	39,8	1
48	Zamojskie	21	4,4	63	13,4	112	23,8	141	29,9	4
49	Zielonogórskie	44	7,6	290	48,8	272	45,3	325	53,6	1

Tabela III. Zatrucia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* (003.0) w latach 1975—1980 wg województw

Lp.	Województwo	1975—1977 Mediana		1978		1979		1980	
		liczba zach.	zapadalność	liczba zach.	zapadalność	liczba zach.	zapadalność	liczba zach.	zapadalność
	POLSKA	2591	7,5	5133	14,7	3098	8,8	5033	14,1
1	St. Warszawskie	190	8,6	49	2,2	26	1,1	57	2,5
2	Białkopodlaskie	—	—	3	1,1	2	0,7	34	11,9
3	Białostockie	71	11,5	37	5,9	24	3,8	87	13,6
4	Bielskie	—	—	13	1,6	109	13,4	23	2,8
5	Bydgoskie	108	10,9	348	34,1	360	35,2	421	40,8
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	28	7,0	5	1,2	—	—	8	2,0
8	Częstochowskie	7	1,0	10	1,4	5	0,7	29	3,9
9	Elbląskie	50	11,7	18	4,2	11	2,5	53	12,1
10	Gdańskie	174	13,8	223	17,0	88	6,8	94	7,1
11	Gorzowskie	56	13,0	9	2,0	80	17,9	64	14,1
12	Jeleniogórskie	3	0,6	65	13,2	185	37,8	177	36,0
13	Kaliskie	—	—	4	0,6	71	10,8	31	4,7
14	Katowickie	104	2,9	647	18,0	102	2,8	314	8,5
15	Kieleckie	21	2,0	118	11,2	12	1,1	92	8,6
16	Konińskie	23	5,4	14	3,3	43	9,9	26	5,9
17	Kozalińskie	19	4,3	14	3,1	37	8,2	18	3,9
18	Miejskie Krakowskie	105	9,3	45	3,9	29	2,5	23	2,0
19	Krośnieńskie	5	1,2	105	24,2	148	33,6	79	17,7
20	Legnickie	40	9,3	519	117,9	33	7,4	396	87,1
21	Leszczyńskie	6	1,8	29	8,3	1	0,3	10	2,8
22	Lubelskie	3	0,3	22	2,4	—	—	25	2,7
23	Łomżyńskie	9	2,8	18	5,6	10	3,1	19	5,8
24	Miejskie Łódzkie	349	31,8	241	21,7	134	12,0	162	14,4
25	Nowosądeckie	8	1,3	36	5,9	182	29,4	12	1,9
26	Olsztyńskie	40	6,1	28	4,1	108	16,0	9	1,3
27	Opolskie	113	11,7	246	25,1	82	8,5	16	1,6
28	Ostrołęckie	23	6,3	108	29,7	—	—	12	3,2
29	Piłskie	5	1,2	75	17,6	120	27,9	175	40,3
30	Piotrkowskie	30	5,1	58	9,9	16	2,7	59	9,8
31	Płockie	85	17,6	190	38,9	65	13,2	165	33,3
32	Poznańskie	48	4,1	102	8,4	19	1,6	542	42,6
33	Przemyskie	7	1,9	4	1,1	60	15,9	171	45,1
34	Radomskie	2	0,3	—	—	44	6,3	—	—
35	Rzeszowskie	15	2,4	50	7,9	40	6,3	8	1,2
36	Siedleckie	6	1,0	2	0,3	62	10,1	22	3,6
37	Sieradzkie	37	9,6	66	17,1	236	60,3	412	105,2
38	Skierniewickie	39	10,0	44	11,2	63	16,0	118	29,8
39	Słupskie	38	10,7	50	13,6	34	9,4	142	38,6
40	Suwalskie	13	3,1	778	185,2	10	2,4	98	23,3
41	Szczecińskie	81	9,5	71	8,0	160	18,1	402	45,0
42	Tarnobrzęskie	—	—	20	3,7	40	7,3	39	7,0
43	Tarnowskie	1	0,2	118	19,9	—	—	—	—
44	Toruńskie	100	17,1	38	6,3	26	4,3	38	6,2
45	Wałbrzyskie	56	7,8	164	22,8	29	4,1	245	34,2
46	Włocławskie	36	8,9	71	17,4	58	14,0	50	12,1
47	Wrocławskie	88	8,5	142	13,4	113	10,7	73	6,8
48	Zamojskie	1	0,2	47	10,0	2	0,4	1	0,2
49	Zielonogórskie	2	0,3	69	11,6	19	3,2	—	—

Tabela IV. Salmonelozy (z wyłączeniem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C) w latach 1978—1980. Zachorowania ludzi według typu serologicznego pał. *Salmonella*

Typ	Zachorowania					
	1978		1979		1980	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<i>S. agona</i>	3340	24,7	2491	21,7	2726	20,0
<i>S. anatum</i>	217	1,6	131	1,1	71	0,5
<i>S. brazzavile</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. bovis morbificans</i>	108	0,8	41	0,4	39	0,3
<i>S. brandenburg</i>	62	0,5	63	0,6	48	0,4
<i>S. chester</i>	1	0,0	6	0,0	2	0,0
<i>S. cholerae suis</i>	8	0,1	4	0,0	—	—
<i>S. derby</i>	64	0,5	64	0,6	20	0,2
<i>S. dublin</i>	34	0,2	18	0,2	7	0,1
<i>S. eastbourne</i>	24	0,2	—	—	—	—
<i>S. enteritidis</i>	1550	11,5	1144	10,0	2883	21,1
<i>S. gall-pull.</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. give</i>	6	0,0	33	0,3	3	0,0
<i>S. heidelberg</i>	4	0,0	11	0,1	61	0,4
<i>S. infantis</i>	65	0,5	75	0,7	56	0,4
<i>S. isangi</i>	78	0,6	20	0,2	17	0,2
<i>S. kottbus</i>	16	0,1	19	0,2	10	0,1
<i>S. london</i>	61	0,5	53	0,5	45	0,3
<i>S. livingstone</i>	51	0,4	14	0,1	9	0,1
<i>S. manhattan</i>	9	0,1	27	0,3	17	0,2
<i>S. meleagridis</i>	1	0,0	11	0,1	2	0,0
<i>S. montevideo</i>	—	—	1	0,0	5	0,0
<i>S. muenchen</i>	—	—	1	0,0	—	—
<i>S. new-haw</i>	—	—	3	0,0	—	—
<i>S. newington</i>	5	0,0	9	0,1	7	0,1
<i>S. newlands</i>	1	0,0	7	0,0	1	0,0
<i>S. newport</i>	290	2,1	523	4,5	114	0,8
<i>S. oranienburg</i>	242	1,8	96	0,8	111	0,8
<i>S. panama</i>	18	0,1	6	0,0	7	0,1
<i>S. reading</i>	2	0,0	—	—	1	0,0
<i>S. saint-paul</i>	56	0,4	17	0,2	12	0,1
<i>S. senftenberg</i>	11	0,1	8	0,0	5	0,0
<i>S. stanleyville</i>	471	3,5	459	4,0	262	1,9
<i>S. thompson</i>	3	0,0	32	0,3	22	0,2
<i>S. tokardi</i>	—	—	—	—	1	0,0
<i>S. tennessee</i>	1	0,0	1	0,0	—	—
<i>S. typhimurium</i>	6679	49,4	4754	41,4	5588	40,8
<i>S. westhampton</i>	—	—	—	—	—	—
Inne *	42	0,3	48	0,4	31	0,2
Nieokreślone	—	—	1286	11,2	1475	10,7
Razem	13522	100,0	11476	100,0	13658	100,0

* W 1978 roku — *S. binza* (2), *S. braenderup* (2), *S. bredeney* (4), *S. hadar* (1), *S. haifa* (1), *S. kapemba* (19), *S. kingston* (1), *S. manchester* (1), *S. mission* (2), *S. othmarschen* (2), *S. rostock* (1), *S. sandiego* (2), *S. stanley* (2), *S. thiongwe* (1), *S. virginia* (1),

W 1979 roku — *S. arizona* (2), *S. bareilly* (1), *S. braenderup* (2), *S. bredeney* (15), *S. endeypark* (1), *S. gurfneri* (2), *S. hadar* (3), *S. hindmarsk* (1), *S. indiana* (1), *S. java* (1), *S. mission* (3), *S. ohio* (5), *S. orion* (5), *S. othmarschen* (3), *S. portsmouth* (1), *S. rissen* (1), *S. rostock* (1), *S. sandiego* (1), *S. thiongwe* (1),

W 1980 roku — *S. amsterdam* (1), *S. berta* (1), *S. braenderup* (2), *S. bredeney* (4), *S. hadar* (3), *S. durban* (1), *S. hawana* (1), *S. lille* (1), *S. mbandoka* (2), *S. mission* (2), *S. potsdam* (1), *S. orion* (3), *S. othmarschen* (1), *S. remo* (1), *S. sandiego* (1), *S. schwarzengrund* (1), *S. stanley* (2), *S. thiongwe* (2), *S. virchow* (1).

Tabela V. Salmonelozy zwierząt w Polsce w 1980 r. Zachorowania według województw

Lp.	Województwo	1980			
		świnie	bydło	drób	razem
	POLSKA	108 899	55 038	7 445 144	7 609 081
1	St. warszawskie	4 228	16	922 305	926 549
2	Białkopodlaskie	31	1	10 685	10 711
3	Białostockie	733	173	132 904	133 810
4	Bielskie	—	—	450 000	450 000
5	Bydgoskie	325	200	50 819	51 344
6	Chełmskie	—	10	12 785	12 795
7	Ciechanowskie	1 246	345	130 280	131 871
8	Częstochowskie	670	—	58 679	59 349
9	Elbląskie	3 364	2 293	4 860	10 517
10	Gdańskie	10 568	18 720	520 720	550 008
11	gorzowskie	762	2 082	303 571	306 415
12	Jeleniogórskie	—	293	—	293
13	Kaliskie	568	224	159 216	160 008
14	Katowickie	532	78	57 088	57 698
15	Kieleckie	288	—	258 037	258 325
16	Konińskie	177	120	4 122	4 419
17	Koszalińskie	1 222	802	4 652	6 676
18	Miejskie krakow- skie	2 854	36	37 571	40 461
19	Krośnieńskie	252	—	10 540	10 792
20	Legnickie	746	1 677	53 980	56 403
21	Leszczyńskie	4 143	2 076	16 050	22 269
22	Lubelskie	12	14	60 498	60 524
23	Łomżyńskie	590	—	27 691	28 281
24	Miejskie Łódzkie	—	2	44 000	44 002
25	Nowosądeckie	83	1	126	210
26	Olsztyńskie	16 791	7 733	887 751	912 275
27	Opolskie	2 756	139	680 648	683 543
28	Ostrołęckie	1 007	138	2 902	4 047
29	Piłskie	2 793	923	89 614	93 330
30	Piotrkowskie	—	—	69 909	69 909
31	Płockie	1 368	165	31 539	33 072
32	Poznańskie	6 334	910	767 018	774 262
33	Przemyskie	487	—	23 443	23 930
34	Radomskie	1 344	80	3 923	5 347
35	Rzeszowskie	271	24	314 152	314 447
36	Siedleckie	8 559	558	20 804	29 921
37	Sieradzkie	345	53	284	682
38	Skiernewickie	1 282	—	106 098	107 380
39	Słupskie	3 332	3 992	591	7 915
40	Suwalskie	7 188	3 140	237 156	247 484
41	Szczecińskie	11 908	6 695	177 882	196 485
42	Tarnobrzeskie	28	6	26 605	26 639
43	Tarnowskie	1 342	41	225 833	257 216
44	Toruńskie	457	103	103 788	103 900
45	Wałbrzyskie	9	1 027	1 452	2 936
46	Wrocławskie	202	13	101 456	101 671
47	Wrocławskie	2 122	57	150 765	152 944
48	Zamojskie	67	22	60 352	60 441
49	Zielonogórskie	5 513	56	—	5 569

W roku 1980 ważny problem epizootiologiczny stanowiły salmonelozy u drobiu (7 445 144 sztuk), trzody chlewnej (108 899) i bydła (55 038). Odnosne dane według województw przedstawia tabela V.

3. А н у ш

САЛЬМОНЕЛЛОЗЫ

Z. A n u s z

SALMONELLOSES

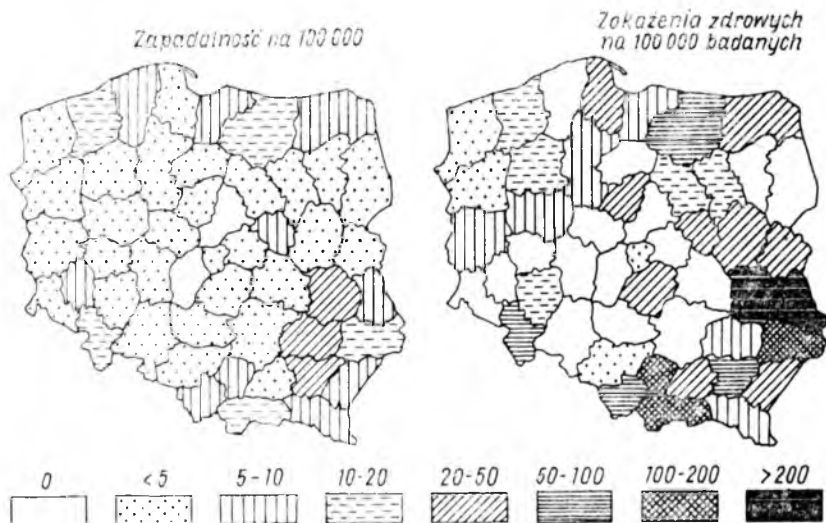
Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, Aniela Adonajto

CZERWONKA BAKTERYJNA — 1980 ROK

W roku 1980 w Polsce zarejestrowano 2194 zachorowania na czerwonkę, o 68,6% mniej niż w 1979 r. i o 37,7% mniej od mediany z lat 1974—1978 (tab. I). Liczba zachorowań w 1980 r. była najniższa od 1952 r., tj. od czasu powołania stacji sanitarno-epidemiologicznych. Zapadalność spadła do 6,2/100 000 ludności i była zbliżona do zapadalności w latach 1949—1952. Po raz pierwszy od 1919 r. nie zgłoszono w Polsce ani jednego zgonu z powodu czerwonki.

Ogólnie biorąc, rok 1980 możemy uważać za korzystny dla sytuacji epidemiologicznej czerwonki, jednakże tak niska liczba zachorowań może budzić wątpliwości ze względu na trudności ograniczające sprawność działania stacji sanitarno-epidemiologicznych (np. trudności w zaopatrzeniu w szkło laboratoryjne i odczynniki odpowiedniej jakości, rzutujące na poziom badań bakteriologicznych).

Zapadalność na czerwonkę, w porównaniu z 1979 r. spadła w 38 województwach, nieznacznie wzrosła w 9 i pozostała niezmienną w 2 województwach. Najwyższa zapadalność wystąpiła w województwie rzeszowskim — 45,6/100 000 (wzrost o 97%), lubelskim — 34,8 (wzrost o 85%) i tarnobrzeskim — 34,6/100 000 (wzrost o 64%). W 2 województwach płockim i sieradzkim, nie zgłoszono ani jednego zachorowania na czerwonkę; w czterech województwach — kaliskim, pilskim, piotrkowskim i włocławskim, zgłoszono pojedyncze przypadki (ryc. 1).

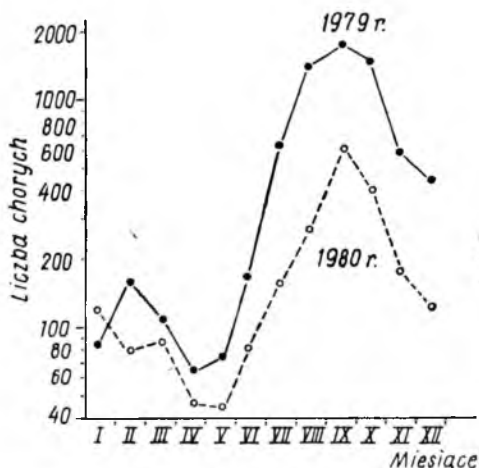


Ryc. 1. Czerwonka — 1980. Zapadalność na 100 000. Zakażenia zdrowych na 100 000 badanych.

Tabela I. Czerwonka w Polsce w latach 1974—1980

Lp.	Województwo	1974—1978 mediana		1979		1980	
		liczba	zapa- dalność	liczba	zapa- dalność	liczba	zapa- dalność
	POLSKA	3524	10,2	6988	19,8	2194	6,2
1	St. warszawskie	688	31,7	1373	60,4	185	8,0
2	Białkopodlaskie	9	3,2	18	6,3	3	1,0
3	Białostockie	8	1,3	1	0,2	8	1,3
4	Bielskie	58	7,4	115	14,1	75	9,1
5	Bydgoskie	97	9,9	73	7,1	39	3,8
6	Chełmskie	27	12,2	135	59,1	22	9,6
7	Ciechanowskie	24	6,0	11	2,7	8	2,0
8	Częstochowskie	66	9,0	50	6,7	3	0,4
9	Elbląskie	67	15,8	240	55,3	22	5,0
10	Gdańskie	108	8,8	106	8,1	58	4,4
11	gorzowskie	36	8,4	62	13,9	6	1,3
12	Jeleniogórskie	11	2,3	24	4,9	15	3,0
13	Kaliskie	52	8,1	6	0,9	1	0,1
14	Katowickie	301	8,4	72	2,0	25	0,7
15	Kieleckie	37	3,5	35	3,3	32	3,0
16	Konińskie	9	2,1	1	0,2	1	0,2
17	Koszalińskie	34	7,8	223	49,2	89	19,4
18	M. krakowskie	112	9,7	166	14,5	78	6,7
19	Krośnieńskie	39	9,2	281	63,7	44	9,8
20	Legnickie	54	12,3	83	18,7	37	8,1
21	Leszczyńskie	12	3,5	—	—	9	2,5
22	Lubelskie	249	28,1	173	18,8	324	34,8
23	Łomżyńskie	9	2,8	5	1,5	6	1,8
24	Miejskie łódzkie	77	7,1	54	4,8	6	0,5
25	Nowosądeckie	101	17,0	124	20,0	82	13,1
26	Olsztyńskie	202	30,0	600	89,1	95	14,0
27	Opolskie	17	1,7	16	1,7	20	2,1
28	Ostrołęckie	9	2,5	17	4,6	6	1,6
29	Pilskie	13	3,1	1	0,2	1	0,2
30	Piotrkowskie	23	4,0	69	11,5	4	0,7
31	Płockie	9	1,9	3	0,6	—	—
32	Poznańskie	111	9,4	30	2,5	6	0,5
33	Przemyskie	8	2,1	26	6,9	42	11,1
34	Radomskie	3	0,4	1	0,1	2	0,3
35	Rzeszowskie	63	10,1	147	23,1	294	45,6
36	Siedleckie	83	13,7	247	40,3	24	3,9
37	Sieradzkie	4	1,0	7	1,8	—	—
38	Skierniewickie	21	5,4	49	12,4	5	1,3
39	Słupskie	61	17,0	69	19,0	25	6,8
40	Suwalskie	172	41,2	207	49,5	22	5,2
41	Szczecińskie	62	7,2	687	77,8	39	4,4
42	Tarnobrzесьkie	112	20,7	122	22,2	192	34,6
43	Tarnowskie	70	11,8	80	13,3	28	4,6
44	Toruńskie	80	13,4	115	19,1	12	2,0
45	Wałbrzyskie	95	13,2	35	4,9	88	12,3
46	Wrocławskie	3	0,7	1	0,2	1	0,2
47	Wrocławskie	70	6,8	576	54,4	36	3,4
48	Zamojskie	27	5,7	359	76,2	63	13,4
49	Zielonogórskie	162	27,8	93	15,5	11	1,8

Analiza zachorowań wg kwartałów wykazała, że najwięcej przypadków wystąpiło w III kwartale — 47,2% oraz w IV kwartale — 32%; najmniej zachorowań notowano w II kwartale — 7,7%. Sezonowy wzrost zachorowań na czerwonkę rozpoczął się w lipcu i osiągnął szczyt we wrześniu (ryc. 2).



Ryc. 2. Czerwonka w Polsce. Liczba chorych wg miesięcy.

Analiza danych zachorowań na czerwonkę, dotyczących wybranych terenów, wykazała nieznaczną procentową przewagę mężczyzn (50,9%) nad kobietami (49,1%). Również zapadalność mężczyzn — 7,3/100 000 była nieco wyższa niż zapadalność kobiet (6,7). Wpłynęła na to, podobnie jak w roku poprzedzającym, wyższa zapadalność mężczyzn niż kobiet w młodszych grupach wieku, zwłaszcza wśród dzieci w wieku od 0 do 9 lat (tab. II). Zapadalność kobiet była jednakże wyższa w grupach wieku: 3 lata, 7 lat, 8 lat i od 10—34 lat.

Udział ludności miast w zachorowaniach na czerwonkę był wyższy niż ludności wsi (62,3% i 37,7%); zapadalność w mieście wynosiła 8,0/100 000, zaś na wsi — 5,8/100 000. Wyższa zapadalność mężczyzn niż kobiet była bardziej zaznaczona w mieście (mężczyźni — 8,5, kobiety — 7,5/100 000) (tab. III).

Najwyższa zapadalność na czerwonkę wystąpiła w miastach, liczących powyżej 100 000 mieszkańców — 11,9/100 000; najniższa w miastach od 50—100 tys. ludności — 2,9 (tab. IV).

Wśród dzieci do lat sześciu, zapadalność w mieście była znacznie wyższa, niż zapadalność na wsi: szczególnie duża różnica (dwu- lub trzykrotna) wystąpiła wśród dzieci w wieku 3—6 lat (tab. V).

Leczeniem szpitalnym objęto 826 chorych na czerwonkę — 37,7%. W 1979 r. hospitalizowano 31,6% chorych.

Epidemie czerwonki zgłosiły 2 województwa: województwo krośnieńskie — w domu wczasowym w Polańczyku, w styczniu, zachorowały 33 osoby z objawami biegunki i wymiotów; województwo lubelskie — na kolonii letniej w Ługowie, w lipcu zachorowało 31 dzieci z objawami nieżyty jelit; od 15 dzieci wyizolowano *S. sonnei*.

Tabela II. Czerwonka w Polsce w 1980 roku (na wybranych terenach), zapadalność i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapadalność	%	zapadalność	%	zapadalność	%
0—4	53,1	66,8	46,3	57,3	49,8	62,1
0	37,3	10,2	30,8	8,3	34,1	9,3
1	83,8	22,4	61,1	15,9	72,8	19,2
2	64,4	16,0	49,5	11,9	57,2	14,0
3	39,3	9,3	59,0	13,9	49,0	11,5
4	38,4	8,9	31,7	7,3	35,1	8,1
5—9	15,9	16,9	12,8	13,6	14,3	15,3
5	32,7	7,3	20,9	4,6	26,9	6,0
6	23,1	5,1	18,1	4,0	20,6	4,5
7	7,7	1,6	14,4	3,0	11,0	2,3
8	6,1	1,3	7,9	1,7	7,0	1,5
9	7,7	1,6	1,6	0,3	4,7	1,0
10—14	1,7	1,9	2,7	3,0	2,2	2,4
15—19	1,4	1,9	4,4	5,9	2,9	3,9
20—24	0,7	1,0	3,3	4,6	1,9	2,7
25—29	1,8	2,2	3,3	4,3	2,5	3,2
30—34	1,6	1,3	2,8	2,3	2,2	1,8
35—39	0,8	0,6	0,8	0,7	0,8	0,7
40—44	1,8	1,6	2,1	2,0	2,0	1,8
45—49	3,6	3,2	1,4	1,3	2,5	2,3
50—54	1,3	1,0	2,2	2,0	1,8	1,5
55—59	2,0	1,0	1,1	0,7	1,5	0,8
60+	0,4	0,6	1,0	2,3	0,8	1,5
Ogółem	7,3	100,0	6,7	100,0	7,0	100,0

Tabela III. Czerwonka w Polsce w 1980 r. (na wybranych terenach). Zapadalność i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Zapadalność na 100 000	8,5	7,5	5,9	5,7	7,3	6,7
%	51,2	48,8	50,4	49,6	50,9	49,1
Zapadalność na 100 000	8,0		5,8		7,0	
%	62,3		37,7		100,0	

Na podstawie rocznych sprawozdań z wykonania badań w pracowniach bakteriologicznych WSSE i TSSE, można stwierdzić, że w 1980 r. pałeczki czerwonki izolowano znacznie rzadziej, niż w roku poprzedzającym. Ogółem zbadano bakteriologicznie 1 539 575 osób (o 76 803 — 4,7% mniej niż w 1979 r.). Pałeczki czerwonki izolowano od 2864 osób —

Tabela IV. Zapadalność na 100 000 wg płci i środowiska oraz liczby ludności w miastach

	Ogółem	Miasta					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
Mężczyźni	7,3	8,5	7,4	8,1	3,9	12,7	5,9
Kobiety	6,7	7,5	3,6	10,5	2,8	11,1	5,7
Ogółem	7,0	8,0	5,4	9,4	2,9	11,9	5,8

Tabela V. Czerwonka w Polsce w 1980 r. Zapadalność na 100 000 wg wieku i środowiska (na wybranych terenach)

Grupy wieku	Miasto		Wieś		Ogółem	
	liczba	zapid. na 100 000	liczba	zapid. na 100 000	liczba	zapid. na 100 000
0	32	37,3	25	30,8	57	34,1
1	78	93,4	40	50,9	118	72,8
2	54	71,2	32	43,0	86	57,2
3	48	65,7	23	32,0	71	49,0
4	35	48,2	15	21,5	50	35,1
5	26	37,7	11	16,1	37	26,9
6	21	30,9	7	10,3	28	20,6
7	6	9,6	8	12,4	14	11,0
8	5	8,1	4	6,0	9	7,0
9	5	8,3	1	1,5	6	4,7
10—14	8	2,5	7	2,0	15	2,2
15—19	9	2,2	15	3,5	24	2,9
20—24	8	1,5	9	2,6	17	1,9
25—29	11	2,1	9	3,3	20	2,5
30—34	9	2,8	2	1,1	11	2,2
35—39	2	0,6	2	1,0	4	0,8
40—44	7	2,2	4	1,7	11	2,0
45—49	9	2,8	5	2,0	14	2,5
50—54	4	1,5	5	2,1	9	1,8
55—59	2	1,2	3	1,8	5	1,5
60 i >	4	0,7	5	0,8	9	0,8
Ogółem	383	8,0	232	5,8	615	7,0

0,2%; stanowi to 186 na 100 000 badanych, a więc znacznie mniej niż w 1979 r. (516,8) oraz 1978 r. (254,5 na 100 000 badanych) (tab. VI).

Od osób wydalających pałeczki czerwonki izolowano: *S. sonnei* od 96,8% osób, *S. flexneri* od 3,0%, *S. boydii* od 0,07% i *S. dysenteriae* od 0,07% osób. Wśród pałeczek *S. flexneri* najczęstszym był typ 3a (43,7%), a następnie typ 2a (23,0%) oraz typ 6 (12,6%). Ponadto izolowano w pojedynczych przypadkach typ 1a; od 2 osób izolowano typ 3b i od 5 osób typ 3c. Szczepy izolowane od 4 osób nie były typowane.

Tabela VI. Występowanie szczepów *Shigella* w Polsce w roku 1980 (materiał opracowano na podstawie sprawozdań rocznych WSSE, formularz Mz/E II-17)

Badani	Liczba zbadanych osób	Liczba osób od których izolowano <i>Shigella</i>	<i>S. sonnei</i>	gatunki										Częstość wychodów <i>Shigella</i> w ‰/o
				<i>S. flexneri</i>							<i>S. boydii</i>	<i>S. dysenteriae</i>		
				razem	w tym typy rerologiczne					inne				
					6	3a	2a	4a	x					
Chorzy	245 767	1551	1523	27	2	14	4	—	3	4	—	1	0,63‰	
Ozdrowieńcy	13 992	135	133	2	—	2	—	—	—	—	—	—	0,96‰	
Nosiciele (za- rejestrowani)	10 556	142	132	10	3	5	2	—	—	—	—	—	1,34‰	
Osoby ze styczności z chorym	130 398	620	609	10	1	3	2	—	—	4	—	1	0,48‰	
Pracownicy branżowi	1 138 862	416	376	38	5	14	12	2	—	5	2	—	0,04‰	
Razem	1 539 575	2864	2773	87	11	38	20	2	3	13	2	2	0,19‰	

Ogólnie biorąc, liczba szczepów *Shigella*, izolowanych od chorych, zmniejszyła się o 69,2‰, zaś od osób ze styczności z chorymi o 62,8‰ w porównaniu z 1979 r. Bezwzględna liczba osób, od których izolowano *S. flexneri*, zmniejszyła się o 57,8‰, *S. sonnei* o 64,3‰, *S. boydii* o 50‰.

Liczba pracowników branżowych, badanych ze względów sanitarnych, uległa znacznemu zmniejszeniu, o 29 820 osób (2,5‰), a liczba wychodów w tej grupie zmniejszyła się o 422. Wśród zbadanych w 1980 r. 1 138 862 pracowników branżowych, u 416 (tj. 36,5 na 100 000 badanych) stwierdzono zakażenie bezobjawowe pałeczką czerwonki; 0,033‰ *S. sonnei* i u 0,007‰ *S. flexneri*.

Wydaje się, że nadal występuje w Polsce obniżenie poziomu dochodzeń epidemiologicznych w zakresie czerwonki.

X. Стыпулковска-Мисюревич, А. Адонайло

БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ

H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło

BACTERIAL DYSENTERY

Aniela Adonajło

ZATRUCIA POKARMOWE — 1980 ROK

W 1980 r. w Polsce notowano 8357 przypadków zatruc pokarmowych; zapadalność wynosiła 23,5 na 100 000 i była wyższa od zapadalności w 1979 r. (20,9), lecz niższa od mediany za lata 1974—1978 (27,0). Najwyższą zapadalność notowano w województwach: sieradzkim — 108,3, legnickim — 92,0, szczecińskim — 63,4, krośnieńskim — 58,9, bydgoskim — 55,6, elbląskim — 54,5, słupskim — 52,7, pilskim — 51,3 i poznańskim — 50,0. Najniższą zapadalność — poniżej jednego przypadku na 100 000, notowano w wojew. chełmskim i radomskim (tab. I).

W 1980 r. wzrosła liczba zatruc pokarmowych wywołanych czynnikami bakteryjnymi: 7757 zachorowań, zapadalność 21,7/100 000. (W 1979 r. notowano odpowiednio 6737 przypadków, przy zapadalności 19,1). Wzrost ten odnosił się głównie do zatruc, wywołanych pałeczką *Salmonella* — 5033 przypadki, zapadalność — 14,1. Zwiększyła się także liczba zachorowań wywołanych enterotoksyną gronkowcową — 690 przyp., zapad. 1,9 (tab. II).

Zapadalność z powodu zatruc pokarmowych pałeczką *Salmonella* była najwyższa w wojew. sieradzkim — 105,2, legnickim — 87,1 i szczecińskim — 45,0/100 000. Zatrucia wywołane enterotoksyną gronkowcową występowały najczęściej w wojew. koszalińskim — zapad. — 35,0 i elbląskim — zapad. 26,6/100 000. Liczba zatruc grzybami była nieco niższa niż w roku poprzedzającym — 503 przypadki, zapad. — 1,4. Wśród 97 przypadków zatruc pokarmowych środkami chemicznymi, ponad połowa (55 zachorowań) dotyczyło chemicznych środków ochrony roślin (w 1979 r. było tylko 18 takich przypadków).

Z sezonowego rozkładu zatruc pokarmowych według kwartałów, wynika: najwyższą liczbę zatruc wywołanych pałeczką *Salmonella* obserwowano w III kwartale — 36,7% oraz w II kwartale — 33,1% (tab. III); zatrucia pokarmowe wywołane enterotoksyną gronkowcową występowały najczęściej w III kwartale — 64,8%. Zatrucia grzybami przypadały głównie na III kwartał — 51,5% oraz IV kwartał 45,1%; zatrucia pokarmowe środkami chemicznymi notowano najczęściej w pierwszym kwartale — 66,0%.

W ogólnej liczbie 7757 zatruc pokarmowych o etiologii bakteryjnej, 4984 (64,0%) przypada na zbiorowe zatrucia pokarmowe (obejmujące 4 i więcej zachorowań), które wystąpiły w 169 ogniskach na terenie 44 województw (tab. IV). W stosunku do roku poprzedzającego nastąpił wzrost zarówno liczby ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych jak i liczby zachorowań w ogniskach oraz zwiększyła się liczba województw, w których wystąpiły zbiorowe zatrucia pokarmowe. Ogniska o największej liczbie zachorowań wystąpiły w województwach: pilskim — 169 zachorowań, związanych ze spożyciem lodów zakażonych pałeczką *S. ty-*

Tabela I. Zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapaadalność na 100 000 wg województw

Lp.	Województwo	1974—1978 mediana		1979		1980	
		liczba	zapa- dał. na 100 000	liczba	zapa- dał. na 100 000	liczba	zapa- dał. na 100 000
POLSKA		9443	27,0	7361	20,9	8357	23,5
1	St. warszawskie	458	20,8	190	8,4	196	8,5
2	Białkopodlaskie	21	7,4	41	14,4	59	20,6
3	Białostockie	192	31,3	101	15,9	236	36,9
4	Bielskie	61	7,8	261	32,0	254	30,8
5	Bydgoskie	318	32,3	588	57,5	574	55,6
6	Ciechanowskie	48	12,0	14	3,5	9	2,2
7	Chełmskie	37	16,7	10	4,4	1	0,4
8	Częstochowskie	25	3,4	17	2,3	40	5,4
9	Elbląskie	142	33,3	109	25,1	239	54,4
10	Gdańskie	556	44,0	303	23,2	296	22,3
11	Gorzowskie	116	27,0	392	87,8	175	38,6
12	Jeleniogórskie	183	39,8	263	53,8	189	38,4
13	Kaliskie	35	5,5	81	12,3	54	8,1
14	Katowickie	484	13,6	186	5,1	358	9,7
15	Kieleckie	315	29,9	341	32,2	273	25,6
16	Konińskie	101	23,7	164	37,6	38	8,6
17	Koszalińskie	116	26,5	116	25,6	189	41,1
18	M. krakowskie	290	25,1	217	18,9	126	10,8
19	Krośnieńskie	153	36,1	351	79,6	263	58,9
20	Legnickie	170	40,5	58	13,0	418	92,0
21	Leszczyńskie	53	15,2	15	4,2	29	8,1
22	Lubelskie	69	7,7	23	2,5	69	7,4
23	Lomżyńskie	55	17,2	22	6,8	26	8,0
24	Miejskie łódzkie	553	50,9	226	20,2	249	22,1
25	Nowosądeckie	146	24,1	226	36,5	48	7,7
26	Olsztyńskie	135	19,9	262	38,9	95	14,0
27	Opolskie	233	23,9	147	15,2	68	7,0
28	Ostrołęckie	48	13,2	7	1,9	18	4,9
29	Piłskie	135	32,2	234	54,4	223	51,3
30	Piotrkowskie	63	10,8	22	3,7	67	11,1
31	Płockie	195	40,4	106	21,6	181	36,6
32	Poznańskie	194	16,2	149	12,3	616	50,0
33	Przemyskie	22	5,9	80	21,2	179	47,2
34	Radomskie	38	5,6	46	6,6	5	0,7
35	Rzeszowskie	109	17,3	65	10,2	84	13,0
36	Siedleckie	114	18,9	239	39,0	165	26,8
37	Sieradzkie	100	25,9	251	64,1	424	108,3
38	Skierniewickie	69	17,7	92	23,3	123	31,1
39	Słupskie	139	38,8	108	29,7	194	52,7
40	Suwalskie	178	42,9	28	6,7	111	26,4
41	Szczecińskie	453	53,0	403	45,6	567	63,4
42	Tarnobrzęskie	32	5,9	69	12,6	64	11,5
43	Tarnowskie	23	4,0	22	3,7	9	1,5
44	Toruńskie	276	46,8	51	8,5	62	10,2
45	Wałbrzyskie	258	35,8	143	20,0	303	42,3
46	Włocławskie	76	18,8	102	24,7	112	27,1
47	Wrocławskie	356	35,1	263	24,8	153	14,3
48	Zamojskie	88	18,7	41	8,7	37	7,8
49	Zielonogórskie	57	9,8	116	19,3	89	14,7

Tabela II. Zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1974—1980. Liczba i zapadalność na 100 tys. wg czynnika etiologicznego

Czynnik etiologiczny	1974—1978 mediana		1979		1980	
	liczba	zapadal.	liczba	zapadal.	liczba	zapadal.
Czynnik bakteryjny ogółem	8541	24,42	6737	19,1	7757	21,7
<i>Cl. botulinum</i>	302	0,88	386	1,1	285	0,80
<i>Salmonella</i>	3571	10,5	3098	8,8	5033	14,1
Gronkowce	1128	3,3	383	1,1	690	1,9
<i>Cl. perfringens</i>	1	0,003	18	0,1	—	—
Inne	4010	11,9	2852	8,1	1749	4,9
Grzyby	792	2,3	525	1,5	503	1,4
Chemiczne	109	0,31	99	0,3	97	0,27
Ogółem	9443	27,03	7361	20,9	8357	23,37

Tabela III. Zatrucia pokarmowe w Polsce w 1980 r. wg czynnika chorobotwórczego i kwartału roku

Czynnik		K w a r t a ł				Ogółem
		I	II	III	IV	
Zatrucia bakteryjne ogółem* w %	liczba	907	2211	3049	1590	7757
	%	11,7	28,5	39,3	20,5	100,0
Pałeczki <i>Salmonella</i>	liczba	526	1666	1848	993	5033
	%	10,5	33,1	36,7	19,7	100,0
Enterotoksyna gronkowcowa	liczba	17	90	447	136	690
	%	2,5	13,0	64,8	19,7	100,0
Grzyby	liczba	5	12	259	227	503
	%	1,0	2,4	51,5	45,1	100,0
Środki chemiczne	liczba	64	10	14	9	97
	%	66,0	10,3	14,4	9,3	100,0

phimurium; poznańskim — 308 przypadków po spożyciu kielbasy polskiej surowej, w której wykryto pałeczki *S. typhimurium*; sieradzkim — 165 zachorowań, związanych z zatruciem wątroba smażoną nabytą w zakładzie garmazeryjnym. Z próbek wątroby wyizolowano pałeczki *S. enteritidis*; lubelskim — 123 przypadki zatruc mięsem kaczki podanej w stołówce internatu. Czynnik etiologiczny — *S. typhimurium*.

W miastach zanotowano 106 ognisk (62,7⁰/o) o łącznej liczbie 3743 zachorowań (75,1⁰/o); na wsi — 63 ogniska i 1241 zachorowań (24,9⁰/o). Dzieci chorych do lat 14 było 1407 (28,2⁰/o). W sumie, przy wyższej liczbie zachorowań niż w roku poprzedzającym, odsetek dzieci do lat 14 był niższy (w 1979 r. stanowił 32,4⁰/o).

Tabela IV. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w Polsce w latach 1979—1980

Lp.	Województwo	1979			1980		
		liczba ognisk	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba ognisk	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000
POLSKA		151	4251	12,0	169	4984	14,1
1	St. warszawskie	7	102	2,5	6	84	3,7
2	Białkopodlaskie	1	18	6,3	3	79	27,7
3	Białostockie	4	49	7,7	6	135	21,2
4	Bielskie	4	247	30,2	9	188	23,0
5	Bydgoskie	9	250	24,3	6	61	5,9
6	Chełmskie	0	0	0	—	—	—
7	Ciechanowskie	4	22	5,5	1	4	1,0
8	Częstochowskie	0	0	0	4	21	2,8
9	Elbląskie	3	8	1,8	3	165	37,8
10	Gdańskie	6	125	9,5	6	56	4,3
11	gorzowskie	5	349	77,6	5	129	28,7
12	Jeleniogórskie	4	205	41,8	3	177	36,1
13	Kaliskie	1	65	9,8	2	32	4,8
14	Katowickie	3	84	2,3	5	209	5,7
15	Kieleckie	1	206	19,4	5	221	20,8
16	Konińskie	4	116	26,5	2	12	2,7
17	Koszalińskie	3	82	18,0	4	186	40,8
18	M. krakowskie	3	105	9,1	6	91	7,9
19	Krośnieńskie	9	344	77,6	9	186	42,0
20	Legnickie	4	32	7,1	2	44	9,8
21	Leszczyńskie	0	0	0	2	14	3,9
22	Lubelskie	0	0	0	6	406	43,9
23	Lomżyńskie	0	0	0	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	7	70	6,2	3	33	2,9
25	Nowosądeckie	3	197	31,7	4	42	6,8
26	Olsztyńskie	6	119	17,6	—	—	—
27	Opolskie	2	172	17,8	1	130	13,4
28	Ostrołęckie	0	0	0	3	16	4,4
29	Piłskie	9	182	42,2	2	202	46,8
30	Piotrkowskie	0	0	0	4	33	5,5
31	Płockie	2	14	2,8	5	57	11,6
32	Poznańskie	2	26	2,1	8	535	43,8
33	Przemyskie	3	43	11,4	2	161	42,5
34	Radomskie	3	81	11,6	—	—	—
35	Rzeszowskie	3	23	3,6	3	54	8,4
36	Siedleckie	2	74	12,1	2	31	5,1
37	Sieradzkie	1	196	50,1	6	341	87,1
38	Skierniewickie	1	7	1,8	2	68	17,2
39	Śląskie	3	52	14,3	1	98	26,9
40	Suwańskie	1	9	2,1	2	70	16,7
41	Szczecińskie	5	194	21,9	4	107	12,1
42	Tarnobrzeskie	2	35	6,4	3	50	9,1
43	Tarnowskie	2	3	0,5	—	—	—
44	Toruńskie	0	0	0	4	49	8,1
45	Wałbrzyskie	5	98	13,7	3	212	29,7
46	Włocławskie	4	46	11,1	3	69	16,7
47	Wrocławskie	7	103	9,7	6	44	4,1
48	Zamojskie	0	0	0	2	17	3,6
49	Zielonogórskie	3	98	16,2	1	65	10,8

Tabela V. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w 1979 r.
Liczba ognisk i zachorowań wg środowiska

	Liczba ognisk	%	Liczba zachorowań	%
Rodzinne	82	48,5	967	19,4
Rozsiane	14	8,3	955	19,2
Ośrodki wypoczynkowe	7	4,1	339	6,8
Otwarte Z-dy żywienia zbiorowego	10	5,9	240	4,8
Szkoły i Z-dy dla dzieci i młodzieży	9	5,3	472	9,4
Kolonie i obozy	14	8,3	572	11,5
Zakłady pracy	14	8,3	793	15,9
Zakłady Służby Zdrowia	14	8,3	477	9,6
Inne	5	3,0	169	3,4
Ogółem	169	100,0	4984	100,0

Ogniska rodzinne stanowiły 48,5% ognisk i objęły 967 chorych (19,4%). Duże ogniska rozsiane stanowiły tylko 8,3% i objęły prawie taką samą liczbę — 955 chorych (tab. V). Więcej ognisk i zachorowań niż w roku poprzedzającym notowano w zakładach pracy, na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży oraz w zakładach służby zdrowia.

Źródłem zakażenia w większości zbiorowych zatruc pokarmowych były potrawy mięsne (56,2% ognisk i 57,5% zachorowań), zwłaszcza potrawy z mięsa rozdrobnionego i podrobów. Lody, ciastka i desery były przyczyną zbiorowych zatruc pokarmowych w 14,8% ognisk, stanowiących 21,1% zachorowań (tab. VI).

Wśród czynników etiologicznych największą rolę w zbiorowych zatruciach pokarmowych odegrały pałeczki *Salmonella* — 58,6% ognisk i 67,4% zachorowań; na drugim miejscu znajdowała się enterotoksyna gronkowcowa — 12,4% ognisk oraz 14,2% zachorowań.

Spośród wszystkich notowanych zatruc pokarmowych, leczeniem szpitalnym objęto 4753 (56,9%) chorych. Hospitalizowano 56,6% przypadków zatruc wywołanych pałeczką *Salmonella*, 16,2% wywołanych enterotoksyną gronkowcową, 98,9% toksyną botulinową oraz 84,3% grzybami i 84,5% wywołanych substancjami chemicznymi.

Tabela VI. Zbiorowe zatrucia pokarmowe w Polsce w 1980 r.

Czynnik etiologiczny	Gronkowiec		<i>Salmonella</i>		J. kiełbasiany		Różny czynnik etiologiczny		Nieustalony		Ogółem		%	
	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z
Potrawy z mięsa rozdrobnionego i podrobów	8	327	37	1195	3	11	4	168	8	226	60	1927	35,5	38,7
Wędliny, drób i inne	5	152	19	696	4	20	1	7	6	65	35	940	20,6	18,8
Ogółem potrawy mięsne	13	479	56	1891	7	31	5	175	14	291	95	2867	56,2	57,5
Ryby	—	—	4	105	—	—	—	—	2	8	6	113	3,6	2,3
Lody, ciastka i desery	1	6	22	993	—	—	1	8	1	43	25	1050	14,8	21,1
Potrawy różne	7	221	17	371	1	4	4	97	14	261	43	954	25,4	19,1
Ogółem	21	706	99	3360	8	35	10	280	31	603	169	4984	100,0	100,0
%	12,4	14,2	58,6	67,4	4,7	0,7	5,9	5,6	18,4	12,1	100,0	100,0		

O — ognisko
Z — zachorowania

W roku 1980 z powodu zatruc pokarmowych (nr klas. 005) zmarło 14 osób, w mieście — 6 osób, na wsi — 8 osób. Umieralność ogólna wyniosła 0,04/100 000. Sześć zgonów zanotowano wśród dzieci do lat 14, w tym 4 zgony dotyczyły niemowląt. Wśród zmarłych było 10 osób płci męskiej i 4 osoby płci żeńskiej.

А. Адонайло

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

A. Adonajło

FOOD POISONINGS

c.d. ze str. 84

nych badań płwocin wykonanych metodami — jakościową i ilościową. (Nr 7, str. 453)

Z. Łukjan: Fagocytoza w przebiegu zakażenia gruźliczego świnek morskich leczonych hydrazydym kwasu izonikotynowego, etambutolem i kapreomycyną. (Nr 7, str. 461)

M. Zierski, E. Bek: Działanie uboczne różnych skojarzeń rifampicyny i hydrazydu z etambutolem lub streptomycyną i pyrazinamidem w krótkotrwałej chemioterapii w nowowykrytej gruźlicy płuc. Kontrolowane klinicznie badania zespołowe w Polsce. (Nr 7, str. 469)

Z. Przybytkiewicz, E. Nikodemowicz, A. Kasprówicz, J. Owsiniński: Wartość ilościowego badania bakteriologicznego płwociny w ocenie skuteczności chemioterapii zakażeń układu oddechowego. Cz. I. Badanie bakteriologiczne. (Nr 8, str. 535)

E. Nikodemowicz, J. Owsiniński, Z. Przybytkiewicz i inni: Wartość ilościowego badania bakteriologicznego płwociny w ocenie skuteczności chemioterapii zakażeń bakteryjnych układu oddechowego. Cz. II. Badanie kliniczne. (Nr 8, str. 545)

B. Chwalibóg: Przegląd dotychczasowego stanu wiedzy o profilaktycznym stosowaniu INH (Nr 8, str. 553)

B. Chwalibóg: Profilaktyczne stosowanie INH u osób ze zmianami włóknistymi w płucach. Część I. Cel badań. Metoda. Akceptacja, przebieg i tolerancja profilaktyki. (Nr 9, str. 581)

B. Chwalibóg: Profilaktyczne stosowanie INH u osób ze zmianami włóknistymi w płucach. Część II. Wyniki kuracji. Omówienie. (Nr 9, str. 589)

I. Hawrytkiewicz: Przypadek uczuleniowej postaci kropidlakowej grzybicy płuc. (Nr 9, str. 645)

L. Spychalski: Analiza zachorowań na gruźlicę młodzieży w wieku 15—19 lat, na terenie woj. szczecińskiego w latach 1969—1978. (Nr 10/11, str. 685)

W. Sosnowski, Z. Krawczyk, M. Górnicka-Wilczyńska i inni: Odległe wyniki skróconego leczenia przeciwpłatkowego skojarzeniem INH, RMP, EMB u chorych z nowowykrytą gruźlicą płuc. (Nr 10/11, str. 663)

A. Szymański, J. Walicki, E. Czaplinska-Jóźwiak i inni: Wyniki leczenia RMP w skojarzeniu z INH i EMB nowowykrytych chorych na gruźlicę płuc. (Nr 10/11, str. 669)

M. Janowiec, H. Mleczko, H. Zbikowski: Występowanie aktywnych mykobakterii u chorych rejestrowanych w przypadkach przeciwgruźliczych na terenie kraju w ciągu ostatniego 10-lecia. (Nr 10/11, str. 675)

B. Vertun, W. Biernacki, S. Łempicki: Problemy gruźlicy narządu moczowego w klinice chorób wewnętrznych. (Nr 12, str. 847)

A. Kazimierczak: RAST i RIST — nowe metody radioimmunologiczne w diagnostyce astmy oskrzelowej. (Nr 12, str. 853)

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI, 1980, 35

T. Łuszczynski, S. Palczewski, J. Pierożyński, A. Wróbel: Występowanie *Gaffkya tetragen*a w materiałach od chorych leczonych w oddziałach wojewódzkiego szpitala zespolonego w Płocku w latach 1974—1978. (Nr 1, str. 5)

W. Massalski, T. Górowski, A. Bednarski: Próba leczenia ampicyliną ciężkich postaci wytrzeszczu w chorobach Gravesa-Basedowa. (Nr 1, str. 31)

P. Ratka, A. Rumprecht: Leczenie drożdżakowatych zakażeń narządów płciowych pimafucyną. (Nr 4, str. 135)

J. Janeczko: Osoczowe czynniki krzepnięcia w mononukleozie zakaźnej. (Nr 5, str. 165)

A. Danysz, K. Wierzbę: Farmakokinetyka kliniczna penicylin. (Nr 7, str. 241)

P. Jakubicz, D. Dzierżanowska: Wrażliwość klinicznych szczepów *Staphylococcus aureus* na linkomycynę i klindamycynę. (Nr 8, str. 269)

E. Makowska, J. Rybacka: Zakażenia uogólnione u dzieci wywołane otoczkowcami Gram-ujemnymi *Klebsiella pneumoniae*. (Nr 9, str. 325)

J. Hanzlik, T. Stelmasiak, A. Żelazowska, A. Miecznikowska: Analiza kliniczna chorych gorączkujących leczonych w latach 1971—1977. (Nr 10, str. 343)

B. Jaremin, P. Myjak, P. Gandurski: Przypadek ostrej niewydolności nerek w przebiegu zymiczny złośliwej. (Nr 10, str. 357)

H. Winogrodzka-Szaflik: Interferon i perspektywy jego zastosowania w wirusowym zapaleniu wątroby. (Nr 10, str. 365)

E. Gajda, G. Elbert-Zygadłowska, I. Mikitiuk-Totwińska i inni: Zmiany w jeli-
c.d. na str. 112

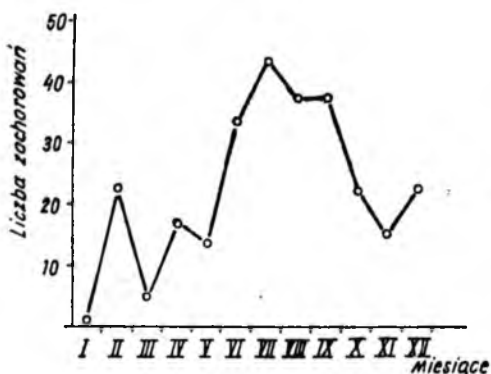
Zbigniew Anusz

ZATRUCIA JADEM KIEŁBASIANYM — 1980 ROK

W roku 1980 zarejestrowano w Polsce 269 zatruc toksyną botulinową. Zapadalność wynosiła 0,7 na 100 000 mieszkańców. Liczba zachorowań była niższa niż w 1979 roku (383) i niższa niż mediana w latach 1974—1978 (307 zachorowań) (tab. I). Analizę przeprowadzono według dat zachorowań, stąd niewielkie różnice z danymi według dat rejestracji.

Najwyższą zapadalność zanotowano w województwach: bydgoskim (5,3); toruńskim (3,1); kaliskim (2,5); białostockim (2,2); suwalskim (1,9); zamojskim (1,7); olsztyńskim (1,5); rzeszowskim (1,5); poznańskim (1,6). W województwach tych zatrucia stanowiły 59,1% ogólnej liczby zatruc toksyną botulinową. Nie notowano zatruc toksyną botulinową w 9 województwach: bielskim, ciechanowskim, lubelskim, nowosądeckim, ostrołęckim, piotrkowskim, rądomskim, sieradzkim i tarnowskim.

Sezonowy rozkład zatruc toksyną botulinową wg dat zachorowań przedstawia rycina 1. Zwiększoną liczbę zachorowań notowano od czerw-



Ryc. 1. Zatrucia toksyną botulinową w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

ca do września, a najwyższą liczbę zatruc obserwowano w lipcu, sierpniu i wrześniu (44,2%). Podobnie jak w latach poprzednich wyższą zapadalność obserwowano na wsi — 1,2 (69,1%) niż w mieście — 0,4 (30,9%) (tab. II).

Zapadalność wśród mężczyzn wynosiła 0,9 (59%), wśród kobiet 0,6 (41%). Najwięcej zachorowań notowano w wieku 25—29 (19,0%), 30—39 (19,3%), następnie 40—49 lat (13,8%), 20—24 lat (13,4%) i 50—59 lat (12,3%) (tab. III).

Najwyższy odsetek stanowiły zatrucia w ogniskach 1-osobowych (61,0) i 2-osobowych (20,8%), które stanowiły 77% ogólnej liczby zatruc.

Tabela I. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Lp.	Województwo	1974—1978 mediana		1979		1980	
		I. zach.	zapadal.	I. zach.	zapadal.	I. zach.	zapadal.
	POLSKA	307	0,9	383	1,1	269	0,7
1	St. warszawskie	2	0,1	2	0,1	2	0,08
2	Białkopodlaskie	1	0,4	4	1,4	2	0,7
3	Białostockie	12	2,0	22	3,5	14	2,19
4	Bielskie	1	0,12	2	0,2	—	—
5	Bydgoskie	29	2,9	64	6,2	55	5,3
6	Chełmskie	6	2,71	3	1,3	1	0,4
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	—	—
8	Częstochowskie	4	0,6	2	0,3	4	0,5
9	Elbląskie	3	0,7	4	0,9	1	0,2
10	Gdańskie	8	0,6	11	0,8	14	1,06
11	Gorzowskie	6	1,3	6	1,3	4	0,8
12	Jeleniogórskie	—	—	3	0,6	1	0,2
13	Kaliskie	9	1,4	8	1,2	17	2,5
14	Katowickie	5	0,1	4	0,1	8	0,2
15	Kieleckie	1	0,1	2	0,2	1	0,09
16	Konińskie	12	2,8	11	2,5	5	1,13
17	Kozalińskie	3	0,7	5	1,1	1	0,2
18	M. krakowskie	3	0,3	5	0,4	5	0,4
19	Krośnieńskie	1	0,2	3	0,7	3	0,6
20	Leszczyńskie	9	2,62	11	3,1	1	0,2
21	Legnickie	1	0,24	—	—	1	0,2
22	Lubelskie	1	0,1	2	0,2	—	—
23	Łomżyńskie	4	1,2	1	0,3	3	0,9
24	Miejskie łódzkie	3	0,3	6	0,5	1	0,08
25	Nowosądeckie	1	0,2	5	0,8	—	—
26	Olsztyńskie	11	1,7	9	1,3	10	1,47
27	Opolskie	10	1,03	9	0,9	6	0,6
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	—	—
29	Pilskie	20	4,8	34	7,9	13	3,0
30	Piotrkowskie	—	—	—	—	—	—
31	Płockie	8	1,66	11	2,2	3	0,6
32	Poznańskie	21	1,79	26	2,1	19	1,55
33	Przemyskie	2	0,5	3	0,8	2	0,5
34	Radomskie	1	0,2	—	—	—	—
35	Rzeszowskie	5	0,8	2	0,3	10	1,5
36	Siedleckie	5	0,83	5	0,8	1	0,16
37	Sieradzkie	3	0,77	2	0,5	—	—
38	Skierniewickie	2	0,5	—	—	2	0,5
39	Ślupskie	3	0,8	3	0,8	4	1,0
40	Suwalskie	11	2,65	14	3,3	8	1,9
41	Szczecińskie	2	0,23	5	0,6	3	0,3
42	Tarnobrzeskie	1	0,2	—	—	2	0,3
43	Tarnowskie	2	0,4	6	1,0	—	—
44	Toruńskie	13	2,2	18	3,0	19	3,14
45	Wałbrzyskie	1	0,1	—	—	1	0,1
46	Włocławskie	12	3,0	27	6,5	5	1,2
47	Wrocławskie	5	0,5	8	0,8	6	0,56
48	Zamojskie	12	2,5	13	2,8	8	1,69
49	Zielonogórskie	2	0,34	2	0,3	3	0,49

Tabela II. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1980 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według wieku i płci

	Mężczyźni		Kobiety		Razem		licz- ba zach.	Zachoro- wania licz- ba	zapa- dalność %	licz- ba zach.	licz- ba zgo- nów
	licz- ba zach.	zapa- dalność	licz- ba zach.	licz- ba zgo- nów	licz- ba zach.	licz- ba zgo- nów					
0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1—4	2	0,1	—	—	—	—	2	0,7	0,0	—	—
5—9	5	0,3	—	4	0,2	—	9	3,3	0,3	—	—
10—14	5	0,3	—	5	0,4	—	10	3,7	0,3	—	—
15—19	10	0,6	—	13	0,9	—	23	8,6	0,7	—	—
20—24	23	1,3	—	13	0,7	—	36	13,4	1,0	—	—
25—29	29	1,7	—	22	1,3	—	51	19,0	1,5	—	—
30—39	36	1,6	—	16	0,7	—	52	19,3	1,1	—	—
40—49	23	1,0	—	14	0,6	—	37	13,8	0,8	—	—
50—59	19	1,0	—	14	0,6	—	33	12,3	0,8	—	—
60 i >	6	0,3	1	10	0,3	—	16	5,9	0,3	1	—
Razem	158	0,9	1	111	0,6	—	269	100,0	0,7	1	—

Tabela III. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w zależności od liczby chorych w ognisku

Wielkość ogniska	Liczba ognisk	Liczba chorych w ognisku	%
1-osobowe	164	164	61,0
2-osobowe	28	56	20,8
3-osobowe	8	24	8,9
4-osobowe	1	4	1,5
5-osobowe	3	15	5,6
powyżej 5 osób	1	6	2,2
Razem:	205	269	100,0

Ogniska obejmujące 5 i więcej osób stanowiły 7,8% ogólnej liczby przypadków (w 1979 roku — 9,4%) (tab. IV).

Wśród osób, które spożywały potrawy zatrute toksyną botulinową, odsetek osób, które zachorowały wynosił w zależności od rodzaju zatrutego pożywienia: warzywa — 66,7%, mięso 53,0%, ryby 43,0%, średnio 44,2%.

Przetwory produkcji domowej były w 66,5% źródłem zatrucia (mięso — 83,3%), najczęściej konserwy (weki) — 38,7%, rośliny — 6,4%, ryby — 4,1%. Konserwy przemysłowe były źródłem zatrucia w 33,5% — głównie mięso — 71,0% (w 1979 r. — 70,4%), zwłaszcza konserwy mięsne — 28,0%, ryby — 24,4% — głównie konserwy rybne 21,0% oraz rośliny — 4,6%.

Podobnie jak w latach poprzednich uwagę zwraca duży odsetek za-

Tabela IV. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1980 r. Zachorowania w zależności od produktu spożywczego

Produkt	Produkcja domowa		Produkcja przemysłowa		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Mięso:						
konserwy	66	38,7	24	28,0	90	35,0
kiełbasa	5	2,9	25	29,0	30	11,6
wędzonka	48	28,0			48	18,7
kiszka	3	1,7			3	1,2
salceson	8	4,7	2	2,3	10	3,9
pasztet	7	4,0	6	7,0	13	5,1
Tłuszcze zwierzęce:						
inne	15	8,9	4	4,7	19	7,4
Ryby:						
konserwy	4	2,3	18	21,0	22	8,6
świeże						
solone						
marynowane	2	1,2	3	3,4	5	1,9
wędzone						
smażone	1	0,6			1	0,4
Rośliny:						
warzywa	6	3,5	3	3,4	9	3,5
inne	5	2,9	1	1,2	6	2,3
Razem:	171	100,0	86	100,0	257	100,0

truć spowodowanych spożyciem konserw produkcji przemysłowej w tym konserw mięsnych (tab. V).

W roku 1980 najczęściej występowały zatrucia toksyną botulinową typu B — 95,0%, zatrucia wywołane toksyną typu A stanowiły — 3,7%, toksyną typu E — 1,3%. Zatrucie toksyną typu A notowano w woj. miejskim krakowskim (1 zach.) i toruńskim (4 zach.), typ E w woj. bydgoskim (1 zach.), typ B stwierdzono w 26 województwach.

Ogółem w 1980 roku na 269 zatruc do badania serologicznego nadesłano krew od 211 chorych (78,4%) w 1979 r. — 74,9%. Ciągłe zatem nie wszyscy klinicyści doceniają w pełni potrzebę określania typu toksy-

Tabela V. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1980 roku wg typów toksyny botulinowej

	Typ toksyny botulinowej				Liczba zachorowań	Liczba badań próbek krwi		
	A	B	E	nie określony		wynik +	wynik —	nie badano
Liczba	5	126	1	15	269	147	64	58
%	3,4	85,7	0,7	10,2	100,0	54,6	23,8	21,6

ny botulinowej. Dotyczy to w szczególności oddziałów zakaźnych w województwach: białostockim, gorzowskim, katowickim, konińskim, opolskim, poznańskim i suwalskim.

Zastrzeżenia budzi również wysoki odsetek (23,8%) próbek krwi, w których nie wykazano obecności toksyny botulinowej lub nie określono typu toksyny botulinowej (10,2%).

W roku 1980 przebieg choroby był następujący: średni — 61,3%, ciężki — 21,5%, lekki — 13,1%, bardzo ciężki — 3,1%, bezobjawowy — 1,0%. Uwagę zwraca duży odsetek chorych, którym nie podano surowicy (10,2%).

W roku 1980 stwierdzono 1 zgon: mężczyzna (P. K.), lat 67. Data spożycia podejrzanego o zatrucie pasztetu wekowanego 9.X.80 r. Zachorował 10.X. Okres wylegania 24 godziny. Przebieg choroby bardzo ciężki — brak reakcji źrenic na światło, suchość jamy ustnej, trudności połykania, zaparcie, osłabienie siły mięśniowej. Hospitalizowany 11.X. Choremu podano 80 ml surowicy p/botulinowej. Zmarł 12.X. Zmiany anatomicopatologiczne: zwyrodnienie mięśnia sercowego, obustronne ropne zapalenie miedniczek nerkowych, prawostronna pneumonia. We krwi stwierdzono obecność toksyny botulinowej typu B.

Przedstawione dane wskazują na brak poprawy w sytuacji epidemiologicznej zatruc toksyną botulinową. Świadczy to o niedostatecznym nasileniu oświaty w walce z zatruciami jadem kiełbasianym na terenie całego kraju przez oddziały oświaty zdrowotnej WSSE, radio, telewizję, prasę oraz wiejskie organizacje społeczne. Wyraźny wzrost zatruc toksyną botulinową, w której źródło stanowią mięsne konserwy przemysłowe wskazuje na potrzebę przeanalizowania tego zjawiska przez zakłady przemysłu mięsnego.

3. А н у ш

БОТУЛИЗМ

Z. A n u s z

BOTULINUM TOXIN POISONINGS

c.d. ze str. 106

- cie grubym spostrzegane u chorych na ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B. (Nr 11, str. 389)
- W. Sodołski, J. Oczkowski, A. Czaczyński: Wielonarządowe powikłania w przebiegu wstrząsu septycznego. Opis przypadku. (Nr 13, str. 473)
- W. Kaczmarski, J. Borowski: Diagnostyka serologiczna kryptokokozy. (Nr 13, str. 475)
- B. Dollar, M. Doleżał: Ocena przydatności *Hemomedium*, podłoża do hodowli bakterii z krwi, do diagnostyki bakteriologicznej zakażeń. (Nr 14, str. 489)
- W. Prusek, E. Nawrocka, B. Koziarska, S. Kosiński: Rumień wysiękowy z aplazją szpiku u dziecka w następstwie leczenia randozycyną. (Nr 14, str. 503)
- M. Kapustka: Próby leczenia rifampicyną nacieków płucnych w przebiegu ziar-nicy złośliwej. (Nr 16, str. 579)
- Z. Ogiński: Test NBT w przebiegu zakażeń bakteryjnych u noworodków. (Nr 17, str. 623)
- A. Koźmińska-Kubarska: Aktualne zagadnienia walki z trądem. (Nr 17, str. 637)
- J. Pawłowska, K. Dziubiński: Ropień wątroby — przypadek dyskusyjny. (Nr 2, str. 799)
- Z. Deroń, M. Jabłkowski: Objawy uboczne w przebiegu leczenia toksoplazmozy. (Nr 23, str. 857)
- J. Hałasa, I. Podkowińska, J. Daszko i inni: Badania porównawcze flory bakteryjnej występującej w nosie i gardle u dzieci przebywających w przedszkolu i żłobku Zakładów Przemysłu Odzieżowego „Dana” w Szczecinie. (Nr 25, str. 865)
- J. Sarosiek, M. Górka, B. Bogdankowska i inni: Immunostymulacja w leczeniu stanu obniżonej odporności. (Nr 23, str. 877)
- J. Ruczkowska, M. Meleżyńska-Matej, K. Grzybek-Hryncewicz: Wrażliwość na antybiotyki bakterii wyizolowanych od chorych w latach 1975—1977. (Nr 25, str. 945)
- D. Serafińska, D. Bukowska, K. Sokółowska, W. Nasitowski: Właściwości immunogenne szczepionki wieloważnej przeciwko pałeczce ropy błękitnej. (Nr 27, str. 1013)
- Å. Musierowicz, J. Borowski, M. Zaremba i inni: Ocena kliniczna pochodnej kwasu 6-beta-amidynopenicylanowego (preparatu HX) w zakażeniach układu moczowego. (Nr 27, str. 1017)
- E. Semetkowska-Jurkiewicz, J. Galiński, H. Hebanowska i inni: Bakteriuria bezobjawowa u chorych na cukrzycę. (Nr 27, str. 1025)
- J. Przybyłowski, G. Krupa, A. Juraszczyk: Niektóre parametry układu hemostazy u chorych na zapalenie płuc i ostre zakażenia dróg oddechowych. (Nr 28, str. 1049)
- T. Łoch, Z. Szubiakiewicz, M. Fiejka i inni: Przeciwciała anty WHA w preparatach normalnej immunoglobuliny produkcji krajowej. (Nr 28, str. 1053)
- W. Szczotka, T. Sawaryn, M. Machalska, K. Mossor: Ocena porównawcza wyników leczenia wirusowego zapalenia wątroby glikokortykoidem i drenażem odbarczającym dwunastnicy z podawaniem 5% roztworu glukozy. (Nr 28, str. 1059)
- E. Michalska, J. Ruczkowska, M. Osińska: Odczyn biernej hemaglutynacji krętków białych (TPHA) u dawców krwi. (Nr 28, str. 1067)
- T. Łoch, B. Grodecka, G. Halama i inni: Występowanie przeciwciał anty WHA i anty HBs w zdrowej populacji polskiej. (Nr 29, str. 1099)
- J. Owsiniński: Wartość badania białek obronnych wydzieliny oskrzelowej w przebiegu chorób układu oddechowego. (Nr 29, str. 1117)
- W. Zatoński, J. Dębowy, A. Marczewski i inni: Zastosowanie elektronicznej techniki obliczeniowej w badaniach epidemiologicznych — systemem BAMED. (Nr 29, str. 1125)
- S. Kotlarek-Haus, J. Nowicka, J. Juźwiakowa, R. Siemek: Analiza zanieczyszczenia bakteriynego powietrza w salach oddziału hematologicznego. (Nr 30, str. 1149)
- S. Kryński, E. Becla: Wrażliwość gronkowców złocistych na antybiotyki w szpitalach województwa gdańskiego i elbląskiego. (Nr 31, str. 1181)
- W. Prusek, A. Zygmunt, L. Springer, I. Chrzanowska: Sefril w leczeniu biegunek toksycznych u niemowląt. (Nr 23, str. 1233)
- J. Barczyk, Z. Puchalski: Wstrząs endotoksyczny a kora nadnerczy. (Nr 32, str. 1237)
- A. Jankowski: Immunoglobuliny ze szczególnym uwzględnieniem IgD oraz komórki B i T w salmonellozie. (Nr 33, str. 1253)
- M. Rudobielska, M. Szafrąńska, W. Zoch-Zwierz, B. Myśliwiec: Zastosowane oznaczenia poziomu immunoglobulin klasy A, M, G, produktów degradacji fibrynogeny

c.d. na str. 160

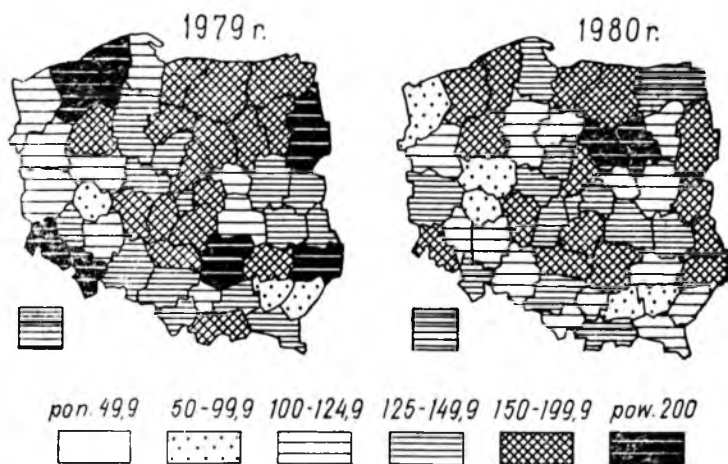
Danuta Naruszewicz-Lesiuk, Wiesław Magdzik

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY — 1980 ROK *)

W roku 1980 w Polsce zarejestrowano ogółem 48 245 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby (wzw), tj. o 3 759 (7,23%) zachorowań mniej niż w 1979 r. i o 17 038 (26,1%) mniej niż w 1978 r. Zapadalność wyniosła 135,6 na 100 000 i była niższa o 8,1% od zapadalności w 1979 r. i o 27,3% od zapadalności w 1978 r.

Między 1977 a 1980 rokiem, tj. w okresie kiedy obserwowano spadek liczby zachorowań na wzw w Polsce liczba zarejestrowanych zachorowań zmniejszyła się z 76 516 do 48 245, tj. o 28 271 (37,0%) a zapadalność z 220,5 do 135,6, tj. o 84,9 na 100 000 (38,5%). Tempo spadku było największe między 1978 a 1979 rokiem (20,3%) podczas, gdy pomiędzy 1977 a 1978 rokiem wynosiło ono 14,7%, a pomiędzy 1979 i 1980 rokiem — tylko 7,2%.

Zapadalność powyżej 200 na 100 000 zanotowano w 2 województwach: ciechanowskim — 257,8 i ostrołęckim — 253,4 (ryc. 1). W obu tych województwach zapadalność wzrosła w porównaniu do 1979 r. Zapadalność w granicach 175—200 zanotowano w 9 województwach: piłskim (198), zamojskim (189), jeleniogórskim (188), płockim (186), chełmskim (180), elbląskim (178), białkopodlaskim (177), piotrkowskim (176), kieleckim (175) (tab. I, ryc. 1). W stosunku do 1979 r. wzrost zapadalności zarejestrowano w 15 województwach: białkopodlaskim, chełmskim, ciechanowskim, częstochowskim, gdańskim, katowickim, leszczyńskim, ostro-



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w latach 1979—1980. Zapadalność na 100 000 ludności.

*) Praca wykonana w ramach problemu MR 12.

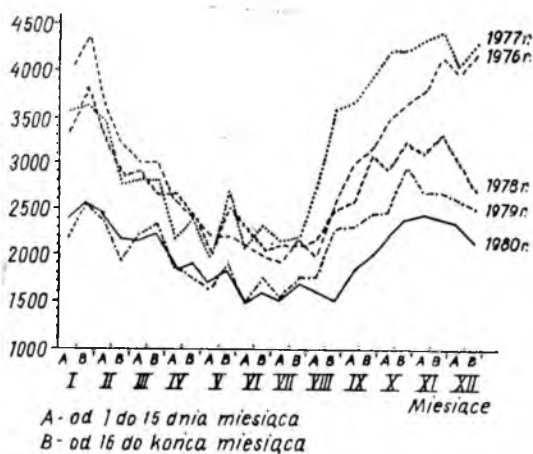
Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w latach 1974—1980

Lp.	Województwo	Mediana 1974—1978		1979		1980		zgony	umieralność na 100 000
		liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000		
	POLSKA	74.250	217,2	52.004	147,6	48.245	135,6	343	0,96
1	St. warszawskie	3.225	143,9	2.756	121,3	2.743	119,0	21	0,91
2	Białkopodlaskie	733	256,8	363	127,3	507	177,3	3	1,05
3	Białostockie	1.474	236,3	1.510	238,4	1.083	169,5	3	0,47
4	Bielskie	2.125	270,8	1.174	144,2	1.031	124,9	11	1,33
5	Bydgoskie	1.739	188,6	1.444	141,2	1.245	120,7	4	0,39
6	Chełmskie	511	231,2	318	139,2	415	180,2	3	1,30
7	Ciechanowskie	869	216,0	787	195,6	1.043	257,8	2	0,49
8	Częstochowskie	1.429	196,1	1.157	155,5	1.275	170,7	14	1,87
9	Elbląskie	1.122	265,2	857	197,4	784	178,4	7	1,59
10	Gdańskie	2.242	161,6	1.603	123,3	1.767	133,3	5	0,38
11	Gorzowskie	1.114	256,7	539	120,7	486	107,3	3	0,66
12	Jeleniogórskie	1.209	247,7	1.320	269,9	922	187,5	3	0,61
13	Kaliskie	2.067	317,5	1.147	173,8	1.023	153,6	6	0,90
14	Katowickie	6.070	172,8	4.607	126,4	4.964	134,0	60	1,62
15	Kieleckie	2.062	224,0	2.152	203,0	1.860	174,5	19	1,78
16	Konińskie	1.224	285,7	614	140,8	585	133,0	6	1,36
17	Koszalińskie	892	203,7	1.071	236,1	756	164,5	2	0,44
18	Miejskie krakowskie	2.052	181,7	1.355	118,0	1.310	112,7	11	0,95
19	Krośnieńskie	1.437	343,8	623	141,3	491	110,0	5	1,12
20	Legnickie	836	205,8	583	131,0	517	113,8	2	0,44
21	Leszczyńskie	711	205,9	264	74,6	292	82,0	1	0,28
22	Lubelskie	2.114	231,8	1.366	148,6	1.377	148,0	6	0,64
23	Łomżyńskie	698	217,7	612	188,7	395	121,5	3	0,92
24	Miejskie łódzkie	2.158	196,3	1.587	141,9	1.514	134,7	18	1,60
25	Nowosądeckie	1.646	274,8	931	150,2	892	142,5	4	0,64
26	Olsztyńskie	1.299	198,6	1.128	167,5	1.113	164,1	2	0,29
27	Opolskie	2.079	214,1	1.425	147,1	1.172	120,8	4	0,41

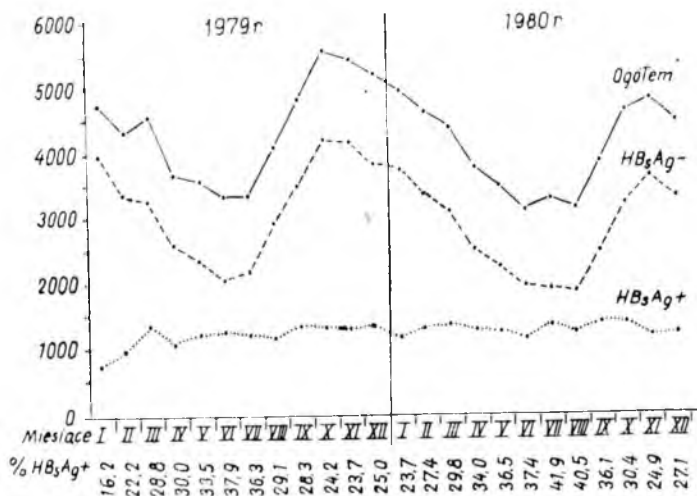
28	Ostrołęckie	843	231,7	688	187,5	939	253,4	5	1,35
29	Piłskie	778	185,5	722	179,7	861	198,1	4	0,92
30	Piotrkowskie	1.349	231,1	1.155	192,9	1.061	176,1	7	1,16
31	Płockie	1.109	227,3	834	170,0	720	185,5	3	0,61
32	Poznańskie	1.862	159,0	1.280	105,3	1.074	87,2	19	1,54
33	Przemyskie	1.126	300,0	342	90,5	398	105,0	2	0,53
34	Radomskie	1.196	182,4	823	118,3	1.030	147,1	7	1,00
35	Rzeszowskie	1.514	246,8	505	79,3	328	50,9	5	0,78
36	Siedleckie	1.492	248,3	767	125,1	703	114,3	6	0,98
37	Sieradzkie	892	230,8	605	154,5	531	135,6	1	0,26
38	Skierniewickie	926	237,8	610	154,7	498	125,8	5	1,26
39	Słupskie	1.035	290,7	884	243,3	612	166,3	7	1,90
40	Suwalskie	867	208,5	831	198,7	608	144,4	—	—
41	Szczecińskie	1.567	182,1	1.087	123,1	767	85,8	4	0,45
42	Tarnobrzeskie	1.011	188,3	832	151,5	637	114,8	4	0,72
43	Tarnowskie	1.272	218,6	886	147,8	600	99,3	3	0,50
44	Toruńskie	1.226	207,6	928	203,4	741	121,8	9	1,48
45	Wałbrzyskie	1.699	239,0	1.453	154,2	1.036	144,8	4	0,56
46	Wrocławskie	755	186,7	525	127,0	543	131,6	7	1,70
47	Wrocławskie	1.899	184,1	1.152	108,8	1.292	120,6	3	0,28
48	Zamojskie	1.141	242,1	1.059	224,7	892	189,1	7	1,48
49	Zielonogórskie	1.393	238,9	693	115,4	812	133,8	3	0,49

łęckim, pilskim, płockim, przemyskim, radomskim, wrocławskim, wrocławskim, zielonogórskim (tab. I).

Krzywa sezonowa zachorowań na wzv w 1980 r. wykazywała mniejsze różnice niż krzywe z lat poprzednich. Obniżenie liczby zachorowań w 1980 r. w stosunku do 1979 nastąpiło w okresie jesienno-zimowego nasilenia sezonowego zachorowań (ryc. 2). Do końca lipca zanotowano zbliżone liczby zachorowań (w 1979 r. — 27 466 a w 1980 — 27 680). Róż-



Ryc. 2. Sezonowy rozkład zachorowań na wzv w Polsce w latach 1976—80.



Ryc. 3. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w latach 1979—1980. Sezonowość zachorowań ogółem, z wykrytym HBsAg i osób, u których nie wykryto HBsAg.

nice sezonowe zachorowań na wzv są wynikiem różnic w liczbach zachorowań na wzv osób, u których nie wykryto antygeny HBs (ryc. 3).

Z danych uzyskanych z terenów wytypowanych do pogłębionej analizy epidemiologicznej wynika, że podobnie jak w poprzednich latach najwyższa zapadalność występowała wśród dzieci i młodzieży w wieku

Tabela II. Wirusowe zapalenie wątroby na wybranych terenach Polski w 1980 roku. Zapadalność na 100.000 i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	zapad.	%	zapad.	%	zapad.	%
0—4	58,0	3,5	61,7	4,0	54,1	3,1
0	18,6	0,2	23,3	0,3	13,5	0,2
1	19,7	0,3	25,2	0,4	13,9	0,2
2	50,6	0,6	63,1	0,8	37,1	0,4
3	82,1	0,9	82,7	1,0	81,5	0,8
4	131,2	1,5	126,0	1,5	136,7	1,5
5—9	250,0	13,0	255,5	14,1	244,3	12,0
5	174,7	1,9	173,5	2,0	175,9	1,7
6	224,8	2,4	217,9	2,5	231,9	2,4
7	282,1	2,8	312,7	3,3	250,4	2,4
8	288,4	2,9	301,2	3,2	275,0	2,7
9	287,4	2,9	281,7	3,0	294,2	2,8
10—14	204,7	10,9	200,0	11,3	209,7	10,6
15—19	140,8	9,2	149,0	10,3	132,4	8,1
20—24	159,1	11,2	123,6	9,1	195,7	13,0
25—29	161,1	10,0	147,2	9,6	175,3	10,4
30—34	183,9	7,4	166,2	6,9	201,7	7,8
35—39	95,2	4,0	99,3	4,3	91,2	3,7
40—44	102,8	4,6	99,1	4,5	106,5	4,6
45—49	107,1	4,8	111,4	5,1	103,0	4,6
50—54	144,6	5,8	149,8	5,7	140,2	6,0
55—59	173,2	4,6	174,9	4,4	171,7	4,9
60≤	115,4	10,9	134,8	10,7	102,3	11,2
b.d.	—	0,1	—	0,1	—	0,1
Ogółem	143,6	100,0	142,4	100,0	144,7	100,0

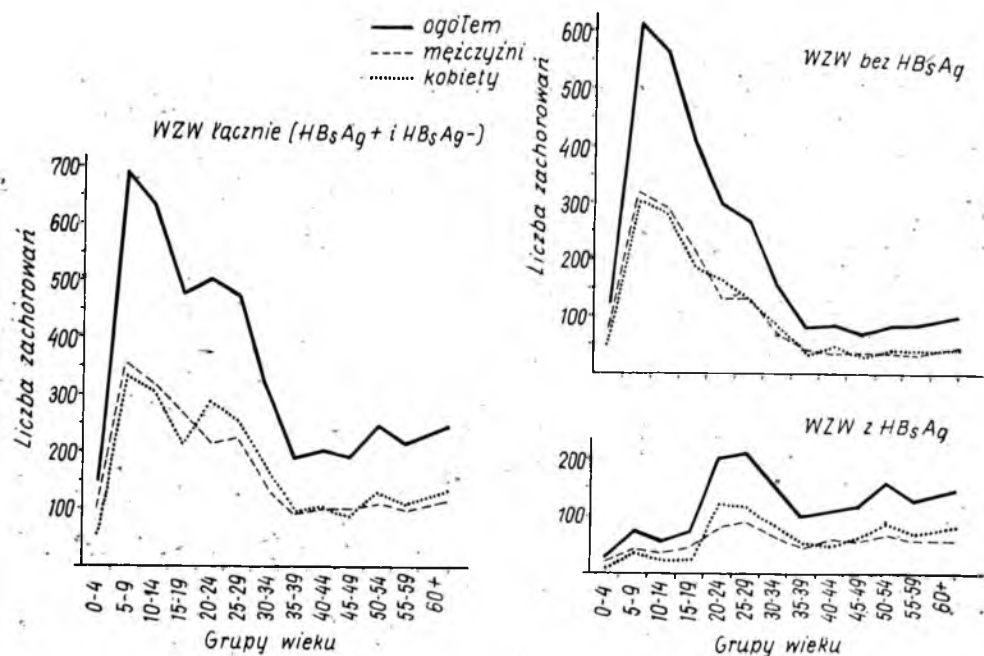
od 6 do 14 lat (tab. II). Zapadalność dzieci w wieku 5—9 lat, osób w wieku 30—34 lata i powyżej 50 roku życia uległa zwiększeniu w stosunku do zapadalności notowanej w 1979 r. Najbardziej intensywny jest wzrost zapadalności osób w wieku 30—34 lat (tab. III).

W odróżnieniu do poprzednich lat zapadalność kobiet (144,7) była wyższa od zapadalności mężczyzn (142,4). Zostało to spowodowane znaczną przewagą w zapadalności kobiet nad zapadalnością mężczyzn w wieku od 20 do 34 lat (tab. II). Przewaga ta występowała głównie na terenie miast. Na wsi sytuacja przedstawiała się odmiennie — zapadalność kobiet (128,0) była niższa niż mężczyzn (135,5).

Wysokie liczby zachorowań na wzv dzieci i młodzieży są wynikiem zachorowań na wzv bez wykrytego antygeny HBs we krwi (ryc. 4).

Tabela III. Wirusowe zapalenie wątroby na wybranych terenach w Polsce. Zapadalność na 100.000 w latach 1978, 1979 i 1980 oraz procent spadku lub wzrostu zapadalności

Wiek	Zapadalność			% spadku lub wzrostu zapadalności	
	1978	1979	1980	1978—1980	1979—1980
0—4	96	61	58	—39,6	—4,9
5—9	376	246	250	—33,5	+1,6
10—14	350	210	205	—41,4	—2,4
15—19	222	147	141	—36,5	—4,1
20—24	197	160	159	—19,3	—0,6
25—29	186	163	161	—13,4	—1,2
30—34	187	155	184	—1,6	+18,7
35—39	108	100	95	—12,0	—5,0
40—44	113	117	103	—8,8	—12,0
45—49	130	118	107	—17,7	—9,3
50—54	150	134	145	—3,3	+8,2
55—59	191	172	173	—9,4	+0,6
60 i	128	113	115	—10,2	+1,8
Ogółem	187,1	144,1	143,6	—23,2	—0,3



Ryc. 4. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w 1980 r. Zachorowania w zależności od wieku.

Tabela IV. Wirusowe zapalenie wątroby na wybranych terenach w Polsce. Zapadalność na 100.000 w 1978, 1979 i 1980 r. oraz spadek zapadalności.

Środowisko	Zapadalność			% spadku zapadalności	
	1978	1979	1980	1978—1980	1979—1980
Miasta razem	175	151	153	-12,6	+1,3
do 20 tys.	170	164	159	-6,5	-3,0
20—50 tys.	181	146	141	-22,1	-3,4
50—100 tys.	122	89	114	-6,6	+28,1
powyżej 100 tys.	206	181	179	-13,1	-1,1
Wieś	201	136	132	-34,3	-2,9
Ogółem	187,1	144,1	143,6	-23,2	-0,3

W r. 1980 podobnie jak w roku poprzednim zapadalność w mieście (153) była wyższa niż na wsi (132). Wystąpił znaczny wzrost zapadalności w miastach liczących od 50 do 100 tys. mieszkańców (o 28%) co rzutowało na wzrost o 1,3% zapadalności we wszystkich miastach w stosunku do 1979 r. (tab. IV).

W roku 1980 zmarły z powodu wzv 343 osoby, tj. o 4 osoby więcej niż w 1979 r. Umieralność zarówno w 1979 jak i w 1980 r. wynosiła 0,96 na 100 000. W stosunku do lat poprzednich zanotowano dalszy wzrost śmiertelności. Wyniosła ona w 1980 r. 0,71%. Na terenie miast zmarło 223 osoby (65%) a na wsiach 120 (35%). Zanotowano 210 zgonów mężczyzn (61,2%) i 133 zgony kobiet (38,8%). Wobec niewielkich różnic w zapadalności i liczbach zachorowań śmiertelność była znacznie wyższa wśród mężczyzn. Wysokie liczby zgonów zanotowano wśród ludzi w starszym wieku, np. wśród osób starszych od 50 lat — 262 zgony (76,4%). Zanotowano 11 zgonów wśród niemowląt. Na 33 zgony wśród osób w wieku 20—34 lata 21 dotyczyło kobiet (63,6%).

W oparciu o analizę 10% wywiadów epidemiologicznych z wzv w 1980 r. stwierdzono, że na 4 882 chorych zmarło 33 (0,68%). Wśród nich było 19 osób ze stwierdzonym antygenem HBs we krwi (śmiertelność 1,09%) i 13 bez tego antygeny (0,46%). Najwyższą umieralność na wzv (powyżej 1,50 na 100 000) stwierdzono w województwach: częstochowskim, elbląskim, katowickim, kieleckim, łódzkim, poznańskim, śląskim, wrocławskim (tab. I).

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY — TYP B (zachorowania z HBsAg+)

W roku 1980 zarejestrowano 16 089 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby z wykrytym we krwi antygenem HBs (wzv HBsAg+ — wzv B), tj. o 634 zachorowania (4,1%) więcej niż w 1979 r. Zapadalność — 45,5 na 100 000 była nieznacznie wyższa niż w 1979 r. — 43,6 (tab. V). Wzrósł również udział procentowy zachorowań na wzv B w

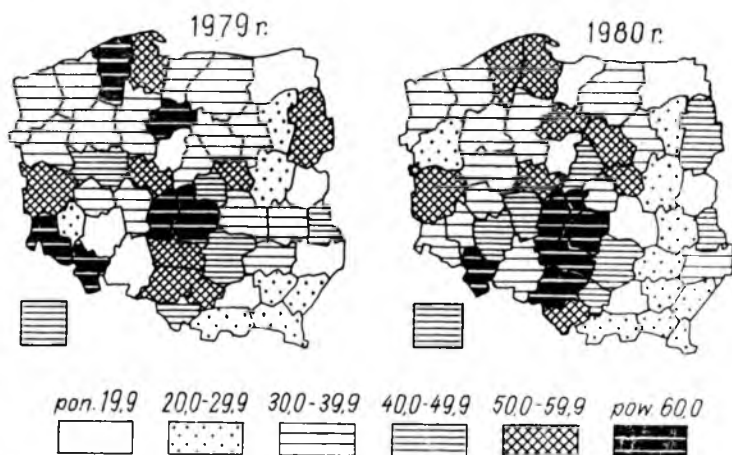
Tabela V. Wirusowe zapalenie wątroby z wykrytym HBsAg+ w latach 1979—1980

Lp.	Województwo	HBsAg+ — 1979			HBsAg+ — 1980		
		liczba zachorowań	%	zapa-daln.	liczba zachorowań	%	zapa-daln.
POLSKA		15.345	29,5	43,6	16.089	33,3	45,5
1	St. warszawskie	1.264	45,9	55,6	1.186	43,2	51,8
2	Białskopodlaskie	1	0,3	0,4	3	0,6	1,1
3	Białostockie	337	22,3	53,2	276	25,5	43,4
4	Bielskie	389	33,1	47,8	414	10,2	50,5
5	Bydgoskie	380	26,3	37,2	331	26,6	32,2
6	Chełmskie	103	32,4	45,1	95	22,9	41,5
7	Ciechanowskie	146	18,6	36,3	241	23,1	59,8
8	Częstochowskie	379	32,8	50,9	481	37,7	64,5
9	Elbląskie	143	16,7	32,9	214	27,3	49,1
10	Gdańskie	747	46,6	57,3	699	39,6	53,2
11	Gorzowskie	164	30,4	36,7	119	24,5	26,5
12	Jeleniogórskie	312	23,6	63,8	169	18,3	34,5
13	Kaliskie	238	20,7	36,1	266	26,0	40,2
14	Katowickie	2.018	43,8	55,4	2.635	53,1	71,7
15	Kieleckie	488	22,7	46,0	449	24,1	42,3
16	Konińskie	236	38,4	54,1	258	44,1	59,0
17	Koszalińskie	180	16,8	39,7	157	20,8	34,4
18	Miejskie krakowskie	591	43,6	51,5	504	38,5	43,7
19	Krośnieńskie	131	21,0	29,7	108	22,0	24,4
20	Legnickie	121	20,8	27,2	158	30,6	35,2
21	Leszczyńskie	129	48,9	36,5	116	39,7	32,7
22	Lubelskie	292	21,4	31,8	232	16,8	25,1
23	Łomżyńskie	75	12,3	23,7	70	17,7	21,6
24	Miejskie łódzkie	852	53,7	76,3	760	50,2	67,7
25	Nowosądeckie	131	14,1	21,1	167	18,7	26,8
26	Olsztyńskie	208	18,4	30,9	254	22,8	37,6
27	Opolskie	106	7,4	10,9	377	32,2	38,9
28	Ostrołęckie	136	19,8	37,1	112	11,9	30,4
29	Piłskie	135	17,5	31,4	166	19,3	38,5
30	Piotrkowskie	520	45,0	86,9	558	52,6	93,0
31	Płockie	170	20,4	34,7	229	31,8	46,5
32	Poznańskie	538	42,0	44,3	477	44,4	39,0
33	Przemyskie	83	24,3	22,0	78	19,6	20,9
34	Radomskie	261	31,7	37,5	249	24,2	19,2
35	Rzeszowskie	135	26,7	21,2	123	37,5	24,8
36	Siedleckie	159	20,7	25,9	152	21,6	24,8
37	Sieradzkie	249	41,2	63,4	295	55,6	75,2
38	Skierniewickie	189	31,0	47,9	144	18,9	36,5
39	Słupskie	224	25,3	61,7	213	34,8	58,4
40	Suwalskie	81	9,7	19,4	71	11,7	16,9
41	Szczecińskie	304	28,0	34,4	273	35,6	30,8
42	Tarnobrzeskie	177	21,3	32,2	143	22,4	26,0
43	Tarnowskie	72	8,1	12,0	106	17,7	17,6
44	Toruńskie	408	44,0	67,8	328	44,3	54,3
45	Wałbrzyskie	446	30,7	62,4	548	52,9	76,6
46	Wrocławskie	60	11,4	14,5	48	18,0	11,6
47	Wrocławskie	494	42,9	46,7	472	36,5	44,3
48	Zamojskie	×	×	×	158	17,7	33,5
49	Zielonogórskie	342	49,3	57,0	357	44,0	59,2

ogólnej liczbie zachorowań na wzv. Według danych sprawozdawczych — w 1979 r. wynosił on 29,5%, a w 1980 r. 33,3%. Jak wynika z analizy 10% wywiadów epidemiologicznych w 1980 r. u 5,0% chorych na wzv nie przeprowadzono badań w kierunku antygenu *HBs* (w 1979 r. u 8,0%). U pozostałych 36,2% wykryto, a u 58,8% nie wykryto antygenu *HBs*.

Odsetek zachorowań na wzv *HBsAg+* w stosunku do wszystkich zachorowań na wzv wynosił na wybranych terenach Polski 37,9% i był wyższy niż w 1979 r. (32,1%). Wzrost liczby, zapadalności i odsetka zachorowań z antygenem *HBs* w 1980 r. w stosunku do 1979 r. w pewnym stopniu może być wynikiem objęcia badaniem w kierunku antygenu *HBs* większego odsetka chorych na wzv, a także wynikiem rzeczywistego wzrostu liczby zachorowań.

Zapadalność w kraju wahała się w granicach od 1,1, w województwie białkopodlaskim gdzie praktycznie nie przeprowadzano badań, do 93,0 w województwie piotrkowskim (tab. V). Wysoka zapadalność, powyżej 60,0 wystąpiła w 6 województwach (piotrkowskie 93,0, wałbrzyskie 76,6, sieradzkie 75,2, katowickie 71,7, miejskie łódzkie 67,7 i częstochowskie 64,5). Z tych województw 3 (łódzkie, piotrkowskie i sieradzkie) należały do województw o wysokiej zapadalności również w 1979 r. (ryc. 5) przy czym w województwach sieradzkim i piotrkowskim za-



Ryc. 5. Wirusowe zapalenie z wykrytym antygenem *HBs* w Polsce w latach 1979—1980. Zapadalność na 100 000.

padalność jeszcze wzrosła w porównaniu do poprzedniego roku; odpowiednio z 63 na 75 i z 87 na 93 (tab. V).

Udział zachorowań na wzv *HBsAg+* w ogólnej liczbie zachorowań na wzv wahał się w granicach od 0,6% w województwie białkopodlaskim do 55,6% w województwie sieradzkim. Pięćdziesiąt i więcej procent zachorowań na wzv *HBsAg+* stwierdzono w 5 województwach: sieradzkim 55,6%, katowickim 53,1%, wałbrzyskim 52,9%, piotrkowskim 52,6%, miejskim łódzkim 50,2%, a w granicach 43—44% również w 5 województwach: zielonogórskim, poznańskim, toruńskim, konińskim, warszawskim.

Tak jak w roku poprzednim nie stwierdzono sezonowości zachorowań na wzv z wykrytym antygenem HBs (ryc. 3). Krzywa sezonowa jest płaska.

Podobnie jak w latach ubiegłych większość zachorowań z antygenem HBs przypadała na grupy wieku 20—24 i 25—29 lat — zwłaszcza wśród kobiet (ryc. 4).

Z danych uzyskanych z wybranych terenów Polski wynika, że zapadalność na wzv HBsAg+ była w 1980 r. nieznacznie wyższa wśród kobiet (55,5) niż wśród mężczyzn (53,2). Przewaga zapadalności kobiet była wyraźnie zaznaczona w wieku od 20 do 34 lat, to jest w wieku roz-

Tabela VI. Wirusowe zapalenie wątroby HBsAg+ w 1980 r. na wybranych terenach w Polsce. Zapadalność na 100.000 i odsetek zachorowań na wzv HBsAg+ w stosunku do wszystkich zachorowań na wzv według płci i wieku

Wiek	Zapadalność			Odsetek *		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
0—4	11,9	15,0	8,6	20,4	24,3	15,8
5—9	28,7	35,3	21,8	11,5	13,8	8,9
10—14	23,0	25,9	20,2	11,2	13,0	9,6
15—19	26,2	28,6	23,7	18,6	19,2	17,9
20—24	64,4	41,6	88,0	40,5	33,7	45,0
25—29	71,3	67,3	75,4	44,3	45,7	43,0
30—34	88,3	81,7	94,9	43,0	49,2	47,1
35—39	53,1	54,8	51,4	55,8	55,2	56,4
40—44	59,6	59,9	59,3	57,9	60,4	55,7
45—49	64,1	68,5	59,9	59,8	61,5	58,1
50—54	81,9	93,8	82,9	60,8	62,6	59,1
55—59	101,6	101,3	101,6	58,7	58,3	59,0
60 i	65,8	73,3	60,8	57,0	54,4	59,4
Ogółem	54,4	53,2	55,5	37,9	37,4	38,4

*) Odsetek zachorowań na wzv HBsAg+ w stosunku do wszystkich zachorowań na wzv w danej grupie płci i wieku

rodczym (tab. VI). Najwyższą zapadalność notowano w wieku 55—59 lat — 101,6 oraz w wieku 30—34 lata — 88,3, natomiast stosunkowo niska zapadalność (poniżej 30 na 100 000) występowała w wieku od 0 do 19 lat. Na wybranych terenach stwierdzono, że odsetek zachorowań z *HBsAg* w stosunku do wszystkich zachorowań na wzv był najniższy dla osób w wieku 5—14 lat — 11,2—11,5%. Poczynając od 35 roku życia przekraczał 50% wszystkich zachorowań na wzv, osiągając 61% w wieku 50—54 lata (tab. VI).

Bardzo interesujące i wymagające przeprowadzenia szerszej analizy jest zachowanie się udziału zachorowań ze stwierdzonym antygenem *HBs* w poszczególnych rocznikach dzieci w grupie wieku 0—4 lata. W roczniku 0 (0—12 m. ż.) przypadki z wykrytym *HBsAg* stanowią 29%, wśród dzieci jednorocznych aż 50%, wśród dzieci dwuletnich — 35,5% i wśród trzyletnich — 15,1%.

W mieście odsetek przypadków wzv z wykrytym *HBsAg* (43,4%) był znacznie wyższy niż na wsi (30,1%) (tab. VII). Najwyższa zapadalność

Tabela VII. Wirusowe zapalenie wątroby na wybranych terenach Polski w 1980 r. Zapadalność na 100.000 i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	M	K	M	K	M	K
Zapadalność na 100.000	148,2	158,1	135,5	128,0	142,4	144,7
%	46,3	53,7	50,8	49,2	48,2	51,8
Zapadalność na 100.000	153,4		131,7		143,5	
%	58,4		41,6		100,0	

Zapadalność na 100.000 wg płci i środowiska oraz liczby ludności w miastach

	Ogółem	Miasta					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
M	142,4	148,2	154,3	131,3	108,7	175,9	135,5
K	144,7	158,1	163,8	150,8	117,8	181,2	128,0
Ogółem	143,5	153,4	159,3	141,4	113,5	178,7	131,7

— 92 na 100 000 wystąpiła w miastach o ludności powyżej 100 tys. mieszkańców. W tej wielkości miastach zachorowania z wykrytym HBsAg stanowiły 51,3% ogółu zachorowań na wzv (dla porównania na wsi — 30,1%).

Z powyższej analizy wynika, że w 1980 r. obserwowano dalszą poprawę sytuacji epidemiologicznej wzv spowodowaną spadkiem liczb zachorowań na postacię inne niż B, należy przypuszczać — głównie na typ A. Liczba zachorowań na typ B utrzymuje się nadal na wysokim poziomie wykazując nawet nieznaczny wzrost. Cięższy pod względem klinicznym przebieg tych zachorowań z występowaniem poważnego charakteru następstw chorobowych jest przyczyną utrzymywania się wysokich rejestrowanych liczb zgonów i narastającej śmiertelności z wzv.

W związku z tym konieczne jest nasilenie akcji profilaktycznej przeciw zakażeniom wzv typ B, zwłaszcza na terenach i wśród grup osób gdzie zapadalność jest szczególnie wysoka np. wśród małych dzieci i kobiet w wieku rozrodczym.

Źródła:

1. Meldunki o zgłoszonych zachorowaniach na choroby zakaźne (dwutygodniowe informacje) — 1980 rok.

2. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. Roczny Biuletyn, lata 1974—1980.

3. Dane z terenu wybranych losowo stacji sanitarno-epidemiologicznych za lata 1979 i 1980.

4. Dane z 10% wywiadów epidemiologicznych o zachorowaniach na wirusowe zapalenie wątroby nadesłanych przez wszystkie terenowe stacje sanitarno-epidemiologiczne — lata 1979 i 1980.

Д. Нарушевич-Лесюк, В. Магдзик

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

D. Naruszewicz-Lesiuk, W. Magdzik

VIRAL HEPATITIS

Zbigniew Anusz

MONONUKLEOZA ZAKAŻNA — 1980 ROK

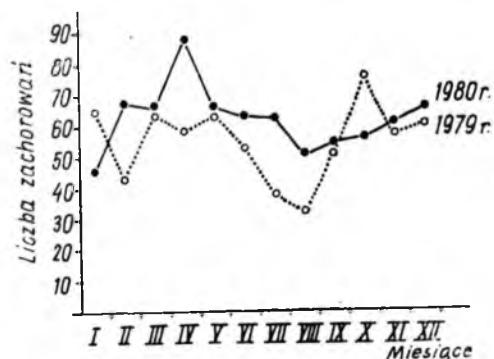
W latach 1972—1979 notowano rocznie od 617 (1973 r.) do 698 (1977 r.) zachorowań; zapadalność od 1,8 do 2,0 na 100 000 mieszkańców.

W roku 1980 zgłoszono 754 zachorowań, zapadalność wynosiła 2,1 na 100 000 i była wyższa od zapadalności w 1979 roku (1,9), jak również od mediany w latach 1972—1980, która wynosiła 678 zachorowań (tabela I).

W porównaniu z danymi z ubiegłych pięciu lat do wzrostu zapadalności doszło w 7 województwach, a do spadku w 5. Najwyższą zapadalność obserwowano w województwach: płockim — 7,5 (w ubiegłym roku 4,1), st. warszawskim — 6,6 (6,5), skierniewickim — 5,3 (3,8), szczecińskim — 5,6 (2,5), m. łódzkim — 5,1 (4,7), krośnieńskim — 4,0 (0,2), gdańskim — 3,5 (4,7), wrocławskim — 3,3 (2,5), m. krakowskim — 3,4 (2,7), lubelskim — 3,0 (1,4).

Nie notowano zachorowań w 4 województwach: ciechanowskim, jeleńskim, konińskim, legnickim.

Sezonowy rozkład zachorowań przedstawia rycina 1. Wyraźnej sezonowości zachorowań nie obserwowano.



Ryc. 1. Mononukleozę zakaźną w Polsce. Sezonowość zachorowań w latach 1979—1980.

W latach 1972—1980 notowano 4 zgony (1 w 1973 r. w grupie wieku 60—64, 1 w 1978 r. — 70—74, 1 w 1979 — 65—69 i 1 w 1980 r.). Hospitalizowano od 67,6 (1980 r.) do 74,6% (1977 r.). W 1980 roku hospitalizowano wszystkich chorych w województwach: bydgoskim, gorzowskim, łódzkim, siedleckim i toruńskim.

З. А н у ш

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Z. Anusz

INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

Tabela I. Mononukleozą zakaźną w Polsce w latach 1975—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według województw

Lp.	Województwo	1975—1977 Mediana		1978		1979		1980	
		Liczba zach.	Zapa- dalność	Liczba zach.	Zapa- ność	Liczba zach.	Zapa- dalność	Liczba zach.	Zapa- dalność
	POLSKA	679	2,0	676	1,9	670	1,9	754	2,1
1	St. warszawskie	177	8,1	135	6,0	148	6,5	152	6,6
2	Białkopodlaskie	3	1,1	2	0,7	5	1,8	5	1,7
3	Białostockie	2	0,3	5	0,8	—	—	3	0,5
4	Bielskie	3	0,4	4	0,5	8	1,0	2	0,2
5	Bydgoskie	10	1,0	15	1,5	23	2,2	16	1,5
6	Chełmskie	5	2,3	7	3,1	7	3,1	3	1,3
7	Ciechanowskie	7	1,8	—	—	4	1,0	—	—
8	Częstochowskie	7	1,0	8	1,1	8	1,1	9	1,2
9	Elbląskie	3	0,7	2	0,5	4	0,9	2	0,5
10	Gdańskie	32	2,5	32	2,4	61	4,7	47	3,5
11	Gorzowskie	1	0,2	1	0,2	2	0,4	2	0,4
12	Jeleniogórskie	1	0,2	1	0,2	1	0,2	—	—
13	Kafiskie	3	0,5	6	0,9	4	0,6	9	1,4
14	Katowickie	45	1,3	52	1,4	31	0,8	31	0,8
15	Kieleckie	27	2,6	29	2,8	30	2,8	28	2,6
16	Konińskie	4	0,9	3	0,7	5	1,1	—	—
17	Koszalińskie	6	1,4	7	1,6	—	—	11	2,4
18	Miejskie krakowskie	34	3,0	47	4,1	31	2,7	39	3,4
19	Krośnieńskie	6	1,4	1	0,2	1	0,2	18	4,0
20	Legnickie	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Leszczyńskie	1	0,3	2	0,6	—	—	4	1,1
22	Lubelskie	16	1,8	20	2,2	13	1,4	28	3,0
23	Łomżyńskie	4	1,2	1	0,3	3	0,9	2	0,6
24	Miejskie łódzkie	48	4,5	52	4,7	53	4,7	57	5,1
25	Nowosądeckie	3	0,5	5	0,8	3	0,5	1	0,2
26	Olsztyńskie	5	0,7	7	1,0	2	0,3	6	0,9
27	Opolskie	16	1,7	12	1,2	18	1,9	14	1,4
28	Ostrołęckie	4	1,1	5	1,4	5	1,4	10	2,7
29	Piłskie	—	—	1	0,2	1	0,2	2	0,5
30	Piotrkowskie	7	1,2	11	1,9	11	1,8	10	1,7
31	Płockie	19	3,9	21	4,3	20	4,1	37	7,5
32	Poznańskie	16	1,4	19	1,6	16	1,3	17	1,4
33	Przemyskie	2	0,5	1	0,3	3	0,8	6	1,6
34	Radomskie	8	1,2	2	0,3	4	0,6	7	1,0
35	Rzeszowskie	10	1,6	12	1,9	13	2,0	11	1,7
36	Siedleckie	7	1,2	4	0,7	4	0,7	6	1,0
37	Sieradzkie	7	1,8	5	1,3	6	1,5	7	1,8
38	Skierniewickie	6	1,5	10	2,5	15	3,8	21	5,3
39	Słupskie	6	1,7	4	1,1	6	1,7	7	1,3
40	Suwalskie	2	0,5	4	1,0	6	1,4	6	1,4
41	Szczecińskie	26	3,1	32	3,6	22	2,5	50	5,6
42	Tarnobrzeskie	1	0,2	10	1,8	5	0,9	3	0,5
43	Tarnowskie	2	0,3	5	0,8	2	0,3	2	0,3
44	Toruńskie	8	1,4	10	1,7	9	1,5	7	1,1
45	Wałbrzyskie	6	0,8	1	0,1	3	0,4	1	0,1
46	Włocławskie	4	1,0	9	2,2	4	1,0	12	2,9
47	Wrocławskie	35	3,4	43	4,1	26	2,5	35	3,3
48	Zamojskie	1	0,2	6	1,3	4	0,8	3	0,6
49	Zielonogórskie	2	0,3	5	0,8	20	3,3	5	0,8

Zbigniew Anusz

TĘŻEC — 1980 ROK

W roku 1980 zgłoszono 81 zachorowań na tężec licząc według dat zachorowań (tab. I) o 20 zachorowań mniej niż w roku 1979 i o 30 zachorowań mniej w porównaniu do mediany za lata 1974—1978. Zapadalność wynosiła 0,2 na 100 000 mieszkańców. Dane te nieznacznie odbiegają od danych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej liczonych według dat rejestracji (89 zachorowań).

Najwyższą zapadalność zarejestrowano w województwach: przemyskim (1,3), nowosądeckim (1,1), krośnieńskim (0,9), rzeszowskim (0,9), tarnowskim (0,9); sieradzkim (0,7). Ponadto zapadalność przekraczającą średnią krajową stwierdzono jeszcze w 9 województwach.

Nie notowano zachorowań w 18 województwach (w 1979 roku w 15 województwach): chełmskie, ciechanowskie, elbląskie, kaliskie, koszalińskie, legnickie, łomżyńskie, olsztyńskie, pilskie, piotrkowskie, płockie, radomskie, skierniewickie, słupeckie, szczecińskie, toruńskie, wrocławskie, wrocławskie. (tab. I).

Spadek zapadalności w stosunku do roku poprzedniego obserwowano w 22 województwach: białkopodlaskim, białostockim, bielskim, chełmskim, ciechanowskim, częstochowskim, elbląskim, kaliskim, koszalińskim, miejskim krakowskim, leszczyńskim, nowosądeckim, piotrkowskim, plocim, radomskim, siedleckim, słupeckim, tarnowskim, tarnobrzescim, wrocławskim, zamojskim, a szczególnie wyraźny spadek zapadalności osiągnięto w województwach: bielskim, częstochowskim, piotrkowskim, tarnobrzescim i toruńskim (tab. I).

Wzrost zapadalności notowano w 10 województwach: warszawskim, krośnieńskim, lubelskim, opolskim, poznańskim, przemyskim, rzeszowskim, sieradzkim, wałbrzyskim, zieloogórskim, a szczególnie wyraźny w województwach: warszawskim, krośnieńskim, lubelskim, opolskim, poznańskim, przemyskim. Służba przeciwepidemiczna tych terenów winna zwrócić na to zjawisko baczną uwagę, obserwacje te świadczyć mogą o niedociągnięciach w wykonywaniu szczepień. Na terenach tych należy nasilić akcję szczepień zapobiegawczych anatoksyną tężcową wśród dorosłych.

Na wsi zarejestrowano 81,5% ogółu zachorowań a w miastach 18,5%. Zapadalność była znacznie wyższa na wsi (0,4/100 000) niż w mieście (0,1) (tab. II).

Najwyższa zapadalność występowała w wieku powyżej 60 roku życia (58,0%, zap. 1,0) oraz w grupie wieku 50—59 (23,5%, zap. 0,5). W grupie wieku od 0 do 24 roku życia (tab. III) były 2 zachorowania na tężec. Świadczy to o niewłaściwym wykonawstwie szczepień przeciw tężcowi w tej grupie wieku. Zachorowania te wystąpiły w woj. białostockim (Chory J. S., urodzony 17. VII. 1967 r., rana kluta stopy prawej, okres inkubacji 5 dni, przebieg choroby średni: podniesiona temperatura, szczykościsk, drgawki, zaburzenia oddychania. Przebyte szcze-

Tabela I. Tężec w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Lp.	Województwo	1974—1978 mediana		1979		1980	
		liczba zacho- rowań	zapa- dalność	liczba zacho- rowań	zapa- dalność	liczba zacho- rowań	zapa- dalność
	POLSKA	111	0,3	101	0,3	81	0,2
1	St. warszawskie	3	0,13	—	—	3	0,1
2	Białkopodlaskie	1	0,4	2	0,7	1	0,3
3	Białostockie	2	0,3	4	0,6	3	0,4
4	Bielskie	6	0,6	7	0,9	4	0,4
5	Bydgoskie	1	0,1	—	—	1	0,0
6	Chełmskie	—	—	1	0,4	—	—
7	Ciechanowskie	1	0,5	1	0,2	—	—
8	Częstochowskie	4	0,5	4	0,5	2	0,2
9	Elbląskie	—	—	1	0,2	—	—
10	Gdańskie	1	0,1	—	—	1	0,0
11	Gorzowskie	1	0,2	—	—	1	0,2
12	Jeleniogórskie	1	0,2	2	0,4	2	0,4
13	Kaliskie	1	0,1	2	0,3	—	—
14	Katowickie	6	0,2	4	0,1	4	0,1
15	Kieleckie	5	0,5	1	0,1	2	0,1
16	Konińskie	2	0,5	1	0,2	2	0,4
17	Koszalińskie	1	0,2	1	0,2	—	—
18	M. krakowskie	4	0,4	14	1,2	3	0,2
19	Krośnieńskie	4	0,9	2	0,5	4	0,9
20	Legnickie	—	—	—	—	—	—
21	Leszczyńskie	2	0,6	1	0,3	1	0,2
22	Lubelskie	1	0,1	—	—	3	0,3
23	Łomżyńskie	1	0,3	—	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	1	0,1	—	—	1	0,0
25	Nowosądeckie	6	1,0	9	1,4	7	1,1
26	Olsztyńskie	—	—	—	—	—	—
27	Opolskie	3	0,3	1	0,1	4	0,4
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	1	0,2
29	Pilskie	1	0,2	—	—	—	—
30	Piotrkowskie	2	0,3	4	0,7	—	—
31	Płockie	—	—	2	0,4	—	—
32	Poznańskie	1	0,1	1	0,1	3	0,2
33	Przemyskie	2	0,5	2	0,5	5	1,3
34	Radomskie	1	0,1	1	0,1	—	—
35	Rzeszowskie	6	1,0	5	0,8	6	0,9
36	Siedleckie	—	—	2	0,3	1	0,1
37	Sieradzkie	1	0,3	2	0,5	3	0,7
38	Skierniewickie	1	0,3	—	—	—	—
39	Słupskie	1	0,3	1	0,3	—	—
40	Suwalskie	—	—	1	0,2	2	0,4
41	Szczecińskie	1	0,1	—	—	—	—
42	Tarnobrzeskie	1	0,2	5	0,9	1	0,1
43	Tarnowskie	8	1,4	9	1,5	5	0,8
44	Toruńskie	1	0,2	—	—	—	—
45	Wałbrzyskie	1	0,1	1	0,1	2	0,2
46	Włocławskie	1	0,2	—	—	—	—
47	Wrocławskie	2	0,2	4	0,4	—	—
48	Zamojskie	2	0,4	2	0,4	1	0,2
49	Zielonogórskie	2	0,3	1	0,2	2	0,3

Tabela II. Tężec w Polsce w 1980 roku. Zachorowania, zapadalność i zgony wg środowiska

Lp.	Województwo	Wieś		Miasto		Liczba zgonów
		liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	
POLSKA		66	0,4	15	0,07	41
1	St. warszawskie	—	—	3	0,1	2
2	Białkopodlaskie	1	0,4	—	—	1
3	Białostockie	2	0,6	1	0,2	—
4	Bielskie	4	0,9	—	—	2
5	Bydgoskie	1	0,2	—	—	—
6	Chełmskie	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	—
8	Częstochowskie	2	0,5	—	—	2
9	Elbląskie	—	—	—	—	—
10	Gdańskie	—	—	1	0,0	1
11	Gorzowskie	1	0,5	—	—	1
12	Jeleniogórskie	1	0,5	1	0,3	—
13	Kaliskie	—	—	—	—	—
14	Katowickie	3	0,6	1	0,03	3
15	Kieleckie	2	0,3	—	—	1
16	Konińskie	2	0,7	—	—	1
17	Kozalińskie	—	—	—	—	—
18	Miejskie krakowskie	3	0,8	—	—	—
19	Krośnieńskie	4	1,2	—	—	2
20	Legnickie	—	—	—	—	—
21	Leszczyńskie	1	0,5	—	—	1
22	Lubelskie	2	0,4	1	0,2	2
23	Łomżyńskie	—	—	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	1	0,2	—	—	1
25	Nowosądeckie	6	1,4	1	0,4	4
26	Olsztyńskie	—	—	—	—	—
27	Opolskie	4	0,8	—	—	1
28	Ostrołęckie	1	0,3	—	—	—
29	Piłskie	—	—	—	—	—
30	Piotrkowskie	—	—	—	—	—
31	Płockie	—	—	—	—	—
32	Poznańskie	2	0,5	1	0,1	3
33	Przemyskie	5	2,0	—	—	2
34	Radomskie	—	—	—	—	—
35	Rzeszowskie	5	1,1	1	0,4	3
36	Siedleckie	1	0,2	—	—	—
37	Sieradzkie	2	0,7	1	0,8	2
38	Skierniewickie	—	—	—	—	—
39	Słupskie	—	—	—	—	—
40	Suwalskie	2	0,8	—	—	1
41	Szczecińskie	—	—	—	—	—
42	Tarnobrzeskie	—	—	1	0,5	—
42	Tarnowskie	4	0,9	1	0,5	2
44	Toruńskie	—	—	—	—	—
45	Wałbrzyskie	2	1,0	—	—	2
46	Wrocławskie	—	—	—	—	—
47	Wrocławskie	—	—	—	—	—
48	Zamojskie	1	0,2	—	—	1
49	Zielonogórskie	1	0,3	1	0,2	—

Tabela III. Tężec w Polsce w 1980 roku. Zachorowania, zapadalność na 100 000 ludności oraz zgony wg płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni			Kobiety			Razem			
	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zgonów (%)	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zgonów (%)	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	%	liczba zgonów (%)
0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1—4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10—14	2	0,15	—	—	—	—	2	0,08	2,5	—
15—19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20—24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25—29	—	—	—	1	0,06	—	1	0,03	1,2	—
30—39	4	0,18	2 (9,5)	2	0,09	1 (5,0)	6	0,14	7,4	3 (7,3)
40—49	4	0,19	1 (4,8)	2	0,09	1 (5,0)	6	0,14	7,4	2 (4,8)
50—59	9	0,52	5 (23,8)	19	0,49	3 (15,0)	19	0,5	23,5	8 (19,6)
pow. 60	27	1,45	13 (61,9)	20	0,07	15 (75,0)	47	1,01	58,0	28 (68,3)
Razem:	46	0,26	21 (100%)	35	0,19	20 (100%)	81	0,23	100,0	41 (100%)

pienia: Di-Te-Per — 16. XI. 1967, 7. XII. 1967, 18. I. 1968, 23. I. 1970, Di-Te-Ty — 16. VIII. 1973, 3 XI. 1975, wyzdrowienie) i w województwie krośnieńskim (chory R. A., urodzony 16. VII 1966 r. rana żuchwy, okres inkubacji — 15 dni, przebieg choroby ciężki: silne bóle głowy, skurcze mięśni szyi i twarzy. Przebyte szczepienia: 26. X. 66, 26. XI. 66, 27. XII. 68, 2. X. 68, 21. I. 74, 29. XII. 76; wyzdrowienie).

W 1980 roku zarejestrowano 41 zgonów (śmiertelność 50,6%). Wśród osób w wieku powyżej 60 roku życia było 28 zgonów (68,3%), a w tym 15 zgonów kobiet, 13 zgonów mężczyzn (tab. III).

Sezonowy wzrost liczby zachorowań rozpoczął się w lipcu i trwał do grudnia (ryc. 1). W wymienionych 6 miesiącach wystąpiło 59 zachorowań (72,8%). Okres wylegania tężca kształtował się następująco: do 7 dni — u 43,5%, od 8 do 14 dni u 38,5%, od 15 do 21 dni u 11,6%, powyżej 21 dni u 1,4%. Łącznie okres wylegania tężca do 15 dni obejmował 87,0% ogółu chorych.



Ryc. 1. Tężec w Polsce w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

Najczęstsze miejsce zranienia stanowiły kończyny dolne (50,7%) i kończynyn górne (32,0%), następnie głowa (13,3%) i inne (4,0%). Najczęstszy rodzaj zranienia stanowiły rany klute (28,4%), otarcia i pęknięcia naskórka (17,5%), rany cięte (17,5%), następnie rany szarpane (13,5%), rany tłuczone (12,2%) oraz rany ropne (5,4%), rany miażdżone (4,1%) i złamania (1,4%).

W roku 1980 stwierdzono 2 przypadki tężca pooperacyjnego: I przypadek — chory M. B., lat 52, nie szczepiony p/tężcowi. Przyjęty 7. II. 1980 r. na oddział chirurgiczny Woj. Szpitala Zespołonego w Rzeszowie z powodu zgorzeli palców stopy lewej. W dniu 3. IV. 1980 r. u chorego przeprowadzono amputację palucha i II palca stopy lewej. W dniu 12. V. amputowano 1/3 wysokości uda lewego. Pierwsze objawy tężca wystąpiły 21. V. Chory nie otrzymał zapobiegawczo szczepionki i surowicy p/tężcowej: Zgon w dniu 31. V. 1980 r.

II przypadek — chora J. K., lat 72, nie uodporniona p/tężcowi. Dnia 28. IV. 1980 r. usunięto jej ząb. Dnia 6. V. wystąpiły pierwsze objawy

tęzca o średnio-ciężkim przebiegu: duże napięcie mięśni, bez prężeń. Data wyzdrowienia 7. VI. 80 r.

W 1978 roku notowano 5 przypadków zakażeń szpitalnych w tym 4 zakończone zgonem, w 1979 roku nie notowano zakażeń szpitalnych.

З. А н у ш

СТОЛБНЯК

Z. Anusz

TETANUS

Zbigniew Anusz

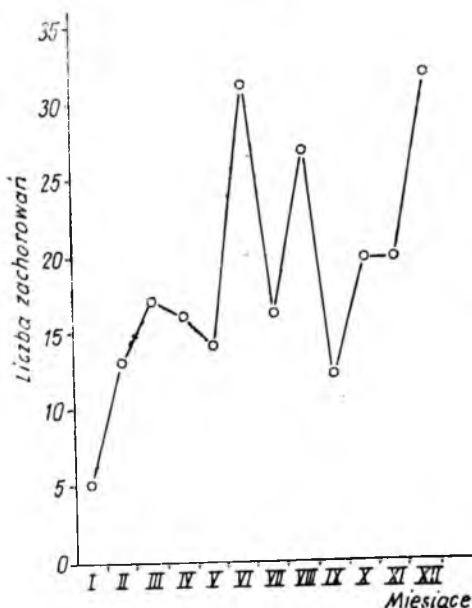
BRUCELOZA I INNE CHOROBY ODZWIERZĘCE — 1980 ROK

BRUCELOZA LUDZI

W roku 1980 zarejestrowano w Polsce 222 zachorowania na brucelozę (0,6 na 100 000 mieszkańców). Hospitalizowano 204 chorych (91,9%). W porównaniu z rokiem poprzednim liczba zachorowań zmalała o 3.

Najwyższą zapadalność obserwowano w województwach zachodnich: poznańskim (3,5), zielonogórskim (3,4), wrocławskim (3,2), szczecińskim (1,3), koszalińskim (2,8), gorzowskim (1,6), jeleniogórskim (1,2). Wysoką zapadalność zanotowano również w województwach: olsztyńskim (3,0), suwalskim (2,1), leszczyńskim (1,7) oraz pilskim (1,4) i konińskim (1,4) (tab. I). Nie notowano zachorowań w 19 województwach.

Zachorowania w zależności od zawodu i płci przedstawia tabela II. Najwięcej zachorowań stwierdzono wśród pracowników oborowych (50,0%), pracowników zakładów mięsnych (19,4%), i służby weterynaryjnej (17,5%). Zapadalność wśród mężczyzn wynosiła 2,6 (85,1%), wśród kobiet 0,4 (14,9%). Częstość zachorowań w poszczególnych miesiącach przedstawia rycina 1. Najwyższe liczby zachorowań rejestrowano w IV (72 przyp.), II (61 przyp.) i III (54 przyp.) kwartale. Zarejestrowano 1 zgon (mężczyzna w grupie wieku 45—49).



Ryc. 1. Brucelozę u ludzi w Polsce w 1980 r. Sezonowość zachowań.

Tabela I. Brucelozą w Polsce w latach 1976—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według województw

Lp.	Województwo	1976—1978 mediana		1979		1980	
		liczba zach.	zapadal- ność	liczba zach.	zapadal- ność	liczba zach.	zapadal- ność
	POLSKA	257	0,7	225	0,6	222	0,6
1	St. warszawskie	4	0,2	2	0,1	4	0,2
2	Białkopodlaskie	—	—	—	—	—	—
3	Białostockie	1	0,2	—	—	—	—
4	Bielskie	—	—	—	—	1	0,1
5	Bydgoskie	8	0,8	3	0,3	2	0,2
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	1	0,2	—	—	1	0,3
8	Częstochowskie	—	—	—	—	—	—
9	Elbląskie	—	—	—	—	—	—
10	Gdańskie	—	—	3	0,2	—	—
11	Gorzowskie	7	1,6	18	4,0	7	1,6
12	Jeleniogórskie	16	3,3	5	1,0	6	1,2
13	Kaliskie	3	0,5	1	0,1	4	0,6
14	Katowickie	3	0,1	2	0,05	2	0,1
15	Kieleckie	1	0,1	—	—	—	—
16	Konińskie	8	1,9	3	0,7	6	1,4
17	Koszalińskie	8	1,8	23	5,1	13	2,8
18	M. krakowskie	—	—	—	—	—	—
19	Krośnieńskie	—	—	1	0,2	—	—
20	Legnickie	6	1,4	1	0,2	2	0,4
21	Leszczyńskie	2	0,6	9	2,5	6	1,7
22	Lubelskie	—	—	—	—	1	0,1
23	Łomżyńskie	1	0,3	1	0,3	1	0,3
24	Miejskie łódzkie	3	0,3	4	0,4	2	0,2
25	Nowosądeckie	—	—	1	0,2	—	—
26	Olsztyńskie	17	2,5	7	1,0	20	3,0
27	Opolskie	1	0,1	1	0,1	—	—
28	Ostrołęckie	1	0,3	1	0,3	—	—
29	Piłskie	4	0,9	3	0,7	6	1,4
30	Piotrkowskie	—	—	4	0,7	—	—
31	Płockie	6	1,2	4	0,8	3	0,6
32	Poznańskie	29	2,4	44	3,6	43	3,5
33	Przemyskie	—	—	—	—	1	0,3
34	Radomskie	—	—	1	0,1	1	0,1
35	Rzeszowskie	—	—	1	0,2	1	0,2
36	Siedleckie	—	—	—	—	—	—
37	Sieradzkie	—	—	1	0,3	—	—
38	Skierniewickie	2	0,5	5	1,3	3	0,8
39	Słupskie	10	2,8	2	0,5	1	0,3
40	Suwalskie	1	0,2	5	1,2	9	2,1
41	Szczecińskie	2	0,2	18	2,0	12	1,3
42	Tarnobrzesckie	—	—	—	—	—	—
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—	—
44	Toruńskie	—	—	2	0,3	2	0,3
45	Wałbrzyskie	20	2,8	5	0,7	5	0,7
46	Włocławskie	—	—	—	—	—	—
47	Wrocławskie	44	4,2	27	2,5	34	3,2
48	Zamojskie	—	—	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	17	2,9	17	2,8	23	3,4

Tabela II. Brucelozą u ludzi w Polsce w 1980 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według płci i zawodu

	Zawód									Razem			
	służba weterynaryjna		służba unasielenia	pracownicy oborowi		pracownicy zakładów mięsnych		pracownicy „Bacutilu”	inni	liczba	zapadalność	%	
	lek. wet.	sanit. wet.	inseminator	zootechnicy	inni	lek. wet.	inni	inni					
Mężczyźni	20	18	2	1	87	3	36	3	19	189	2,6	85,1	
Kobiety	—	1	—	—	24	—	4	—	4	33	0,4	14,9	
Razem	liczba	20	19	2	1	111	3	40	3	23	222	(100,0)	
	%	9,0	8,5	0,9	0,5	50,0	1,4	18,0	1,4	10,3		100,0	

Tabela III. Toksoplazmoza w Polsce w latach 1976—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według województw

Lp.	Województwo	1976—1978 mediana		1979		1980	
		liczba zach.	zapa- dalność	liczba zach.	zapa- dalność	liczba zach.	zapa- dalność
	POLSKA	283	0,8	265	0,75	268	0,75
1	St. warszawskie	5	0,2	29	1,3	48	2,08
2	Białkopodlaskie	4	1,4	6	2,1	1	0,35
3	Białostockie	11	1,8	10	1,6	11	1,72
4	Bielskie	—	—	1	0,1	—	—
5	Bydgoskie	—	—	8	0,8	2	0,19
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	2	0,49
8	Częstochowskie	—	—	1	0,1	1	0,13
9	Elbląskie	—	—	—	—	1	0,23
10	Gdańskie	—	—	2	0,1	—	—
11	Gorzowskie	3	0,7	8	1,8	4	0,88
12	Jeleniogórskie	4	0,8	32	6,5	16	3,25
13	Kaliskie	3	0,5	5	0,8	3	0,45
14	Katowickie	2	0,1	1	0,03	—	—
15	Kieleckie	1	0,1	2	0,2	1	0,09
16	Konińskie	1	0,2	1	0,2	—	—
17	Koszalińskie	—	—	—	—	8	1,74
18	M. krakowskie	2	0,2	2	0,2	1	0,09
19	Krośnieńskie	—	—	—	—	—	—
20	Legnickie	1	0,2	2	0,4	—	—
21	Leszczyńskie	1	0,3	1	0,3	2	0,56
22	Lubelskie	—	—	2	0,2	1	0,11
23	Łomżyńskie	4	1,2	5	1,5	3	0,92
24	Miejskie Łódzkie	38	3,4	25	2,2	20	1,78
25	Nowosądeckie	—	—	1	0,2	—	—
26	Olsztyńskie	2	0,3	5	0,7	21	3,10
27	Opolskie	1	0,1	3	0,3	—	—
28	Ostrołęckie	1	0,3	4	1,1	5	1,35
29	Pilskie	2	0,5	1	0,2	1	0,23
30	Piotrkowskie	23	3,9	21	3,5	62	10,29
31	Płockie	1	0,2	7	1,4	4	0,81
32	Poznańskie	7	0,6	11	0,9	8	0,65
33	Przemyskie	—	—	—	—	1	0,26
34	Radomskie	—	—	—	—	6	0,86
35	Rzeszowskie	—	—	—	—	—	—
36	Siedleckie	—	—	10	1,6	3	0,49
37	Sieradzkie	8	2,1	20	5,1	2	0,51
38	Skierniewickie	2	0,5	3	0,8	1	0,25
39	Słupskie	—	—	—	—	1	0,27
40	Suwalskie	2	0,5	7	1,7	1	0,24
41	Szczecińskie	9	1,1	7	0,8	11	1,23
42	Tarnobrzeskie	1	0,2	—	—	2	0,36
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—	—
44	Toruńskie	1	0,2	9	1,5	8	1,31
45	Wałbrzyskie	3	0,4	1	0,1	1	0,14
46	Wrocławskie	1	0,3	3	0,7	1	0,24
47	Wrocławskie	82	7,8	9	0,8	2	0,19
48	Zamojskie	—	—	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	—	—	—	—	2	0,33

Według danych WSSE ogólna liczba narażonych na zakażenie brucelozą w 1980 r. wynosiła 138 904, z których serologicznie przebadano 104 885 (75,5%). W tej grupie służba weterynaryjna stanowiła 7,5% ogółu narażonych, służba unasiwienia 6,2%. Mężczyźni stanowili 62,4% ogółu narażonych, kobiety 37,6%.

Wśród osób narażonych na zakażenie wynik dodatni stwierdzono w odczynie aglutynacji u 1 745 osób (1,8%) w tym 734 kobiet (1,9%) i 1 011 mężczyzn (1,5%); w odczynie wiązania dopełniacza u 590 osób (0,6%) w tym u 201 kobiet (0,5) i 389 mężczyzn (0,6%). Najwyższy odsetek dodatnich wyników serologicznych wśród osób chorych stwierdzono wśród służby weterynaryjnej (odczyn aglutynacji — 2,7%, OWD — 1,0%).

BRUCELOZA ZWIERZĄT

W związku z uznaniem dwóch ostatnich województw (gorzowskiego — 15. II. i zielonogórskiego — 1. X.) za wolne od brucelozy bydła Minister Rolnictwa w komunikacie z dnia 3 października 1980 r. (Dz. Urz. Min. Roln. Nr 9, z dnia 31. XII. 1980 r.) uznał obszar Polski za wolny od brucelozy bydła.

W roku 1980 w kraju zbadano 3 335 857 sztuk bydła, serologicznie dodatnie odczyny stwierdzono u 1 266 (0,03%) w tym — w PGR — 1 057 (0,09%), w spółdzielniach produkcyjnych 28 (0,009%), w gospodarstwach indywidualnych 179 (0,01%). Zwierzęta z serologicznie dodatnimi odczynami stwierdzono w 22 województwach: gorzowskie (637 sztuk), zielonogórskie (206), szczecińskie (134), słupskie (68), poznańskie (49), ciechanowskie (29), elbląskie (23), suwalskie (23), leszczyńskie (19), wałbrzyskie (17), krośnieńskie (15), koszalińskie (12), pilskie (10), kaliskie (6), przemyskie (5), konińskie (4), olsztyńskie (3), opolskie (2), jeleniogórskie, rzeszowskie, warszawskie i zamojskie po 1.

Badania bakteriologiczne 12 997 łożysk i pornionych płodów wykazały obecność pał. *Brucella* tylko u 4 sztuk (0,03%). Wszystkie zwierzęta chore i podejrzane zostały zlikwidowane. Pod koniec roku 1980 nie było w kraju gospodarstw zapowietrzonych brucelozą bydła.

Badania serologiczne świń w wytypowanych gospodarstwach wykazały 0,07% zwierząt reagujących serologicznie dodatnio. Wśród pozostałych gatunków zwierząt gospodarskich w 1980 r. brucelozą nie stwierdzono.

Inne choroby odzwierzęce

W roku 1980 nie notowano zachorowań u ludzi i zwierząt na nosaciznę, pryszczycę, wąglik.

Tularemia. Zgłoszono 3 zachorowania (zap. 0,01), w woj. białostockim. Hospitalizowano 2 chorych. Zgonów nie notowano. Zachorowania wystąpiły u chorych w wieku 13, 34, 36 lat. Źródła zakażenia nie ustalono.

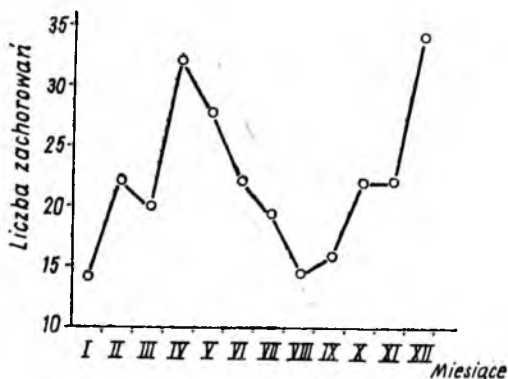
Listerioza. Zarejestrowano 17 zachorowań (zap. 0,05) — 6 zachorowań w woj. gorzowskim, 9 w woj. jeleniogórskim, 2 w woj. poznańskim. Wszystkich chorych hospitalizowano. Nasilenie zachorowań:

I kwartał — 2 zach., II — 3, III — 8, IV — 4. Zachorowania wystąpiły u 15 kobiet w wieku od 32 do 49 lat, oraz 2 mężczyzn w wieku 26 i 52 lat.

Leptospiroza. Stwierdzono 23 zachorowania (zap. 0,06). Hospitalizowano wszystkich chorych. Zachorowania wystąpiły w 12 województwach: bydgoskim (1), koszalińskim (3), leszczyńskim (1), opolskim (1), poznańskim (2), skierniewickim (1), słupskim (1), suwalskim (1), szczecińskim (4), wałbrzyskim (2), wrocławskim (4), zielonogórskim (2). Zmarło 4 mężczyzn w grupie wieku: 30—34, 45—49, 50—54 i 60—64.

Nasilenie zachorowań: I kwartał — 4, II kw. — 3, III kw. — 6, IV kw. — 10.

Toksoplazmoza. W roku 1980 zgłoszono 268 zachorowań (zap. 0,75). Hospitalizowano 195 chorych (72,8%). Największą zapadalność rejestrowano w województwach: piotrkowskim (10,3), jeleniogórskim (3,5),



Ryc. 2. Toksoplazmoza w Polsce w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

olsztyńskim (3,1) i st. warszawskim (2,1) (tab. III). Największą liczbę zachorowań notowano w II i IV kwartale (ryc. 2).

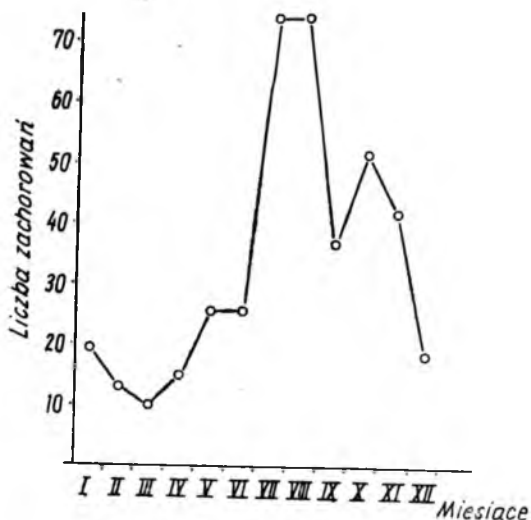
Choroba ptasia. W okresie od 23. VIII do 9. IX. 1980 r. w Kieleckich Zakładach Drobiarskich wystąpiło ognisko choroby ptasiej, w którym zarejestrowano 42 zachorowania wśród 120 pracowników zatrudnionych w hali produkcyjnej przy obróbce kaczek i kurcząt. Rozkład zachorowań: 23. VIII. — 1; 25 — 3, 26 — 4, 27 — 6, 28 — 11, 29 — 3, 30 — 2, 31 — 1; 1. IX — 3, 3 — 2, 4 — 2, 6 — 2, 9 — 2.

Zachorowania występowały pod postacią objawów grypopodobnych. Wszystkich chorych hospitalizowano, zgonów nie notowano. Rozpoznanie kliniczne potwierdzono badaniem serologicznym (miana od 1:32 do 1:512). Obserwowano narastanie miana przeciwciał. Źródła zakażenia nie ustalono. Ptaki, które mogły być źródłem zakażenia pochodziły z województwa kieleckiego, katowickiego i krakowskiego.

Różycza. W roku 1980 zgłoszono 409 zachorowań. Zapadalność wynosiła 1,2 na 100 000 mieszkańców. Najwyższą zapadalność notowano w województwach: toruńskim (7,2), tarnobrzeskim (5,4), siedleckim (4,9), m. łódzkim (3,3) i gorzowskim (2,9). Hospitalizowano 12 chorych (2,9%).

Tabela IV. Różycą w Polsce w latach 1976—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według województw

Lp.	Województwo	1976—1978 mediana		1979		1980	
		liczba zach.	zapa- dalność	liczba zach.	zapa- dalność	liczba zach.	zapa- dalność
	POLSKA	389	1,1	422	1,2	409	1,1
1	St. warszawskie	4	0,2	4	0,2	1	0,04
2	Białskopodlaskie	—	—	—	—	3	1,05
3	Białostockie	16	2,5	10	1,6	6	0,94
4	Bielskie	6	0,8	4	0,5	6	0,73
5	Bydgoskie	4	0,4	3	0,3	5	0,48
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	7	1,8	3	0,7	3	0,74
8	Częstochowskie	2	0,3	1	0,1	—	—
9	Elbląskie	9	2,1	4	0,9	3	0,68
10	Gdańskie	20	1,6	24	1,8	23	1,73
11	Gorzowskie	12	2,7	13	2,9	13	2,87
12	Jeleniogórskie	4	0,8	5	1,0	3	0,61
13	Kaliskie	6	0,9	6	0,9	1	0,15
14	Katowickie	44	1,2	71	1,9	43	1,16
15	Kieleckie	8	0,8	21	2,0	12	1,13
16	Konińskie	1	0,2	5	1,1	—	—
17	Kozalińskie	13	2,9	22	4,8	5	1,09
18	M. krakowskie	5	0,4	5	0,4	3	0,26
19	Krośnińskie	3	0,7	1	0,2	1	0,22
20	Legnickie	—	—	—	—	—	—
21	Leszczyńskie	—	—	2	0,6	2	0,56
22	Lubelskie	5	0,6	2	0,2	12	1,29
23	Łomżyńskie	2	0,6	—	—	—	—
24	Miejskie Łódzkie	19	1,7	30	2,7	37	3,29
25	Nowosądeckie	6	1,0	1	0,2	7	1,12
26	Olsztyńskie	12	1,8	16	2,4	4	0,59
27	Opolskie	2	0,2	5	0,5	1	0,10
28	Ostrołęckie	3	0,8	5	1,4	5	1,35
29	Piłskie	2	0,5	3	0,7	3	0,69
30	Piotrkowskie	6	1,0	3	0,5	6	1,0
31	Płockie	3	0,6	5	1,0	2	0,4
32	Poznańskie	5	0,4	2	0,2	9	0,73
33	Przemyskie	1	0,3	3	0,8	5	1,32
34	Radomskie	5	0,7	5	0,3	7	1,0
35	Rzeszowskie	2	0,3	2	0,3	3	0,47
36	Siedleckie	21	3,5	5	0,8	30	4,88
37	Sieradzkie	13	3,4	14	3,6	13	3,32
38	Skierniewickie	3	0,8	6	1,5	1	0,25
39	Słupskie	21	5,7	8	2,2	5	1,36
40	Suwalskie	17	4,1	10	2,4	8	1,9
41	Szczecińskie	17	1,9	17	1,9	7	0,78
42	Tarnobrzeskie	3	0,6	17	3,1	30	5,41
43	Tarnowskie	5	0,9	1	0,2	9	1,49
44	Toruńskie	18	3,1	38	6,3	44	7,23
45	Wałbrzyskie	2	0,3	3	0,4	3	0,42
46	Włocławskie	5	1,2	—	—	8	1,94
47	Wrocławskie	10	1,0	16	1,5	16	1,49
48	Zamojskie	8	1,7	4	0,8	1	0,21
49	Zielonogórskie	—	—	—	—	—	—



Ryc. 3. Różnica w Polsce w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

Nie notowano zachorowań w województwach: chełmskim, częstochowskim, konińskim, legnickim i łódzko-żyrowskim (tab. IV). Sezonowe nasilenie zachorowań obserwowano w III kwartale, najmniej zachorowań w I kwartale (ryc. 3).

3. А н у ш

БРУЦЕЛЛЕЗ И ДРУГИЕ ЗООНОЗЫ

Z. Anusz

BRUCELLOSIS AND OTHER ZOOSES

Danuta Seroka, Elżbieta Łabuńska

WŚCIEKLIZNA — 1980 ROK

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wścieklizny w Polsce w 1980 r. oparto na 2684 ankietach osób szczepionych przeciw wściekliznie, nadesłanych do Zakładu Epidemiologii PZH przez Wojewódzkie Stacje Sanitarno-epidemiologiczne oraz na danych epizootycznych udostępnionych Zakładowi przez Departament Weterynarii Min. Rolnictwa.

W 1980 wściekliznę zwierząt stwierdzono w 45 województwach. Województwa: krakowskie, łódzkie, piotrkowskie i tarnowskie były wolne od wścieklizny zwierząt. Wśród zwierząt, u których laboratoryjnie potwierdzono wściekliznę, zanotowano: 66 psów, 108 kotów, 66 zwierząt domowych hodowlanych, 662 lisy, 12 borsuków, 16 jenotów, 21 kun, 3 tchórze, 6 wiewiórek, 25 saren, 2 dziki, 1 zająca. Służba weterynaryjna rozpoznaje wściekliznę u gryzoni w Polsce (wiewiórki, zające) bez potwierdzenia rozpoznania izolacją szczepu wirusa.

W roku 1980 zanotowano 1 zgon człowieka na wściekliznę. W lutym, w woj. olsztyńskim zmarł 61-letni mężczyzna. W wywiadzie stwierdzono, że zmarły był narażony na zakażenie przez dzikiego lisa (zdejmowanie skóry), prawdopodobnie w grudniu b.r. Brakuje bliższych danych o okoliczności zakażenia. Objawy kliniczne trwały 9 dni. Zmarły nie był szczepiony przeciw wściekliznie. Rozpoznanie laboratoryjne oparto na wynikach odczynu immunofluorescencji.

W wyniku kontaktu z chorym człowiekiem zaszczepiono 14 osób.

Źródło zakażenia wścieklizną w Polsce w roku 1980 zarówno dla zwierząt domowych jak i innych dzikich stanowił w dalszym ciągu lis rudy lecz tylko około 25% osób szczepionych szczepi się z powodu kontaktu z lisami, gdy ponad 60% — z powodu zwierząt domowych (tabela I).

Szczepienia z powodu zwierząt domowych w większości dotyczą kontaktów ze zwierzętami podejrzаныmi o zakażenie, u których nie wykluczono wścieklizny przyżyciowo lub pośmiertnie. Sytuacje w których występują podejrzenia o zakażenie wścieklizną ilustruje tabela II.

Niemożność wykluczenia przyżyciowo lub pośmiertnie wścieklizny u zwierzęcia, które pokąsało człowieka, staje się w obecnej sytuacji epizootologicznej wskazaniem do szczepień człowieka.

Skuteczność szczepienia osób głęboko lub rozlegle poranionych przez zwierzęta chore stanowią epidemiologiczny dowód wartości ochronnej szczepionki.

Dane ilustrujące ekspozycje ze strony zwierząt w roku 1980 zawarte są w tabelach III i IV.

W ogniskach wścieklizny wśród osób narażonych na zakażenie, 16% było pokąsanych lub podrapanych. Pozostały procent stanowiły osoby, które szczepiono z powodu ewentualnego oślinienia przez zwierzę nieuszkodzonej skóry człowieka.

Mała liczba ciężkich obrażeń nie pozwala na ocenę skuteczności szczepionki na podstawie danych z jednego roku. Opierając się na wynikach

Tabela I. Zwierzęta kształtujące wskazania do szczepień ludzi przeciw wścieklicznie w Polsce w 1980 r.

Zwierzę	Liczba osób szczepionych z powodu zwierząt kategorii:			Łącznie ⁴⁾
	AB ¹⁾	C ²⁾	D ³⁾	
Pies	158	621	236	1015
Kot	210	238	13	461
Krowa	137	9	—	146
Owca	4	1	—	5
Świnia	3	—	—	3
Koń	12	1	—	13
Lis hodowlany	—	3	1	4
Nutria hodowlana	—	5	4	9
Królik domowy	—	—	1	1
Chomik domowy	—	7	2	9
Lis dziki	543	104	—	647
Borsuk	5	2	—	7
Jenot	5	5	—	10
Kuna	25	7	—	32
Tchórz	11	5	—	16
Łasica	—	6	—	6
Ryś	—	1	—	1
Gronostaj	—	1	—	1
Nietoperz	—	1	—	1
Szczur	—	82	—	82
Mysz	—	5	—	5
Tchórz-fretka	—	2	—	2
Jeż	—	5	—	5
Swinka morska	—	2	—	2
Sarna, jeleń	59	29	2	90
Piżmowiec	—	4	1	5
Dzik	6	9	—	15
Wiewiórka	9	41	—	50
Małpa	—	1	—	1
Jastrząb	—	1	—	1
Zając	1	8	—	9
Nieznane	—	16	—	16
Łącznie ⁴⁾	1188	1222	260	2670 ⁴⁾

¹⁾ Zwierzę wściekle, wścieklizna potwierdzona laboratoryjnie lub klinicznie.

²⁾ Wścieklizna u zwierzęcia niewykluczona.

³⁾ Zwierzę zdrowe w momencie ekspozycji obserwowane przez lekarza wet.

⁴⁾ 14 osób zaszczepiono z powodu kontaktu z chorym na wściekliznę człowiekiem. Łączna liczba szczepionych wynosiła 2684 osoby.

Tabela II. Analiza przyczyn szczepień ludzi z powodu zwierząt kategorii C w 1980 r.

Wyszczególnienie	Liczba
Liczba osób szczepionych z powodu:	
zwierząt domowych	887
zwierząt dzikich	335
Liczba osób szczepionych ponieważ:	
zwierzę zbiegło	761
zwierzęta zabite lub padłe, nie badane laboratoryjnie	235
nie wykluczono laboratoryjnie wścieklizny	145 *
nie zebrano danych o zwierzęciu	7
Brak danych w ankiecie	29

* W 45 przypadkach wykluczono laboratoryjnie wściekliznę u zwierzęcia i przeprowadzono szczepienie człowieka.

Tabela III. Szczepienie ludzi w ogniskach wścieklizny w Polsce w 1980 r.¹⁾

Województwa ²⁾	Liczba ognisk wścieklizny zwierząt	Liczba zwierząt chorych		Liczba osób szczepionych		
		dzikich	domowych	łącznie	z uszkodzeniem powłok skórnych	bez uszkodzenia powłok skórnych
Warszawskie	1	—	1	4	—	4
Białsko-podlaskie	2	1	1	6	—	6
Białostockie	9	6	3	20	7	13
Bielskie	2	2	—	3	—	3
Bydgoskie	4	2	2	9	3	6
Chełmskie	2	—	2	6	—	6
Ciechanowskie	7	4	2	23	9	14
Częstochowskie	2	1	1	5	—	5
Elbląskie	10	3	9	71	6	65
Gdańskie ³⁾	—	—	—	—	—	—
Gorzowskie	19	9	10	58	12	46
Jeleniogórskie	8	6	2	20	2	18
Kaliskie	11	9	2	21	3	18
Katowickie	5	1	4	10	6	4
Kieleckie	2	1	1	12	3	9
Konińskie	5	2	3	7	6	1
Koszalińskie	13	13	—	36	5	31
Krośnieńskie	—	—	—	—	—	—
Legnickie	4	3	2	52	—	52
Leszczyńskie	16	13	6	56	8	48
Lubelskie	2	2	—	4	2	2
Lomżyńskie	1	1	—	3	2	1
Nowosądeckie	4	3	1	6	—	6
Olsztyńskie ⁴⁾	41	12	34	175	13	162
Opolskie	22	13	10	88	32	56
Ostrołęckie	2	1	1	7	2	5
Piłskie	23	18	5	52	5	47
Płockie	5	5	—	7	1	6
Poznańskie	34	29	5	60	7	53
Przemyskie	8	6	2	25	6	19
Radomskie	6	6	—	21	1	20
Rzeszowskie	—	—	—	—	—	—
Siedleckie	9	6	3	20	3	17
Sieradzkie	1	1	—	1	—	1
Skarżyski	—	—	—	—	—	—
Skierniewickie	—	—	—	—	—	—
Słupskie	8	6	2	14	5	9
Suwalskie	18	7	11	39	5	34
Szczecińskie	30	14	16	68	14	54
Tarnobrzeskie	12	10	2	55	5	50
Toruńskie	4	1	3	6	3	3
Wałbrzyskie	5	4	1	6	2	4
Włocławskie	5	2	3	10	5	5
Wrocławskie	13	13	—	21	—	21
Zamojskie	1	—	1	1	1	—
Zielonogórskie	25	20	6	80	7	73
Łącznie	401	256	157	1188	191	997

¹⁾ Opracowano wyłącznie na podstawie ankiet osób szczepionych z powodu zwierząt kategorii AB.

²⁾ Województwa: krakowskie, łódzkie, piotrkowskie, tarnowskie nie notowały wścieklizny zwierząt.

³⁾ Nie nadesłano ankiet za rok 1980.

⁴⁾ 14 osób zaszczepiono z powodu kontaktu z człowiekiem chorym na wściekliznę.

Tabela IV. Ekspozycja ludzi na zakażenie wścieklizną w Polsce w 1980 r.

Rodzaj ekspozycji													Zwierzęta dzikie nie- zidentyfiko- wane C
	psy i koty			zwierzęta gosp. ¹⁾			zwierzęta dzi- kie ²⁾			zwierzęta dzi- kie ³⁾			
	AB	C	D	AB	C	D	AB	C	D	AB	C	D	
Brak kontaktu, mleko, kontakty pośrednie, dotykane skóry	70	9	1	15	1	—	297	48	—	37	18	—	2
Oślinienie	120	35	8	134	12	—	242	52	—	24	12	—	—
Podrapanie	29	43	10	2	3	—	8	6	—	—	2	—	2
Pokąsania powierzchowne głowy lub dłoni	59	326	106	4	8	6	31	112	—	5	4	—	3
Pokąsania głębokie głowy lub dłoni	12	64	29	—	1	2	3	22	—	—	2	—	2
Pokąsania powierzchowne tułowia lub kończyn	48	298	68	—	1	—	8	22	—	—	6	2	4
Pokąsania głębokie tułowia lub kończyn	12	81	27	—	2	—	1	7	—	—	3	1	2
Brak danych w ankiecie o ekspozycji	18	3	—	1	—	—	8	2	—	—	1	—	1
Łącznie	368	859	249	156	23	8	598	271	—	65	43	3	16

1) Zwierzęta gospodarskie hodowlane.

2) Zwierzęta drapieżne takie jak lis, borsuk, jenot, kuna itp.

3) Zwierzęta niedrapieżne takie jak sarna, zając, dzik itp.

wieloletniej analizy epidemiologicznej skuteczności szczepionki stosowanej w Polsce, prowadzonej przez Zakład Epidemiologii PZH, należy stwierdzić, że jest to szczepionka skuteczna; w okresie ostatnich dwudziestu lat stwierdzono dwa przypadki nieskutecznego szczepienia.

Szczepionki stosowane w Polsce i odczyny poszczepienne przez nie wywoływane ilustruje tabela V. Wśród odczynów ogólnych notowano:

Tabela V. Szczepionki przeciw wściekliznie stosowane w 1980 r. w Polsce i odczyny poszczepienne

Typ szczepionki	Liczba osób szczepionych *	Liczba osób u których wystąpiły odczyny:				
		miejscowe	ogólne	aler- giczne	wstrząs	neurolo- giczne
Semple'a **	2274	576	102	42	4	3
Z mózgow osesków mysich	363	57	23	—	—	—
Kacza	5	1	—	—	—	—
Łącznie	2642	634	125	42	4	3

* W 20 przypadkach nie określono typu podanej szczepionki. W 8 przypadkach podano dwie różne szczepionki.

** W końcu 1980 r. zaczęto wprowadzać do praktyki szczepień szczepionkę liofilizowaną.

bóle głowy, zawroty głowy, nudności, bóle kręgosłupa, podwyższoną temperaturę, powiększenie węzłów chłonnych.

Wśród trzech przypadków odczynów neurologicznych związanych czasowo z podaniem polskiej szczepionki stwierdzono: poszczepienne zapalenie mózgu, rozsiane uszkodzenie układu nerwowego, porażenie trzech kończyn *. Produkcja i wprowadzenie do praktyki szczepień szczepionek przygotowanych na hodowlach tkankowych (Francja, RFN, USA, ZSRR), nasuwa wątpliwość co do celowości dalszego stosowania szczepionek typu mózgowego, dających odczyny ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Wykonawstwo szczepień pod względem organizacyjnym ilustruje tabela VI.

Wśród osób, które miały kontakt ze zwierzęciem zdrowym, poddanym obserwacji lekarza wet. (kat. D), 55 osobom rozpoczęto szczepienie po upływie więcej niż 5 dni po ekspozycji, zaś 29 osób szczepiono pełną dawką, nie przerywając szczepienia, pomimo tego że zwierzęta były zdrowe.

Późne podanie szczepionki po ekspozycji w grupie osób narażonych na kontakt ze zwierzętami chorymi pozostało bez wpływu na skuteczność szczepienia; należy podkreślić, że w tej grupie narażonych jest niewiele groźnych ekspozycji.

* Poszczepienne odczyny neurologiczne weryfikowała dr *Jadwiga Zabicka*, Zakład Epidemiologii PZH.

Tabela VI. Postępowanie zapobiegawcze u osób narażonych na zakażenie wścieklizną w Polsce w roku 1980.

Dane	Liczba osób szczepionych z powodu zwierząt kategorii		
	AB	C	D
Łączna liczba szczepionych	1188	1222	260
Surowicę podano:			
do 72 godz. po ekspozycji	3	7	3
powyżej 72 godz. po ekspozycji	—	1	1
Szczepionkę podano:			
do 72 godz. po ekspozycji	217	593	202
4—6 dni po ekspozycji	217	265	35
7—14 dni po ekspozycji	471	237	18
powyżej 14 dni po ekspozycji	257	112	2
Brak informacji w ankiecie o czasie podania szczepionki	26	15	3
Szczepiono zgodnie z instrukcją szczepienia	1138	1131	231
Podano antytoksynę tężcową	3	48	13
Podano anatoksynę tężcową	16	145	14
Podano ana- i antytoksynę tężcową	1	5	4

Spośród 183 osób szczepionych, pokąsanych przez zwierzęta wściekle, tylko 3 osobom podano surowicę odpornościową przeciw wściekliznie; nie pozwala to na ocenę jej wpływu na skuteczność szczepień. Przypadki szczepień niezgodnych z instrukcją polegają głównie na niepodaniu dawek przypominających szczepionki.

Д. Серока, Е. Лабудзиньска

БЕШЕНСТВО

D. Seroka, E. Łabuńska

RABIES

Aniela Adonajło

WŁOŚNICA — 1980 ROK

W roku 1980 w Polsce zanotowano 199 zachorowań na włośnicę i 2 zgony; zapadalność wynosiła 0,6, a umieralność 0,006/100 000 ludności. Zarówno liczba zachorowań jak i zapadalność były niższe niż w 1979 r. i od mediany w latach 1974—1978 (tab. I). Zgony dotyczyły osób w wieku 50—54 lata, jednego mężczyzny i jednej kobiety.

Zachorowania na włośnicę notowano w 14 województwach, w tym w 10 tych samych co w 1979 r. Ogółem wystąpiło w 1980 r. sześć ognisk epidemicznych włośnicy w następujących województwach: białostockim, bydgoskim, gdańskim, koszalińskim, miejskim łódzkim i śluskim. Były to przeważnie ogniska rodzinne, obejmujące niekiedy po kilka rodzin.

Tabela I. Włośnica w Polsce w latach 1974—1980. Zachorowania i zapadalność według województw

Województwo	1974—1980 mediana		1979		1980	
	liczba	zapadal- ność na 100 000	liczba	zapadal- ność na 100 000	liczba	zapadal- ność na 100 000
Polska	246	0,7	236	0,7	199	0,6
St. warszawskie	9	0,4	6	0,3	2	0,1
Białostockie	24	3,9	42	6,6	16	2,5
Bydgoskie	17	1,7	66	6,5	56	5,4
Gdańskie	2	0,2	5	0,4	34	2,6
Jeleniogórskie	0	0	0	0	5	1,0
Katowickie	0	0	2	0,1	0	0
Koszalińskie	3	0,7	12	2,7	12	2,6
Łomżyńskie	0	0	0	0	4	1,2
M. łódzkie	0	0	0	0	12	1,1
Olsztyńskie	0	0	11	1,6	17	2,5
Opolskie	0	0	4	0,4	0	0
Ostrołęckie	0	0	4	1,1	2	0,5
Piłskie	0	0	7	1,6	6	1,4
Poznańskie	0	0	23	1,9	0	0
Radomskie	2	0,3	3	0,3	0	0
Śluskie	8	2,2	7	1,9	31	8,4
Suwałskie	12	2,9	20	4,8	1	0,2
Szczecińskie	0	0	0	0	1	0,1
Toruńskie	0	0	23	3,8	0	0
Wrocławskie	0	0	1	0,1	0	0

Uwaga: W województwach nie wymienionych w tabeli nie rejestrowano zachorowań w latach 1979 i 1980.

W województwach bydgoskim i słupeckim epidemie włośnicy miały dość szeroki zasięg.

W województwie bydgoskim zanotowano 56 zachorowań; źródłem inwazji była „kielbasa polska”, sporządzona z mięsa dzika, nie badanego w kierunku larw *T. spiralis*. Produkt został rozprowadzony między kilka rodzin, a przypadki włośnicy wystąpiły w miejscowościach: Bydgoszcz, Inowrocław, Nakło, Świecie, Kołobrzeg, Elbląg. Wśród chorych było 2 dzieci w wieku do 14 lat.

W województwie słupeckim ognisko włośnicy objęło ponad 20 osób, zamieszkałych w różnych miejscowościach wojew. słupeckiego i wojew. gdańskiego. Źródłem zakażenia była kielbasa z mięsa nutrii; kielbasę produkował systemem domowym prywatny hodowca nutrii.

W województwie koszalińskim zanotowano ognisko włośnicy, obejmujące 12 osób (3 rodziny),*które zachorowały po spożyciu mięsa i przetworów z dzika.

W województwie gdańskim wędliny z mięsa dzika z domieszką mięsa z nutrii, stanowiły źródło inwazji dla 34 osób.

Na terenie Łodzi wystąpiło ognisko, w którym zachorowało 12 osób po spożyciu mięsa wieprzowego bądź jego przetworów; mięso pochodziło z uboju gospodarczego. Badanie pozostałych partii mięsa w trakcie dochodzenia epidemiologicznego wykazało obecność larw *T. spiralis*.

W województwie białostockim ognisko włośnicy objęło 11 osób, które spożywały mięso wieprzowe i wędliny, pochodzące z tuczniaka własnej hodowli nie badanego w kierunku larw włośni krętego. Wśród chorych było 2 dzieci w wieku 3 lata i 4 lata.

W sumie, mięso i kielbasy z dzika i/lub nutrii stanowiło źródło inwazji w 4 ogniskach włośnicy, a mięso wieprzowe i jego wyroby, pochodzące z uboju gospodarczego w 2 ogniskach. Leczeniem szpitalnym objęto 148 chorych — 74,4%.

Najwyższą liczbę zachorowań na włośnicę notowano w II kwartale (72 przypadki — 36,2%) i w IV kwartale (68 przypadków — 34,2%); najmniej zachorowań notowano w III kwartale roku (14 przypadków — 7,0%).

A. Адонайло

ТРИХИНОЗ

A. Adonajło

TRICHINOSIS

Maria Nasiłowska

PASOŻYTY JELITOWE — 1980 ROK

Dane o tasiemcach, które zamieszczono w pracy pochodzą z kart selekcyjnych zakładanych i przechowywanych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Kartoteka tasiemczyc służy jako źródło informacji epidemiologicznych i pomoc przy kontroli obowiązkowego leczenia tej parazytozy.

Wskaźniki rozpowszechnienia pospolitych pasożytów uzyskano w wyniku badań masowych („środowiskowych”) przeprowadzonych przez służbę sanitarno-epidemiologiczną. Do obliczeń wykorzystano dane zamieszczone w Roczniku Statystycznym z 1980 roku.

I. TASIEMCZYCE

Kartoteką objęto 4093 inwazje jelitowe, tj. 11,6 na 100 000 mieszkańców. W porównaniu z latami ubiegłymi liczba przypadków zmalała (w 1979 roku 4616 inwazji, tj. 13,0 na 100 000, a w 1978 roku 4418 inwazji, tj. 12,6 na 100 000 mieszkańców).

Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia tasiemczyc (na 100 000) zanotowano w województwach: poznańskim (49,5), łódzkim miejskim (43,0), szczecińskim (40,7), gdańskim (29,1), wałbrzyjskim (21,1) i bydgoskim (20,3). Najniższe w województwach: siedleckim i ciechanowskim (0,2), radomskim (0,4), tarnobrzeskim (0,5), lubelskim (0,9), krośnieńskim i tarnowskim (1,8), częstochowskim i przemyskim (1,9).

Nie zarejestrowano żadnego przypadku tasiemczycy w województwie chełmskim. Z trzech województw: legnickiego, suwalskiego i zamojskiego nie otrzymano danych dotyczących tasiemczyc.

Podobnie do sytuacji z lat ubiegłych, w 1980 roku tasiemczyce częściej stwierdzano u kobiet (54,2%) niż u mężczyzn (45,8%) oraz u ludzi z miast (86,9%) niż u ludzi ze wsi (13,1% przypadków). Wśród osób zarażonych tasiemcami 1,7% pochodziło z zagranicy (tabela I).

Największe rozpowszechnienie tasiemczyc notowano u ludzi w wieku 20—29 lat (1041 przypadków, czyli 25,9%), a następnie w wieku 30—39 lat (999 przypadków czyli 24,8%), tabela II.

Oprócz tasiemczyc jelitowych w województwie toruńskim zanotowano jeden przypadek tasiemczycy tkankowej (*Echinococcus sp.*) u chłopca pochodzącego ze wsi.

Badaniem laboratoryjnym potwierdzono 3906 rozpoznania tasiemczycy, tj. 95,4% przypadków objętych kartoteką (tabela IV). Przeważała wśród nich tasiemczyca powodowana przez *Taenia saginata* (90,5% przypadków, tj. 1,0 na 100 000 mieszkańców). Inwazje *Taenia solium* stanowiły 0,5% przypadków rozpoznanych laboratoryjnie (0,05 na 100 000) i były mniej liczne niż w 1979 roku (0,8% tj. 0,1 na 100 000). Zarażenia *Taenia sp.* wynosiły 6,2% ogółu przypadków (tj. 0,68 na 100 000).

Tabela I. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1980 wg środowiska i płci

Województwo	Środowisko		Płeć		Razem		
	wieś	miasto	mężczyźni	kobiety	liczba zachorowań *	na 100 000	
Warszawskie st.	5	268	121	152	273	11,9	
Białkopodlaskie	6	1	4	3	7	2,5	
Białostockie	7	101	45	63	108	17,0	
Bielskie	11	20	14	17	31	3,8	
Bydgoskie	17	191	100	108	208	20,3	
Ciechanowskie	—	1	1	—	1	0,2	
Częstochowskie	7	7	6	8	14	1,9	
Elbląskie	13	27	22	18	40	9,2	
Gdańskie	15	368	164	219	383	29,1	
Gorzowskie	10	47	27	30	57	12,7	
Jeleniogórskie	5	29	10	24	34	6,9	
Kaliskie	86	28	47	67	114	17,2	
Katowickie	6	244	91	159	250	6,8	
Kieleckie	9	38	20	27	47	4,4	
Konińskie	4	18	14	8	22	5,0	
Koszalińskie	1	10	7	4	11	2,4	
Krakowskie m.	4	55	30	29	59	5,1	
Krośnieńskie	4	4	4	4	8	1,8	
Leszczyńskie	5	9	8	6	14	3,9	
Lubelskie	3	5	7	1	8	0,9	
Łomżyńskie	6	9	6	9	15	4,6	
Łódzkie m.	—	482	247	235	482	43,0	
Nowosądeckie	—	16	5	11	16	2,6	
Olsztyńskie	7	81	43	45	88	13,0	
Opolskie	41	64	55	70	125	12,8	
Ostrołęckie	7	18	9	16	25	6,8	
Piłskie	14	34	22	26	48	11,1	
Piotrkowskie	13	70	36	47	83	13,8	
Płockie	5	20	12	13	25	5,1	
Poznańskie	109	497	297	309	606	49,5	
Przemyskie	1	6	2	5	7	1,9	
Radomskie	2	1	—	3	3	0,4	
Rzeszowskie	2	15	9	8	17	2,6	
Siedleckie	—	1	1	—	1	0,2	
Sieradzkie	5	6	4	7	11	2,8	
Skierniewickie	4	8	8	4	12	3,0	
Słupskie	6	20	12	14	26	7,1	
Szczecińskie	21	341	147	215	362	40,7	
Tarnobrzесьkie	—	3	1	2	3	0,5	
Tarnowskie	1	10	4	7	11	1,8	
Toruńskie	10	41	24	27	51	8,4	
Wałbrzyskie	15	136	63	88	151	21,1	
Wrocławskie	—	13	6	7	13	3,2	
Wrocławskie	34	131	88	77	165	15,5	
Zielonogórskie	14	44	31	27	58	9,6	
Polska	Liczba	535	3558	1874	2219	4093	11,6
	%	13,1	86,9	45,8	54,2	100	

* W tym 69 zachorowań (1,7%) cudzoziemców

Tabela II. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1980 wg wieku chorych

Wiek — lat	Liczba przypadków	Odsetek
0—4	39	1,9
5—9	117	2,9
10—14	114	2,8
15—19	180	4,5
0—9	156	3,9
10—19	294	7,3
20—29	1041 *	25,9
30—39	999	24,8
40—49	767	19,0
50—59	510	12,7
60—69	171	4,3
70+	86	2,1
Razem	4024	100

* Nie wliczono 69 przypadków inwazji u cudzoziemców

Tabela III. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1980 zgłoszone bez rozpoznania laboratoryjnego

Województwo	Liczba	%*	Województwo	Liczba	%*
Białostockie	8	7,4	Lubelskie	3	37,5
Bydgoskie	2	1,0	Lomżyńskie	2	13,3
Częstochowskie	3	21,3	Nowosądeckie	8	50,0
Elbląskie	13	32,5	Olsztyńskie	3	3,4
Gdańskie	43	11,3	Opolskie	3	2,4
Gorzowskie	7	12,3	Ostrołęckie	3	12,0
Kaliskie	3	2,6	Piłskie	8	16,7
Katowickie	9	3,6	Poznańskie	15	2,5
Konińskie	1	4,5	Sieradzkie	3	27,3
Koszalińskie	7	63,6	Szczecińskie	39	10,8
Krośnińskie	1	12,5	Zielonogórskie	1	1,7
Leszczyńskie	2	14,3	Razem	187	4,6

Polska — %*: 1971 — 4,3; 1972 — 9,5; 1973 — 11,2; 1974 — 13,2; 1975 — 11,5;
1976 — 12,8; 1977 — 12,7; 1978 — 8,5; 1979 — 4,9; 1980 — 4,6

* Ogólnej liczby przypadków objętych kartoteką

Poza tasiemczycami powodowanymi przez *Taenia* rozpoznano też inwazje *Hymenolepis nana* (2,7%, tj. 0,29 na 100 000) oraz nieliczne inwazje *Diphyllobothrium latum* (3 inwazje, czyli 0,07% przypadków, tj.

Tabela IV. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1980 wg gatunku pasożyta

Województwo	Gatunki tasiemców*			Razem	
	<i>Taenia saginata</i>	<i>Taenia species</i>	<i>Hymenolepis nana</i>		
Warszawskie st.	230	39	2	273	
Białkopodlaskie	—	7	—	7	
Białostockie	99	—	1	100	
Bielskie	23	7	—	31	
Bydgoskie	188	18	—	206	
Ciechanowskie	—	1	—	1	
Częstochowskie	11	—	—	11	
Elbląskie	26	—	—	27	
Gdańskie	336	1	1	340	
Gorzowskie	48	—	2	50	
Jeleniogórskie	20	14	—	34	
Kaliskie	90	19	1	111	
Katowickie	214	26	—	241	
Kieleckie	45	2	—	47	
Konińskie	20	1	—	21	
Koszalińskie	1	3	—	4	
Krakowskie m.	54	2	1	59	
Krośnieńskie	5	2	—	7	
Leszczyńskie	9	3	—	12	
Lubelskie	5	—	—	5	
Łomżyńskie	13	—	—	13	
Łódzkie m.	416	12	54	482	
Nowosądeckie	7	—	1	8	
Olsztyńskie	83	—	2	85	
Opolskie	105	17	—	122	
Ostrołęckie	22	—	—	22	
Pilskie	40	—	—	40	
Piotrkowskie	36	10	35	83	
Płockie	25	—	—	25	
Poznańskie	587	4	—	591	
Przemyskie	4	3	—	7	
Radomskie	2	—	—	3	
Rzeszowskie	17	—	—	17	
Siedleckie	1	—	—	1	
Sieradzkie	7	—	—	8	
Skierniewickie	12	—	—	12	
Słupskie	19	7	—	26	
Szczecińskie	319	—	3	323	
Tarnobrzeskie	3	—	—	3	
Tarnowskie	6	3	2	11	
Toruńskie	50	1	—	51	
Wałbrzyskie	122	22	1	151	
Wrocławskie	2	11	—	13	
Wrocławskie	154	9	—	165	
Zielonogórskie	57	—	—	57	
Polska	Liczba	3533	244	106	3906
	%	90,5	6,2	2,7	100

* *Dipylidium caninum* — 1 przypadek (0,03%) woj. warszawskie st.; *Diphyllobothrium latum* — 3 przypadki (0,07%) woj. warszawskie st., gdańskie i katowickie; *Taenia solium* — 19 przypadków (0,5%) woj. bielskie, elbląskie, gdańskie, kaliskie, radomskie, sieradzkie, szczecińskie — po 1 przypadku; krakowskie m., piotrkowskie, wrocławskie — po 2 przypadki; wałbrzyskie — 6 przypadków.

Tabela V. Wyniki badań fauny pasożytniczej przewodu pokarmowego człowieka w Polsce w roku 1980

Wiek (lat)	Liczba zbadanych osób	Liczba i (odsetek) zarażonych osób			
		<i>Enterobius vermicularis</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>	<i>Trichuris trichiura</i>	<i>Lambliia intestinalis</i>
0—3	W 714	150 (21,0)	25 (3,5)	8 (1,1)	39 (5,4)
	M 8509	691 (8,1)	30 (0,4)	34 (0,4)	763 (8,9)
	O 9223	841 (9,1)	55 (0,6)	42 (0,5)	802 (8,7)
4—6	W 3396	949 (27,9)	109 (3,2)	155 (4,6)	155 (4,6)
	M 16114	2612 (16,2)	83 (0,5)	165 (1,0)	686 (4,3)
	O 19510	3561 (18,3)	192 (1,0)	320 (1,6)	841 (4,3)
7—14	W 1216	308 (25,3)	8 (0,7)	94 (7,7)	90 (7,4)
	M 1953	387 (19,8)	21 (1,1)	60 (3,1)	113 (5,8)
	O 3169	695 (21,9)	29 (0,9)	154 (4,9)	203 (6,4)
15—19	W 348	81 (23,3)	5 (1,4)	23 (6,6)	23 (6,6)
	M 572	125 (21,9)	10 (1,7)	24 (4,2)	37 (6,5)
	O 920	206 (22,4)	15 (1,6)	47 (5,1)	60 (6,5)
20—24	W 78	12 (15,4)	1 (1,3)	3 (3,8)	3 (3,8)
	M 402	50 (12,4)	1 (0,2)	7 (1,7)	19 (4,7)
	O 480	62 (12,9)	2 (0,4)	10 (2,1)	22 (4,6)
25+	W 469	43 (9,2)	15 (3,2)	8 (1,7)	12 (2,6)
	M 2257	87 (3,9)	10 (0,4)	12 (0,5)	117 (5,2)
	O 2726	130 (4,8)	25 (0,9)	20 (0,7)	129 (4,7)
Razem	W 6221	1543 (24,8)	163 (2,6)	291 (4,7)	322 (5,2)
	M 29807	3952 (13,3)	155 (0,5)	302 (1,0)	1735 (5,8)
	O 36028	5495 (15,3)	318 (0,9)	593 (1,6)	2057 (5,7)

M — miasto, W — wieś. O — ogółem.

0,008 na 100 000). U jednej osoby stwierdzono zarażenie tasiemcem *Dipylidium caninum* (dziewczynka ze środowiska miejskiego).

Bez rozpoznania laboratoryjnego zgłoszono 187 przypadków, tj. 4,6% tasiemczyc objętych kartoteką (tabela III).

II. INNE PASOŻYTY

W 1980 roku badaniami środowiskowymi objęto 36 028 osób (miasto — 29 807, wieś — 6221) wykonując 180 140 analiz (5 analiz na jedną osobę: rozmaz bezpośredni w izotonicznym roztworze NaCl, rozmaz bezpośredni w płynie Lugola, flotacja w nasyconym roztworze NaCl, dekantacja i wycier celofanowy wg Halla).

Do najczęściej wykrywanych pasożytów należały: *Enterobius vermicularis*, *Lambliia intestinalis*, *Trichuris trichiura* i *Ascaris lumbricoides* (tabela V).

Inwazję *Enterobius vermicularis* stwierdzono u 15,3% zbadanych; wśród ludności wiejskiej najczęściej wykrywano tę inwazję u dzieci w wieku 4—6 lat (27,9% zarażeń), natomiast wśród ludności miejskiej zazwyczaj u dzieci starszych (19,8%) i młodzieży w wieku szkoły średniej (21,9%).

Zarażenia *Lambliia intestinalis* zanotowano u 5,7% osób, najczęściej u dzieci w wieku 0—3 lat w miastach (8,9% zbadanych) oraz u dzieci w wieku szkolnym na wsi (7,4%).

Trichuris trichiura występowała u 1,6% ogółu zbadanych, przy czym większość inwazji rozpoznano u młodzieży w wieku 15—19 lat (5,1% zbadanych w tej grupie wiekowej).

Inwazje *Ascaris lumbricoides* były notowane najrzadziej; średnio u 0,9% zbadanych osób, najczęściej u małych dzieci na wsi (3,5%).

Wyniki badań należy uważać za orientacyjne, ponieważ w 13 województwach: elbląskim, gdańskim, krośnieńskim, legnickim, leszczyńskim, łódzkim miejskim, piłskim, poznańskim, radomskim, sieradzkim, tarnobrzeskim, wałbrzyskim i wrocławskim badań środowiskowych nie podejmowano lub przeprowadzano je niepełnym zestawem analiz. Zastrzeżenie budzi również niewłaściwa struktura populacji objętej badaniami, wyrażająca się znaczną przewagą liczby osób badanych w miastach na niekorzyść środowiska wiejskiego oraz znaczną przewagą liczby zbadanych dzieci nad osobami starszymi. Najliczniejszą grupę osób zbadanych w kierunku pasożytów jelitowych stanowiły dzieci w wieku 4—6 lat (19 510) oraz w wieku 0—3 lat (9223), najmniejszą osoby w wieku 20—24 lat (460).

М. Насиловска

КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТЫ

W. Nasiłowska

INTESTINAL PARASITES

Zbigniew Anusz

ŚWIERZB — 1980 ROK

W roku 1980 zarejestrowano 69 095 zachorowań na świerzba, o 30 300 zachorowań mniej (30,5%) niż w roku ubiegłym i o 9,8% mniej od mediany z lat 1975—1978 (tab. I). Zapadalność wynosiła 194,0 na 100 000 mieszkańców, oznacza to spadek zapadalności w stosunku do roku 1979 o 88,2/100 000.

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: ostrołęckim (523,5), białostockim (511,3) i chełmskim (464,2). Ponadto zapadalność przekraczającą średnią krajową stwierdzono jeszcze w 19 województwach.

Najniższa zapadalność występowała w województwach: krośnieńskim (45,0), wałbrzyskim (72,7), konińskim (78,4), pilskim (81,5), bialsko-podlaskim (82,7), leszczyńskim (83,4), nowosądeckim (91,9) i koszalińskim (94,6). Te tak duże różnice w zapadalności, nie rzadko między sąsiadującymi ze sobą województwami a nawet terenowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi sugerują, że rejestracja świerzbu nie wszędzie jest ustawiona właściwie.

Niski wskaźnik zapadalności wcale nie musi oznaczać postępu w walce ze świerzbem, przeciwnie może między innymi świadczyć o niewłaściwej zgłaszalności w województwie. I tak np. zapadalność w woj. wałbrzyskim wynosiła w 1980 r. — 72,7, a w pobliskim woj. wrocławskim — 231,8; podobnie w woj. st. warszawskim — 82,7, a w woj. ostrołęckim 523,5, a zatem odpowiednio 3 i 6 krotnie wyższa. Przeprowadzone przez nas kontrole w terenie potwierdziły te zastrzeżenia.

W latach 1976—1979 udział zachorowań ludności miejskiej (51,1%) był większy niż ludności wiejskiej (48,9%). Przeważały zachorowania wśród kobiet (51,9%) (tabela II). Najwyższy odsetek zachorowań notowano w grupie wieku 0—24 lata (68,5%), w tym 15—24 lat (27,9), 10—14 lat (15,6%), 5—9 lat (13,7%) oraz 0—4 lat (11,1%), najmniej powyżej 55 lat (4,6%) (tabela III). Hospitalizowano rocznie od 0,4 do 8,8% chorych.

Największą liczbę zachorowań rejestrowano w III i IV kwartale od września do marca (ryc. 1).

Najczęstsze skupiska zachorowań stanowiły środowiska domowe. Zdarzały się jednak zachorowania w szkołach i internatach obejmujące w ognisku przeszło 20 osób. Tylko sporadyczne zakażenia notowano w żłobkach i przedszkolach.

W 16 województwach zarejestrowano ogniska świerzbu przekraczające 10 zachorowań: st. warszawskie (1), bialsko-podlaskie (3), ciechanowskie (3), gorzowskie (3), kieleckie (2), lubelskie (2), olsztyńskie (12), ostrołęckie (1), piotrkowskie (4), poznańskie (1), sieradzkie (1), słupskie (1), szczecińskie (10), tarnobrzeskie (4), wałbrzyskie (5), wrocławskie (1).

Notowano również przypadki zakażeń szpitalnych (zakładowych) wywołanych przez *S. scabiei* czemu sprzyjała niezadawalająca czystość i de-

Tabela I. Świerzb w Polsce w latach 1976—1980. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Lp.	Województwo	1976—1978 Mediana		1979		1980	
		liczba zachorowań	zapa- dalność	liczba zachorowań	zapa- dalność	liczba zachorowań	zapa- dalność
	P O L S K A	76636	224,2	99395	282,2	69095	194,0
1	St. warszawskie	1711	79,4	2776	122,2	1906	82,7
2	Białkopodlaskie	1775	628,8	1540	541,1	1046	365,9
3	Białostockie	6945	1004,0	5830	920,3	3267	511,3
4	Bielskie	1675	215,0	3554	436,4	1696	205,5
5	Bydgoskie	1230	123,6	2441	238,7	1829	177,2
6	Chełmskie	994	448,2	646	282,7	1069	464,2
7	Ciechanowskie	989	247,8	1110	275,9	1177	290,9
8	Częstochowskie	875	120,3	1685	226,1	1081	144,7
9	Elbląskie	705	166,7	1434	330,3	787	179,1
10	Gdańskie	1346	107,8	1398	107,3	1472	111,0
11	Gorzowskie	916	211,0	2576	576,7	1547	341,5
12	Jeleniogórskie	1268	260,4	962	196,7	540	109,8
13	Kaliskie	484	75,1	1449	219,5	1099	165,0
14	Katowickie	6672	191,3	9023	247,5	6259	169,0
15	Kieleckie	3256	314,0	4246	400,5	2514	235,8
16	Konińskie	201	47,2	237	54,4	345	78,4
17	Koszalińskie	521	119,8	755	166,4	435	94,6
18	Miejskie krakow- skie	1432	127,8	2722	237,1	1609	138,4
19	Krośnieńskie	531	125,8	404	91,6	201	45,0
20	Legnickie	451	108,9	1723	387,3	1403	308,8
21	Leszczyńskie	142	41,4	469	132,6	297	83,4
22	Lubelskie	1770	200,0	1790	194,7	1126	121,1
23	Łomżyńskie	1775	548,4	1534	473,0	1060	326,2

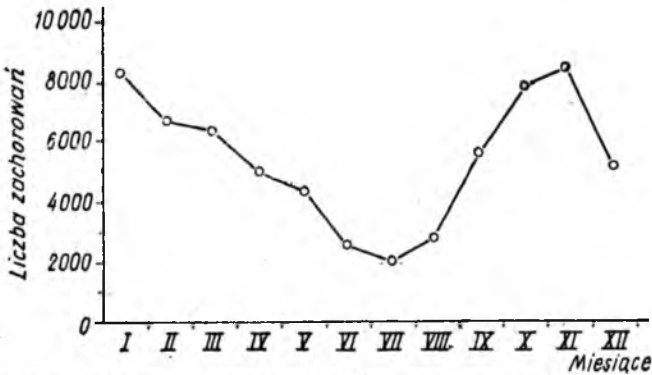
24	Miejskie łódzkie	6448	581,0	4350	389,1	3308	294,2
25	Nowosądeckie	759	126,7	1014	163,6	575	91,9
26	Olsztyńskie	2610	393,7	4067	604,0	2613	385,2
27	Opolskie	2355	242,5	2915	301,0	2107	217,1
28	Ostrołęckie	1697	468,8	2365	644,6	1940	523,5
29	Piłskie	179	42,9	381	88,7	354	81,5
30	Piotrkowskie	1053	180,6	2426	405,2	1466	243,3
31	Płockie	879	182,7	1201	244,8	1242	251,0
32	Poznańskie	1274	108,8	1823	150,0	1683	136,7
33	Przemyskie	1130	302,1	1465	387,8	1280	337,6
34	Radomskie	601	88,6	1897	272,7	1030	147,1
35	Rzeszowskie	1224	200,6	2478	389,0	1725	267,4
36	Siedleckie	1382	299,9	1100	179,4	719	116,9
37	Sieradzkie	693	179,0	922	235,5	583	148,0
38	Skierniewickie	578	148,6	1047	265,5	705	178,1
39	Słupskie	1095	307,6	1012	278,6	672	182,7
40	Suwalskie	2656	632,4	2689	643,0	1630	387,2
41	Szczecińskie	2992	350,3	1940	219,7	1803	201,7
42	Tarnobrzeskie	1055	197,2	1713	311,9	1238	223,1
43	Tarnowskie	750	128,9	1472	245,6	1044	172,7
44	Toruńskie	1305	222,3	2579	428,5	1688	277,4
45	Wałbrzyskie	960	134,4	1030	144,2	520	72,7
46	Wrocławskie	653	162,0	1353	327,2	1426	345,6
47	Wrocławskie	1707	166,4	3428	323,8	2484	231,8
48	Zamojskie	2237	474,9	1290	273,8	706	149,7
49	Zielonogórskie	583	100,5	1134	188,9	789	130,0

Tabela II. Świerzb u ludzi w Polsce. Zachorowania według środowiska i płci w latach 1976—1979

Rok	Miasto		Wieś		Kobiety		Mężczyźni	
	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%
1976	17855	47,8	19446	52,2	19693	51,8	18316	48,2
1977	34536	51,2	32940	48,8	35475	51,7	33188	48,3
1978	52277	52,0	48318	48,0	53737	52,3	48939	47,7
1979	44210	51,4	41849	48,6	45115	51,7	42095	48,3
1976— —1979	148881	51,1	142543	48,9	154020	51,9	142538	49,1

Tabela III. Świerzb u ludzi w Polsce. Zachorowania według wieku w latach 1976—1979

Rok	0—4		5—9		10—14		15—24		25—34		35—44		45—54		pow. 55	Ogółem				
	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%	L. zach.	%						
			32375	11,1	40183	13,7	46237	15,8	81955	27,9	37369	12,8	23087	7,9	18109	6,2	13419	4,6	292734	100,0
1976— —1979																				
1976			3974	10,7	5165	13,9	6338	17,0	10664	28,6	4319	11,6	2989	8,0	2083	5,6	1714	4,6	37246	100,0
1977			7255	11,2	8659	13,4	10042	15,5	17935	27,7	8269	12,8	5412	8,4	4079	6,3	3086	4,7	64737	100,0
1978			11017	11,2	13121	13,3	15432	15,7	27910	28,3	12755	12,9	7622	7,7	6165	6,3	4503	4,6	98525	100,0
1979			10129	11,0	13233	14,3	14425	15,6	25446	27,6	12026	13,0	7064	7,7	5783	6,3	4116	4,5	92226	100,0



Ryc. 1. Świerzb w Polsce w 1980 r. Sezonowość zachorowań.

zynfekcja bielizny i pościeli szpitalnej. Brak komór dezynfekcyjnych, częste awarie szpitalnych pralni oraz niedostateczne kontrole stanu sanitarnego pacjentów w izbach przyjęć oraz w czasie pobytu w szpitalu były niewątpliwie przyczyną szerzenia się świerzbu wśród pacjentów.

Ogólnie biorąc, rok 1980 można uznać za korzystny dla sytuacji epidemiologicznej świerzbu w Polsce. Mimo pogorszenia rejestracji świerzbu można przypuszczać, że obserwujemy rzeczywistą poprawę sytuacji epidemiologicznej. Poprawę tę można tłumaczyć lepszym w 1980 r. zaopatrzeniem aptek w leki przeciwświerzbowe, przeszkoleniem personelu służby zdrowia w zakresie diagnostyki i leczenia świerzbu oraz aktywnemu włączaniu się Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych w realizację opracowanych w 1978 roku „Wytycznych w sprawie zapobiegania i zwalczania świerzbu w Polsce”.

3. А н у ш

ЧЕСОТКА

Z. A n u s z

SCABIES

c.d. ze str. 112

(PDF) oraz aktywność fosfatazy zasadowej (AP) w płynie mózgowo-rdzeniowym w różnicowaniu zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. (Nr 34, str. 1293)

E. Patorska-Mach, I. Borowicz: Poziom immunoglobulin *IgG*, *IgA*, *IgM* u chorych na wirusowe zapalenie wątroby w zależności od stężenia bilirubiny w surowicy krwi. (Nr 35, str. 1333)

M. Gerwel: Ostra porfiria przerywana ujawniona w trakcie leczenia zimnicy chlorchiną. (Nr 35, str. 1351)

Z. Sagan, J. Dwielewicz-Trojaczek, A. Kendziorek: Niektóre wskaźniki odporności u ludzi starych. (Nr 37, str. 1409)

R. Wnuk: Niektóre aspekty toksyczności pokarmów. (Nr 39, str. 1463)

D. Bukowska, D. Serafińska, K. Sokotowska, W. Nasitowski: Właściwości immunogenne szczepionek jednoważnych przeciwko typom piocynowym pałeczki ropy błękitnej występujących u chorych oparzonych. (Nr 39, str. 1477)

Z. Krzemieński: Ekologia, epidemiologia i chorobotwórczość gronkowców jamy ustnej człowieka. (Nr 39, str. 1497)

M. Wrzyszc: Wpływ odczulania nieswoistego za pomocą szczepionki bakteryjnej na uwalnianie fosfatazy kwaśnej z leukocytów krwi obwodowej u chorych na dyshawicę oskrzelową. (Nr 40, str. 1513)

K. Kucharska-Demczuk: Limfocyty T płynu mózgowo-rdzeniowego w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (doniesienie wstępne). (Nr 40, str. 1535)

A. Balcar-Boroń, T. Pytel-Dąbrowska, A. Michalak, B. Barankiewicz: Antygenemia HBs u dzieci z różnymi zespołami hematologicznymi i jej wpływ na przebieg zasadniczej choroby. (Nr 42, str. 1597)

B. Turczyński, J. Przybyłowski, G. Krupa: Lepkość krwi u chorych na zapalenie płuc i ostre zapalenie dróg oddechowych. (Nr 42, str. 1607)

T. L. Chruściel, E. Rudzki, E. Stodolnik: Niepożądane działanie leków w Polsce. (Nr 42, str. 1611)

J. Sołtan, M. Kowalczyk: Przypadek tzw. samoistnego pęknięcia nerek w przebiegu małopłytkowości samistnej powikłanej wirusowym zapaleniem wątroby i cukrzycą sterydową. (Nr 43, str. 1657)

H. Chrostowska, A. Żóttowska: Immunoglobuliny i przeciwciała w surowicy krwi u krwiodawców nosicieli HBsAg. (Nr 45, str. 1721)

M. Zaremba: Chorobotwórczość *Yersinia enterocolitica* u ludzi. (Nr 46, str. 1793)

S. Chodyniecki, A. Musierowicz: Ocena słuchu chorych leczonych gentamycyną. (Nr 47, str. 1825)

M. Majkowska-Przybył, U. Wieczorek, B. Woźniak: Wybrane wirusy pneumotropowe w przewlekłych schorzeniach dróg oddechowych. (Nr 49, str. 1899)

J. Hatasa: Propozycja zmiany schematu postępowania w badaniach nosicielstwa bakterii z rodzaju *Salmonella-Shigella*. (Nr 49, str. 1929)

POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY, 1980, 52

E. Szelachowska, J. Wojdalski, M. Wasielica: Przypadek promienicy poprzeczniczy. (Nr 4, str. 341)

J. Bogusz: W sprawie sączkowania (drenażu) jamy brzusznej w zgorzeliowym zapaleniu wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem (Nr 5, str. 373)

P. Kamiński, A. Kowalski, C. Gągała i inni: Rozpoznanie i leczenie ropni międzyjelitowych. (Nr 6, str. 499)

J. Łapiński, A. Badowski, Z. Dumański: Promienica żołądka. (Nr 11, str. 1011)

Opracował: Zbigniew Anusz

Aniela Adonajło

OSTRE ZATRUCIE CHEMICZNYMI ŚRODKAMI OCHRONY ROŚLIN

W roku 1980 w Polsce notowano 122 zatrucia chemicznymi środkami ochrony roślin — na terenie 39 województw. Zapadalność ogólna wyniosła 0,3 na 100 000 ludności. Największą liczbę — 14 zatruc, notowano w województwie lubelskim oraz 11 przypadków w województwie jeleńiogórskim. W pozostałych 37 województwach liczba zatruc wahała się od pojedynczych do 9 przypadków (tab. I).

Wśród chorych było 89 mężczyzn (zapadalność 0,5/100 000) i 33 kobiety (zapadal. 0,2/100 000).

W 12 przypadkach zatrucie środkami ochrony roślin zakończyło się zgonem (śmiertelność — 9,8%).

Oprócz wymienionych przypadków zatruc, notowano 20 przypadków umyślnych zatruc środkami ochrony roślin (cel samobójczy); wśród nich zmarło 19 osób.

Zatrucia chemicznymi środkami ochrony roślin (nieumyślne) dotyczyły wszystkich grup wieku, lecz najczęściej osób w wieku 20—29 lat — 34 przypadki (tab. II). Duży odsetek chorych stanowiły dzieci w wieku od 0 do 14 lat — 20 przypadków — 16,3%. W grupie dzieci notowano jeden zgon u dziecka 5-letniego; zmarło ono w 2 godziny po wypiciu resztek środka chemicznego (gamakarbatox) z porzuconej butelki po oranżadzie, którą dziecko znalazło w trawie.

Również 3 osoby dorosłe zmarły po wypiciu przez pomyłkę środka chemicznego ochrony roślin, przechowywanego w butelkach po oranżadzie. W pozostałych przypadkach, zakończonych zgonem, sześć osób wypilo nieświadomie środek chemiczny — znajdując się w upojeniu alkoholowym, zaś dwie osoby dokonywały zabiegów ochrony roślin — po uprzednim wypiciu alkoholu.

Wśród osób dorosłych, które uległy zatruciu, właściciele działek stanowili 48,4%, rolnicy — 36,1%, traktorzyści — 14,7% i pracownicy gospodarstw rolnych — 0,8%. Najczęstszą przyczynę zatruc stanowiły zabiegi dokonywane bez użycia odzieży ochronnej; dotyczyło to zwłaszcza opylania, opryskiwania roślin i zaprawiania ziarna.

Największą liczbę przypadków ostrych zatruc środkami ochrony roślin notowano w czerwcu — 27,6% i lipcu — 21,1%, mniej przypadków było w maju — 13,8%.

Tabela I. Ostre zatrucia środkami ochrony roślin w Polsce w 1980 roku. Zachorowania, zapadalność i zgony wg płci i województw

Województwa	Liczba zachorowań			Zapad. na 100 000	Liczba zgonów
	mężczyźni	kobiety	ogółem		
1. St. warszawskie	2	—	2	0,1	
2. Białkopodlaskie	1	—	1	0,3	
3. Białostockie	2	3	5	0,8	
4. Bielskie	—	1	1	0,1	
5. Bydgoskie	2	1	3	0,5	
6. Chełmskie	1	—	1	0,4	
7. Ciechanowskie	1	—	1	0,2	
8. Elbląskie	3	—	3	0,7	I
9. Gdańskie	2	—	2	0,2	
10. Gorzowskie	1	—	1	0,2	I
11. Jeleniogórskie	7	4	11	2,2	I
12. Kaliskie	4	—	4	0,6	I
13. Katowickie	1	—	1	0,03	
14. Kieleckie	3	1	4	0,4	
15. Konińskie	3	—	3	0,7	
16. Koszalińskie	1	—	1	0,2	
17. Leszczyńskie	3	—	3	0,8	I
18. Lubelskie	11	3	14	1,5	2
19. Miejskie łódzkie	1	—	1	0,1	
20. Nowosądeckie	5	1	6	1,0	I
21. Olsztyńskie	2	—	2	0,3	
22. Opolskie	1	1	2	0,2	
23. Ostrołęckie	—	1	1	0,3	
24. Piłskie	—	1	1	0,2	
25. Piotrkowskie	2	2	4	0,7	
26. Płockie	—	1	1	0,2	
27. Poznańskie	7	2	9	0,7	
28. Radomskie	4	2	6	0,9	I
29. Rzeszowskie	1	—	1	0,2	
30. Siedleckie	1	1	2	0,3	
31. Sieradzkie	1	—	1	0,3	
32. Szczecińskie	2	—	2	0,2	
33. Tarnobrzescie	3	—	3	0,5	I
34. Tarnowskie	1	—	1	0,2	I
35. Wałbrzyskie	—	1	1	0,1	
36. Włocławskie	1	—	1	0,2	
37. Wrocławskie	2	—	2	0,2	
38. Zamojskie	5	4	9	1,9	
39. Zielonogórskie	2	3	5	0,8	I
Razem	89	33	122		12
Zapadalność na 100 000	0,5	0,2		0,3	

Województwa nie wymienione w tabeli, nie notowały zatruc chemicznymi środkami ochrony roślin.

Tabela II. Ostre zatrucie środkami ochrony roślin w 1980 roku. Liczba zachorowań i zgonów według wieku

Grupa wieku w latach	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
0—4	4	0
5—9	10	1
10—14	6	0
15—19	7	0
20—29	34	1
30—39	17	2
40—49	20	4
50—59	14	4
60+	10	—
Razem	122	12

A. Адонайло

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПЕСТИЦИДАМИ

A. Adonajlo

ACUTE PESTICIDE POISONINGS

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

1. Przegląd Epidemiologiczny jest organem Państwowego Zakładu Higieny i Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Redakcja Przeglądu Epidemiologicznego zamieszcza:
 - a) prace doświadczalne, terenowe i poglądowe z dziedziny epidemiologii i jej pogranicza;
 - b) prace kliniczne, poglądowe oraz doniesienia kliniczne z zakresu chorób zakaźnych;
 - c) streszczenia z prac obcych;
 - d) oceny książek;
 - e) sprawozdania z działalności poszczególnych Oddziałów Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.
2. Prace przeznaczone do druku powinny być nadsyłane do Redakcji w 2 egzemplarzach maszynopisu, format A4, pisane jednostronnie, z zachowaniem marginesu 4 cm z lewej strony i podwójnych odstępów pomiędzy wierszami (31 wierszy na stronie). Kartki powinny być numerowane.
3. Praca powinna mieć następujący układ:
 - a) IMIĘ (pełne) i NAZWISKO autora (ów);
 - b) TYTUŁ PRACY (możliwie krótki);
 - c) NAZWA INSTYTUCJI (w pierwszym przypadku);
 - d) IMIĘ (pierwsza litera) i NAZWISKO kierownika zakładu;
 - e) KRÓTKIE STRESZCZENIE pracy (jaskółka), umieszczone między tytułem a tekstem, które powinno wprowadzić czytelników w treść pracy, nie przekraczające 3—5 zdań (4—6 wierszy druku);
 - f) WSTĘP, wprowadzający zwięźle w zagadnienie, powinien być możliwie krótki;
 - g) MATERIAŁ I METODY doświadczeń należy podać jasno i wyczerpująco, powołując się na piśmiennictwo. W przypadku zastosowania nowych, oryginalnych metod lub własnych modyfikacji dopuszczalne jest podanie dokładnego opisu;
 - h) WYNIKI BADAŃ należy przedstawić zwięźle, najlepiej w formie tabel, wykresów lub rycin;
 - i) OMÓWIENIE powinno zawierać krytyczną ocenę wyników własnych badań na tle piśmiennictwa;
 - j) WNIOSKI należy sprecyzować w punktach lub podać krótko w formie opisowej;
 - k) STRESZCZENIE powinno rekapitulować w najkrótszy sposób fakty i wnioski zawarte w pracy. Powinno być zrozumiałe bez potrzeby czytania całej pracy i w zasadzie nie powinno zawierać więcej, niż 20 wierszy maszynopisu. Streszczenia w języku polskim należy dołączyć w 3 oddzielnych egzemplarzach, z podaniem imienia (pierwsza litera) i nazwiska oraz tytułu pracy.
 - l) PIŚMIENNICTWO w zasadzie powinno zawierać więcej, niż kilkanaście pozycji. Musi być ułożone w porządku alfabetycznym, w grupach liczących po 10 pozycji. Należy uwzględnić wyłącznie te prace, na które autor powołuje się w treści. Przy cytowaniu prac w tekście należy podawać w nawiasach tylko liczbę porządkową odnośnej publikacji w spisie piśmiennictwa, a nie podawać roku; należy unikać częstego cytowania nazwisk w tekście. W wykazie piśmiennictwa winna być zachowana następująca kolejność:
 - a) nazwisko autora,
 - b) pierwsza litera imienia,
 - c) tytuł czasopisma w uznanym skrócie, d) rok, tom numer oraz pierwsza strona prac. Dla książek, ponadto tytuł oraz miejsce i rok wydania.
4. MATERIAŁ ILLUSTRACYJNY (tabele, ryciny, fotografie), ograniczony do niezbędnego minimum, należy załączyć do pracy w oddzielnej kopercie. Na odwrocie każdej ryciny należy podać: nazwisko autora, tytuł pracy, kolejny numer ryciny, oraz oznaczyć jej dół i górę. Fotografie winny być dostatecznie ostre, wykonane na błyszczącym papierze, rysunki czarnym tuszem na kalce technicznej, w wymiarze przyszej reprodukcji lub większe, opisy wykonane pismem technicznym. Na oddzielnej kartce należy zamieścić podpisy pod ryciną. Tabele należy pisać na maszynie (nie mogą być na błyszczącym papierze), na oddzielnych stronach i ponumerować kolejno cyframi rzymskimi

*Henryk Kirschner, Alicja Ostrowska, Bożena Sawicka,
Jerzy Szewczyński, Janina Woroszyńska, Włodzimierz Borkowski*

NIEDOBORY ŻELAZA U KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM *

III. OCENA ROZPOWSZECHNIENIA NIEDOKRWISTOŚCI

Z Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Warszawie

Dyrektor: prof. dr hab. med. H. Kirschner

i z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Centrum Medycznego Kształcenia
Podyplomowego

Kierownik: prof. dr hab. med. J. Krawczyński

W badaniach losowej próby mieszkanek Warszawy w wieku 18—45 lat częstość występowania niedokrwistości wynosiła 15%, co odpowiada sytuacji w rozwiniętych krajach europejskich. Społeczne uwarunkowania niedokrwistości nie odgrywały istotnej roli. Stwierdzono natomiast wpływ krwawień miesięczkowych, przebytych porodów a także względnie ciężaru ciała, który dodatnio korelował z poziomem Hb.

Dotychczasowe badania nad rozpowszechnieniem niedokrwistości u kobiet w naszym kraju dotyczyły z reguły różnych grup zawodowych a także ciężarnych i położnic (2, 12, 13, 14, 19, 23). Brakowało badań, w których posługiwano by się losową próbą kobiet, co zawężyło możliwości oszacowania tego zjawiska.

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki badań przekrojowych nad występowaniem niedokrwistości u kobiet warszawskich w 1976 r. Praca stanowi część szerszych badań, które kontynuowano również w latach następnym.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wiosną 1976 r., w trzech dzielnicach Warszawy: Ochota, Wola, Praga-Północ.

Materiał. Do pobrania próby posłużono się listami wyborczymi przygotowanymi na początku 1976 r., z których wylosowano 2155 kobiet w wieku 18—45 lat. Szczegółowy opis pobrania i oceny próby przedstawiono w poprzedniej publikacji (9). Z wylosowanych kobiet zbadano 1714 (79,6%). Główną przyczyną nieuczestniczenia w badaniu była niedostępność wylosowanych kobiet z powodu czasowej nieobecności, bądź zmiany miejsca zamieszkania.

* Praca częściowo subwencjonowana z funduszu Marii Curie-Skłodowskiej w ramach umowy Nr 05-652-R zawartej z National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, USA.

Z analizy wyłączono 64 kobiety ciężarne. Przedstawione wyniki dotyczą zatem 1650 kobiet nieciężarnych, tj. 76,5% próby.

Przebieg badań. W badaniach oznaczano poziom Hb i wartość hematokrytu w próbkach krwi pobranej z żyły łokciowej. Z tych parametrów wyliczono średnie stężenie hemoglobiny w krwinkach czerwonych (MCHC). Ponadto wypełniano kwestionariusz uwzględniający dane o statusie społecznym, stanie zdrowia, wzroście i ciężarze ciała, przebytych ciążyach i porodach, krwawieniach miesięczkowych (obfitość i czas krwawień) oraz odżywianiu się kobiet. Tylko część danych kwestionariuszowych wykorzystano w niniejszej pracy.

Metody laboratoryjne. Oznaczenie poziomu Hb wykonano za pomocą metody cyanmethemoglobinowej, przy użyciu zmodyfikowanego roztworu Drabkina oraz wzorca cyanohemoglobiny dostarczonego przez „Biomed”. Wartość hematokrytu oznaczano za pomocą mikrometody, w podwójnych próbkach, stosując mikrowirówkę (Janetzki TH 12) przy czasie wirowania 3 min. z szybkością 10 000 ob/min.

Ze stosunku poziomu Hb w g% do wartości hematokrytu obliczano średnie stężenie hemoglobiny w krwinkach czerwonych (MCHC).

Kryteria diagnostyczne. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia za kryterium rozpoznania niedokrwistości dla kobiet nieciężarnych przyjęto stężenie Hb poniżej 12,0 g% (7,4 mmol/l). Zgodnie z tymi samymi zaleceniami odpowiednie kryterium dla hematokrytu obejmowało wartości poniżej 38 (20). Dla MCHC jako wartość progową normy przyjęto 31,5%.

Metody statystyczne. Różnice w rozkładach oceniano za pomocą testu chi kwadrat. Dla porównania wartości przeciętnych Hb posługiwano się analizą wariancji, a współzależność między poziomem Hb i pozostałymi zmiennymi określano za pomocą metody korelacji cząstkowej (1).

WYNIKI

1. Rozkład i średnie wartości stężenia Hb, Ht i MCHC

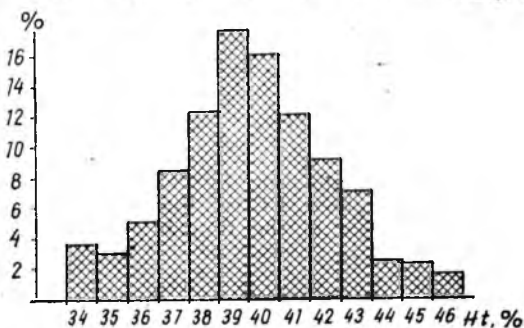
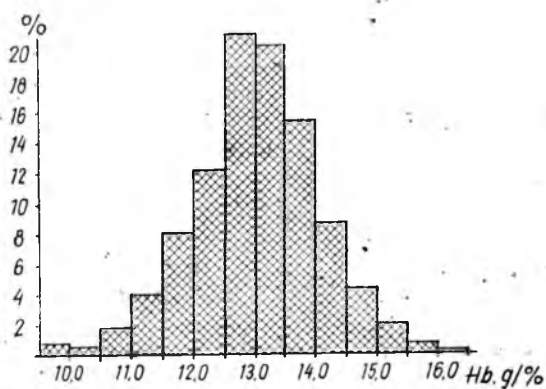
Rozkład poziomów Hb oraz wartości Ht przedstawiono na ryc. 1. Obydwa rozkłady wykazują podobieństwa, jak również pewne różnice. Krzywa rozkładu Hb jest bardziej stroma w porównaniu z krzywą Ht. Najliczniej są reprezentowane wartości stężenia Hb w granicach od 12,5 do 12,9 g%. Dla Ht najliczniejsza klasa odpowiada wartości 39 vol %.

Odsetek kobiet z poziomem Hb niższym od 12 g% wynosi 15,0% i zgodnie z przyjętym kryterium określa rozpowszechnienie niedokrwistości w badanej populacji. Kobiety uznane za anemiczne skupiają się w przedziale stężeń Hb od 11,0 do 11,9 g%. Tylko 1/5 z nich miała poziom Hb niższy od 11,0 g%, co stanowi około 3% próby. Poziom niższy od 10,0 g% miało zaledwie 13 kobiet (0,78% próby).

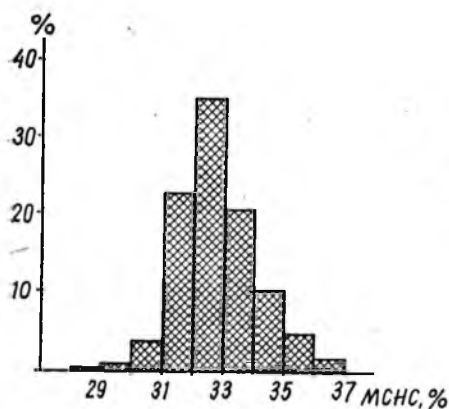
Odsetek kobiet z wartością Ht niższą od 38 wynosi 19,6%. Gdyby zatem rozpoznawanie niedokrwistości w badanej populacji opierać na tym wskaźniku to odsetek kobiet anemicznych byłby większy w porównaniu z kryterium jakie stwarza poziom Hb.

Średnie stężenie Hb wynosiło $12,95 \pm 1,02$ g%, a średnia wartość hematokrytu $39,6 \pm 2,8$ vol %.

Rozkład wartości MCHC przedstawiono na ryc. 2. Do najczęstszych należą wartości w przedziale 32,0—32,9%, który skupia 35% wyników. Po-



Ryc. 1. Stężenie hemoglobiny (A) i wartość hematokrytu (B) — rozkład w odsetkach.



Ryc. 2. Średnie stężenie hemoglobiny w krwinkach czerwonych (MCHC) — rozkład w odsetkach.

niziej wartości progowej ustalonej w niniejszych badaniach na poziomie MCHC równym 31,5⁰/o mieściło się około 20⁰/o wyników. Średnia wartość MCHC wynosiła 32,7 ± 1,3⁰/o.

W tabeli I porównano wyniki oznaczeń wskaźników hematologicznych u kobiet warszawskich z odpowiednimi danymi dla kobiet amerykańskich, a także dla kobiet fińskich. Pod względem rozpowszechnienia nie-

Tabela I. Poziom hemoglobiny i wartość hematokrytu w próbie kobiet warszawskich w porównaniu z danymi badań amerykańskich i fińskich

	kobiety			
	warszawskie	amerykańskie ¹⁾		fińskie ²⁾
		białe	czarne	
Liczba	1650	1758	618	10890
Wiek, lata	18—45	18—44		20—49
Hb, g ^o / _o				
wartość średnia	12,95	13,92	13,02	13,47
mediana	12,97	14,02	13,09	brak danych
odsetek wartości poniżej 12,0 g ^o / _o	15,0	4,7	16,4	7,1
Ht, %				
wartość średnia	39,6	41,3	39,6	41,6
mediana	40,0	41,4	40,2	brak danych
odsetek wartości poniżej 38 ^o / _o	19,6	10,4	22,3	6,3

¹⁾ First Health and Nutrition Examination Survey, United States, 1971—1972: Dietary intake and biochemical findings. NCHS, Rockville, Md., January 1974.

²⁾ Heikki Takkanen: Iron deficiency in the Finnish adult population. Scand. J. Haematology, Suppl. No 25, 1976.

dokrwistości kobiety warszawskie wykazują podobieństwo do czarnych kobiet amerykańskich (15,0 i 16,4^o/_o odpowiednio). W zgodzie z powyższym stwierdza się również podobieństwo obu prób w średnich poziomach Hb (12,95 i 13,02 g^o/_o), Ht (39,6 i 39,6) oraz w odsetkach wartości Ht poniżej wartości krytycznej (19,6 i 23,3^o/_o).

W porównaniu z białymi Amerykankami kobiety warszawskie mają średnio poziom Hb o 1 g^o/_o niższy (12,95 wobec 13,92 g^o/_o) i odpowiednio niższy hematokryt (39,6 wobec 41,3^o/_o). Rozpowszechnienie niedokrwistości u kobiet fińskich jest dwukrotnie niższe niż wśród kobiet warszawskich, ale nieco wyższe niż u białych Amerykanek.

2. Zależność poziomu Hb od niektórych zmiennych społeczno-demograficznych i biologicznych

Wiek. Stwierdzono, że odsetek kobiet z niedokrwistością (Hb < 12,0 g^o/_o) nieznacznie maleje z wiekiem. W przedziale wieku 25—29 lat występuje pewien nadmiar kobiet z obniżonym poziomem Hb (12,0—12,9 g^o/_o) i niedobór kobiet z wyższym poziomem Hb (≥ 13,0 g^o/_o). Żadna jednak z zależnych od wieku różnic w poziomie Hb nie była istotna.

Stan cywilny. Odsetek kobiet z niedokrwistością był najwyższy wśród pań (17^o/_o), a najniższy wśród wdów, rozwiedzionych lub żyjących w separacji (10,2^o/_o). Odgrywa tu także rolę wiek reprezentantek grup stanu cywilnego, ponieważ po wiekowej standaryzacji danych występujące różnice uległy zmniejszeniu.

Wykształcenie i wykonywany zawód. Stężenie Hb nie było w sposób istotny związane z wykształceniem kobiet, chociaż

zwraca uwagę, że kobiety które ukończyły tylko szkołę podstawową lub zasadniczą zawodową miały przeciętną wartość Hb wyższą o 0,2 g% od tych, które legitymowały się wykształceniem powyżej średniego (pomalne, nieukończone wyższe lub wyższe). Wynikało to przede wszystkim ze zwiększonego odsetka obniżonych poziomów Hb, tj. w przedziale 12,0—12,9% (kosztem wartości powyżej 13,0 g%) w klasie wykształcenia półwyższego i wyższego.

Zależność między poziomem Hb a wykonywanym zawodem przedstawia tabela II. Przyjęte pogrupowanie zawodów wzorowano na opracowaniu Instytutu Filozofii i Socjologii PAN (15).

Tabela II. Rodzaj zawodu a poziom Hb (rozkład w odsetkach i średnie stężenie Hb)

Rodzaj zawodu	n	Poziom Hb, g%				M±SD	<12,0	
		<11,5	11,5—11,9	12,0—12,9	≥13,0		n	%
Pracownice fizyczne i szeregowy pracownicy usług	543	6,2	7,0	34,6	52,2	13,02 1,00	71	13,2
Zawody techniczne	187	7,5	5,3	44,3	42,9	12,84 1,00	24	12,8
Urzędniczki i inne zawody nietechniczne	576	7,0	9,8	30,6	52,6	12,95 1,07	97	16,8
Uczące się	143	4,9	7,7	32,9	54,5	13,00 1,00	18	12,6
Nie pracujące zarobkowo	201	8,7	9,7	32,1	49,5	12,92 1,08	37	18,4

Wartość χ^2 dla rozkładu poziomów Hb=19,23; p=0,06

Jak wynika z tabeli II najwyższy odsetek kobiet z niedokrwistością występuje wśród urzędniczek i innych zawodów nietechnicznych (16,8%) oraz wśród kobiet niepracujących zarobkowo (18,4%). Struktura społeczna tej ostatniej grupy jest złożona, ale istnieją wskazówki, że większość należących do niej kobiet nie podejmuje pracy zarobkowej z powodu złego stanu zdrowia lub opieki nad małymi dziećmi.

Bardziej korzystny rozkład stężeń Hb można zaobserwować w grupie kobiet uczących się. Również pracownice fizyczne oraz przedstawicielki zawodów technicznych wykazują nieco niższe odsetki przypadków z niedokrwistością. W klasie zawodów technicznych zwraca jednak uwagę większy odsetek wartości Hb w przedziale 12,0—12,9 g% kosztem wartości powyżej 13,0 g%. Różnice w odsetkowym rozkładzie poziomów Hb, zależne od rodzaju pracy, były bliskie istotności statystycznej (p = 0,06).

Względny ciężar ciała. Ciężar względny stanowi stosunek rzeczywistego do należnego ciężaru ciała w odsetkach. Ciężar należy obliczono ze wzoru *Broca-Brugscha*.

Rozkład poziomów Hb zależnie od względnego ciężaru ciała przedstawia tabela III. U kobiet szczupłych (ciężar rzeczywisty $\leq 90\%$ ciężaru

Tabela III. Ciężar względny ciała a poziom Hb (rozkład w odsetkach i średnie stężenie Hb)

Względny ciężar ciała w %	Liczba kobiet	Poziom Hb, g/o					Kobiety z poziomem Hb < 12,0 g/o	
		< 11,5	11,5—11,9	12,0—12,9	$\geq 13,0$	M \pm SD	n	%
≤ 90	402	10,3	10,1	37,5	42,1	12,74 1,07	82	20,4
91—110	825	6,4	8,3	34,1	51,2	12,94** 0,99	121	14,7
111—120	218	5,1	6,5	30,7	57,7	13,07* 1,00	25	11,6
> 120	205	3,9	5,4	28,1	62,6	13,16** 0,96	19	9,3

Wartość χ^2 dla rozkładów poziomów Hb = 29,4; $p < 0,001$

Istotność różnic przeciętnego poziomu Hb w stosunku do wartości przy względnym ciężarze ciała ≤ 90 (test Studenta): * — $p < 0,01$

** — $p < 0,001$

należnego) bardziej częste były przypadki z niskim poziomem Hb aż do niedokrwistości włącznie (20,4%). W miarę wzrostu ciężaru względnego, w sposób bardzo wyraźny maleje odsetek kobiet w klasach niskich poziomów Hb, a zwiększa się ich odsetek w przedziale poziomów Hb $\geq 13,0$ g/o. Różnice te są statystycznie wysoce istotne.

K r w a w i e n i a m i e s i ą c z k o w e. Średni poziom Hb i odsetek kobiet z niedokrwistością w każdej z klas czasu trwania i obfitości miesiączek przedstawia tabela IV.

Dane o charakterze miesiączek są oparte na samoocenie badanych kobiet. Należy podkreślić jednak, że rutynowo zadawane pytania pomocnicze (np. dotyczące obecności skrzepów w krwi miesiączkowej, które stanowiły podstawę do klasyfikowania miesiączek jako obfite) pozwalały na rozstrzygnięcie wątpliwości pojawiających się w czasie wywiadu i służyły obiektywizacji danych.

Jak wynika z tabeli IV ze wzrostem czasu trwania lub obfitości miesiączek średni poziom Hb obniża się i równolegle rośnie odsetek kobiet wykazujących niedokrwistość. Różnice między średnimi były statystycznie istotne tylko w przypadku czasu trwania miesiączek. Zwraca jednak uwagę niejednorodność rozkładów stężenia Hb przyporządkowanych każdej z klas w obu rozpatrywanych zmiennych o czym świadczą wyniki testu jednorodności wariancji *Bartletta*.

Odsetki kobiet z niedokrwistością w poszczególnych klasach wyraźnie różniły się między sobą. Na przykład wśród 579 kobiet z czasem

Tabela IV. Samoocena czasu trwania i obfitości miesiączek a średni poziom Hb i odsetek kobiet z niedokrwistością

Charakterystyka miesiączek	Poziom Hb, g%			Kobiety z poziomem Hb < 12,0 g%	
	n	\bar{x}	SD	n	%
Czas trwania:					
≤ 4 dni	579	13,06	0,97	65	11,2
5 dni	487	12,91	1,03	73	15,0
≥ 6 dni	496	12,84	1,11	92	18,5
zmiennie	73	12,97	1,14	16	21,9
kobiety nie miesiączkujące	15	13,02	0,66	1	6,7
Istotność różnic	1)	chi ² =14,30; p<0,01			
	2)	F= 3,24; p<0,05			
Obfitość:					
skąpa	148	13,12	1,00	18	12,2
umiarkowana	680	12,96	0,99	96	14,1
obfita	588	12,89	1,08	101	17,2
zmienna	219	12,95	1,09	31	14,2
kobiety nie miesiączkujące	15	13,02	0,66	1	6,7
Istotność różnic	1)	chi ² =9,77; p<0,05			
	2)	F=1,47; p>0,05			

1) test jednorodności wariancji Bartletta

2) test jednorodności średnich F Snedecora (analiza wariancji)

 \bar{x} — wartość średnia

SD — odchylenie standardowe

trwania krwawień miesiączkowych 4 lub mniej dni było 11,2% przypadków niedokrwistości, a wśród 496 kobiet z krwawieniami trwającymi 6 lub więcej dni przypadków takich było 18,5%. Z kolei przy miesiączkach ocenianych jako skąpe (n = 148) odsetek niedokrwistości wynosił 12,2%, a przy miesiączkach obfitych (n = 588) — 17,2%. Zmienny czas krwawień był związany z najwyższym odsetkiem niedokrwistości 21,9% przy n = 75).

Ciąże, porody i karmienie piersią. Nie stwierdzono ukierunkowanych zależności między liczbą przeżytych ciąży (niezależnie od ich losu) a poziomem Hb i częstością występowania niedokrwistości. Natomiast zależność taka wystąpiła, gdy wzięto pod uwagę liczbę przeżytych porodów i po wyłączeniu z analizy kobiet, który nigdy nie były w ciąży. Wzrostowi liczby porodów odpowiada zmniejszanie się przeciętnego poziomu Hb i zwiększanie odsetka kobiet z niedokrwistością.

Jak wynika z tabeli V, u kobiet, które nie miały porodów mimo zachodzenia w ciążę (n = 94), średni poziom Hb wynosił $13,26 \pm 1,00$ g%, a odsetek kobiet z niedokrwistością liczył 6,4%. Po 3 przeżytych porodach średni poziom Hb wynosił $12,81 \pm 1,19$ g%, a po 4 porodach — $12,42 \pm 0,86$ g%. Odpowiednie odsetki kobiet z niedokrwistością wynosiły w tych przypadkach 22,8 i 25,0%.

Z punktu widzenia ryzyka niedokrwistości istotna jest częstość z jaką porody następują. Pośredniej informacji na ten temat dostarczyły odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby posiadanych dzieci do lat 7. Jak

Tabela V. Porody i karmienie piersią a średni poziom Hb i odsetek kobiet z niedokrwistością

Dane wywiadu	Poziom Hb, g%			Kobiety z poziomem Hb < 12,0g%		
	n	\bar{x}	SD	n	%	
Liczba porodów prawidłowych ³	0	94	13,26	1,00	6	6,4
	1	622	12,94	1,02	83	14,1
	2	412	12,92	1,02	59	14,4
	3	57	12,81	1,19	13	22,8
	≥4	12	12,42	0,86	3	25,0
Istotność różnic	1)	chi ² =3,66; p>0,05 F=3,29; p<0,05				
Liczba dzieci do lat 7 ³	0	644	13,00	1,02	76	11,8
	1	459	12,92	1,03	74	16,1
	2	87	12,85	1,07	15	17,2
	≥3	7	11,38	1,03	4	57,0
	Istotność różnic	1)	chi ² =0,405; p>0,05 F=5,69; p<0,01			
Poród w ostatnich 12 miesiącach ⁴	tak	90	12,77	1,10	21	23,3
	nie	1013	12,94	1,02	142	14,0
Istotność różnic	1)	chi ² =0,89; p>0,05 F=2,08; p<0,05				
Karmienie piersią w ostatnich 12 m-cach		50	12,74	1,22	11	22,0

1) Test jednorodności wariancji Bartletta

2) Test jednorodności średnich F Snedecora

3) Dotyczy kobiet, które kiedykolwiek zachodziły w ciążę; n=1197,

4) Dotyczy kobiet, które odbyły przynajmniej 1 poród; n=1103

wynika z tabeli V, kobiety, które nie posiadały małych dzieci (n = 644) miały nieco wyższy niż przeciętny dla próby poziom Hb i niższy odsetek kobiet z niedokrwistością. W miarę zwiększania się liczby małych dzieci, przeciętny poziom Hb ulegał obniżeniu, a odsetek kobiet z niedokrwistością zwiększał się. Wśród siedmiu kobiet, które miały 3 lub więcej dzieci do lat 7 aż cztery były anemiczne.

U kobiet, które przebyły poród w roku poprzedzającym badanie (n = 90) odsetek anemicznych osiągnął 23,3% i tylko 14% wśród tych, które miały porody wcześniej. Wśród kobiet karmiących w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem (n = 50) odsetek anemicznych wynosił 22,0%.

Współzależność między zmiennymi. Analizę przeprowadzono za pomocą metody korelacji cząstkowej w odniesieniu do niektórych zmiennych ilościowych. Współczynnik korelacji cząstkowej między zróznicowaniem wyjaśnione przez jedną zmienną niezależną, gdy pozostałe zmienne wyjaśniły już odpowiednią część zmienności.

Obok poziomu Hb wzięto pod uwagę względny ciężar ciała, czas trwania miesiączek oraz wykształcenie (poziom wykształcenia wyrażono za pomocą skali ilościowej). Spośród analizowanych zmiennych najmocniejszy związek z poziomem Hb wykazywał względny ciężar ciała ($r = 0,12$, $p < 0,001$). W następnej kolejności odgrywał rolę czas trwania miesiączek ($p < 0,05$), natomiast moc związku między poziomem Hb i wykształceniem nie była statystycznie istotna.

OMÓWIENIE

Rozpowszechnienie niedokrwistości w losowej próbie kobiet w wieku 18—45 lat, wziętej z trzech dzielnic Warszawy, nie różni się w sposób istotny od odpowiednich danych z Wielkiej Brytanii (3,8), RFN (16), ale jest niższe niż np. w Szwecji (6), a wyższe niż w Finlandii (17) czy wśród białych kobiet amerykańskich (5) jeśli porównania takie ograniczyć wyłącznie do krajów rozwiniętych. Warto podkreślić, że badania przeprowadzono w okresie rozpoczynającego się kryzysu gospodarczego. Wyniki obecne mogłyby się okazać mniej korzystne.

Zdecydowana większość przypadków niedokrwistości u nieciężarnych kobiet warszawskich dotyczyła poziomów Hb w przedziale 11,0—11,9 g%. Tylko 1/5 kobiet uznanych za anemiczne według kryterium ŚOZ miało poziom Hb niższy od 11,0 g%. Wynika z tego, że zaawansowane postaci niedokrwistości dotyczyły około 3% kobiet warszawskich w wieku rozrodczym.

Ocena wartości hematokrytu wykazała nieco wyższy odsetek niskich poziomów niż w przypadku hemoglobiny, chociaż zgodność między obu parametrami w niniejszej pracy była większa niż np. w badaniach wśród białych kobiet amerykańskich i odpowiadała wynikom uzyskanym wśród Murzynek amerykańskich (5).

Wyniki pracy świadczą, że średnie stężenie Hb w krwinkach czerwonych (MCHC) ulega skupieniu w dość wąskim przedziale wartości. Tym samym możliwości różnicowania stanów deficytu żelaza na podstawie tego wskaźnika wydają się być ograniczone.

Czynniki demograficzno-społeczne nie miały decydującego znaczenia w różnicowaniu poziomu Hb i rozpowszechnienia niedokrwistości. Niemniej na uwagę zasługuje zaznaczająca się tendencja do bardziej częstego występowania niskich poziomów Hb wśród pracownic umysłowych z grupy urzędniczek i innych zawodów nietechnicznych.

Paluch i wsp. (13, 14) w badaniach poziomu Hb różnych grup zawodowych, przeprowadzonych na terenie Łodzi tuż po II wojnie światowej stwierdził wyższe wartości u kobiet pracujących umysłowo w porównaniu z pracownicami fizycznymi. Dąbrowski (2) kilka lat później w podobnych badaniach na Śląsku nie obserwował różnic poziomu Hb u kobiet ciężarnych w zależności od środowiska społecznego. Natomiast w badaniach własnych stwierdzono istotnie wyższy przeciętny poziom Hb u 1680 pracownic fizycznych dwóch stołecznych zakładów przemysłowych w porównaniu z losową próbą mieszanek Warszawy (10). Częstość występowania niedokrwistości wśród robotnic wynosiła 5,3%, tj. była prawie trzykrotnie mniejsza niż w miejskiej próbie losowej. Niższą częstość występowania niedokrwistości wśród pracownic fizycznych w porównaniu z umysłowymi stwierdzono również w innych krajach europejskich (7, 16). Nie wiadomo w jakim stopniu za zjawisko to jest odpowiedzialna selekcja pracownic do określonego rodzaju pracy zakładając

oczywiście, że społeczne zróżnicowanie warunków bytowych w krajach rozwiniętych nie ma istotnego wpływu na kształtowanie się poziomu Hb w populacji.

Przemiany w Polsce powojennej doprowadziły do znacznego wyrównania warunków życia społeczeństwa. Tym można wyjaśnić brak istotnego społecznego zróżnicowania przeciętnego poziomu Hb w rozpatrywanej próbie kobiet ze środowiska wielkomiejskiego. Niezbędna jest jednak ostrożność w uogólnianiu uzyskanych wyników. Istnieje szereg dowodów, że zróżnicowanie społeczne warunków życia w naszym kraju znajduje odbicie w poziomie hemoglobiny, który w badaniach masowych jest miarodajnym wskaźnikiem stanu odżywienia. Dowody takie dotyczą w pierwszym rzędzie populacji w wieku rozwojowym (11, 21).

Istotny wpływ na poziom Hb i rozpowszechnienie niedokrwistości wywierał względny ciężar ciała. U kobiet z nadwagą poziom Hb był wyższy, a przypadki niedokrwistości rzadsze. Odwrotne zjawisko obserwowano u kobiet szczupłych. Wpływ względnego ciężaru ciała na poziom Hb jest znany z literatury (4, 18), ale wytłumaczenie tego faktu nie jest łatwe. Nie ma potwierdzenia przypuszczenie, że sposób odżywiania się kobiet zażywnych czy otyłych sprzyja utrzymywaniu się wyższego poziomu Hb (22).

Jak można było przypuszczać istotnym czynnikiem ryzyka niedokrwistości były większe niż przeciętne straty krwi miesięczkowej oraz przebyte porody. Sądząc z analizy przeprowadzonej za pomocą korelacji cząstkowej, czas trwania miesiączek, przyjęty jako jeden z elementów określających wielkość utraty krwi, miał jednak mniejsze znaczenie w kształtowaniu poziomu Hb niż względny ciężar ciała.

WNIOSKI

1. Częstość występowania niedokrwistości u kobiet warszawskich w wieku rozrodczym odpowiada sytuacji w niektórych innych krajach rozwiniętych

2. Bardziej zaawansowane przypadki niedokrwistości (poziom Hb < 11,0 g%) obejmują tylko 1/5 ogółu kobiet anemicznych, co stanowi około 3% badanej próby

3. Społeczne uwarunkowania niedokrwistości nie odgrywają istotnej roli chociaż zaznacza się tendencja do mniej częstego jej występowania wśród grup kobiet z niższym wykształceniem i pracujących fizycznie

4. Istotny i niezależny od innych czynników wpływ na przeciętny poziom Hb i występowanie niedokrwistości ma względny ciężar ciała

5. Stwierdzono związek między poziomem Hb i występowaniem niedokrwistości a wielkością utraty krwi miesięczkowej, co szczególnie zaznacza się przy rozpatrywaniu czasu trwania krwawień

6. Ryzyko występowania niedokrwistości rośnie w sposób wyraźny u kobiet, które przeżyły co najmniej 3 porody. Odgrywa przy tym rolę częstotliwość z jaką porody następowały po sobie, jak również termin ostatniego porodu.

X. Киршнер, А. Островска, Б. Савицка, Й. Шевчиньски,
Й. Ворошильска, В. Борковски

ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН В ГЕНЕРАТИВНОМ ВОЗРАСТЕ. III. Оценка распространения анемии

Резюме

Исходной группой была группа женщин в возрасте 18—45 лет выбранная в произвольном порядке из трёх районов Варшавы. Обследовали 79,6% женщин (1714). После исключения беременных, анализированная проба насчитывала 1650 лиц. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в качестве критерия анемии приняли уровень гемоглобина ниже 12,0 г%. Определённая с помощью этого критерия частота появления анемии составляла 15%, что соответствует результатам, получаемым в высокоразвитых европейских странах. Более развитые случаи анемии (уровень гемоглобина ниже 11,0 г%) наблюдали лишь у 1/5 всех анемических женщин.

Социальные обусловленности анемии не играли существенной роли, хотя наблюдался некоторый избыток случаев низкого уровня гемоглобина среди неработающих женщин а также в некоторых группах работниц умственного труда. Существенное влияние на средний уровень гемоглобина и появление анемии имел относительный вес тела. Влияние потери менструальной крови проявлялось только в случае удлинения времени менструации. Возможность появления анемии увеличивается у женщин, которые рожали минимум 3 раза, а особенное значение имеет срок последних родов.

H. Kirschner, A. Ostrowska, B. Sawicka, J. Szewczyński,
J. Woroszyńska, W. Borkowski

IRON DEFICIENCY AMONG WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE. III. An evaluation of the distribution of anemia

Summary

A random sample of women aged 18—45 was selected in three quarters of the city of Warsaw, 79.6% of them being investigated ($n = 1714$). After elimination of pregnant women, the investigated sample included 1650 persons. According to WHO recommendation, Hb level below 12.0 g% was accepted as diagnostic criterion of anemia. The incidence of anemia was 15%, those corresponding to values reported from highly developed European countries. More advanced anemia (Hb level lower than 11.0 g%) was diagnosed in only 1/5 of the total number of cases.

Social determinants of anemia were found to be not essential, though a certain excess of low Hb levels was detected among women not working professionally and in some groups of office workers. Relative body weight was found to be essential for average Hb level and the occurrence of anemia. The effect of menstrual blood loss was mainly due to prolonged time of bleeding. The risk of anemia is clearly higher among women who had delivered at least 3 times, the time of the last delivery being especially important.

PIŚMIENNICTWO

1. Blalock H. M.: Statystyka dla socjologów. PWN, Warszawa 1975. — 2. Dąbrowski J.: Pol. Tyg. Lek., 1953, 8, 47, 1609. — 3. Elwood P. C., Waters W. E., Greene W. J. i wsp.: Brit. Med. J., 1967, 4, 714. — 4. Elwood P. C., Withley L. J., Kilpatrick G. S.: Brit. J. Prev. Med., 1964, 18, 125. — 5. First Health and Nutrition Examination Survey, United States, 1971—1972: Dietary intake and biochemical findings. NCHS, Rockville, Md., January 1974. — 6. Hallberg L., Hallgren J., Holmlender A. i wsp.: Occurrence of iron deficiency anemia in Sweden. (w) Occurrence, causes and prevention of nutritional anaemias (ed. Blix G.), Almqvist and Wiksells, Uppsala 1968, str. 19. — 7. Hallberg L., Högdahl A. M., Nilsson L. i wsp.: Acta Obst. Gynec. Scand., 1966, 45, 320. — 8. Kilpatrick G. S., Hardisty R. M.: Brit. Med. J., 1961, 1, 778. — 9. Kirschner H., Koczyński J., Woroszyńska J.: Przeg. Epid., 1981, 35, 231. — 10. Kirschner H., Woroszyńska J.: Studia Demograficzne, 1980, 1(59), 107.

11. *Konieczna W.*: Ocena stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wybranych województwach kraju w aspekcie potrzeb racjonalizacji żywienia. *Mat. Inst. Żywności i Żywienia*, Nr 25, 1977. — 12. *Musioliak M., Muniga L.*: *Gin. Pol.*, 1958, 29, 555. — 13. *Paluch E., Mrozowski K., Poddębniak S.*: *Pol. Tyg. Lek.*, 1949, R. IV, 31/32, 921. — 14. *Paluch E., Nofer J., Etel J.* i wsp.: *Med. Pracy*, 1948, 1, 119. — 15. *Pohoski M., Stomczyński K. M., Milczarek K.*: Społeczna klasyfikacja zawodów. (w) *Standaryzacja zmiennych socjologicznych*. W. Wesołowski (red.), Tom II, PAN, Warszawa 1974. — 16. *Seibold M.*: Prevalence of iron deficiency in Germany. (w) *Iron Deficiency*, Hallberg L. i wsp. (ed.), Academic Press, 1970, str. 427. — 17. *Takkunen H.*: *Scand. J. Haematology*, 1976, Suppl. 25. — 18. *Tatoń J.*: Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie., PZWL, Warszawa 1975. — 19. *Wawryk R.*: *Gin. Pol.*, 1955 26, 81. — 20. WHO Technical Report Series No 503: *Nutritional Anaemias. Report of a WHO Group of Experts*, 1972.
21. *Wolańska W., Jendruszek A., Zdańska-Brynckien M.*: *Mat. Konf. nauk. nt. „Bilanse zdrowia i postępy w endokrynologii”*, Lublin 25—26.IX.1977, str. 127. — 22. *Woroszyńska J., Kirschner H., Dąbrowski W.* i wsp.: III Krajowy Zjazd Pol. Tow. Medycyny Pracy, Łódź, 9—11.XI.1978. — 23. *Zawadzki Z. A., Topolska P., Zasepa R.*: *Pol. Tyg. Lek.*, 1958, 13, 2010.

Adres: 02-007 Warszawa, ul. Ocзки 3. Instytut Medycyny Społecznej A.M.

Hubert Rokossowski

EPIDEMIOLOGIA LAMBLIOZY

POWTARZANE BADANIA KOPROSKOPOWE DZIECI W SZPITALU
PSYCHIATRYCZNYM*Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Poznaniu
Dyrektor: lek. H. Rokossowski

W grupie 62 dzieci psycho i charakteropatycznych obserwowano przez okres dwóch miesięcy dynamikę zakażeń Giardia lamblia. W jednym przypadku stwierdzono stan przewlekłego wydalania cyst. U 7 dzieci zakażenie miało charakter krótkotrwały.

MATERIAŁ I METODY BADANIA

W okresie od września do listopada 1979 roku, tj. przez okres dwóch miesięcy, badano w odstępach tygodniowych grupy 62 dzieci z zaburzeniami psycho i charakteropatycznymi. Dzieci te, będąc pacjentami Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gnieźnie, przystąpiły po przerwie wakacyjnej do kontynuowania nauki szkolnej. W badanej grupie było 12 dziewczynek i 50 chłopców w wieku od 8 do 15 lat. Na terenie szkoły i świetlicy dzieci te miały kontakty również z osobami spoza obserwowanej grupy. W kolejnych seriach badań pobierano u każdego dziecka próbę kału, którą następnie badano koproscopowo metodą rozmazu bezpośredniego oraz flotacji wg Fausta.

WYNIKI

W ośmiu seriach badań koproscopowych wykonanych w ciągu 2 miesięcy cysty *G. lamblia* stwierdzono u 8 dzieci (12,9%). W poszczególnych seriach badań stwierdzono odsetki zarażonych od 0 do 6,5%. U dziecka D.K. stwierdzono obecność cyst w pięciu badaniach, w tym zarówno w pierwszym, jak i w ostatnim. U dziecka G.M. obecność cyst ujawniona została trzykrotnie na przestrzeni jednego miesiąca. Dwukrotnie cysty stwierdzono w kolejnych badaniach u dziecka Z.M. U pozostałych pięciorga dzieci cysty *G. lamblia* stwierdzono jednorazowo.

W tabeli I zestawiono przypadki, w których stwierdzono koproscopowo obecność cyst w kale.

W pierwszych czterech seriach badań koproscopowych, tj. w pierwszym miesiącu, obecność cyst stwierdzono dziesięciokrotnie. W dalszych kolejnych czterech seriach obecność cyst stwierdzono pięciokrotnie, w tym trzykrotnie u dziecka D.K. Objawy ze strony przewodu pokarmowego

* — Badania wykonane w ramach naukowej współpracy polsko-amerykańskiej (umowa 05-340-C z Center for Disease Control, Atlanta Ga).

Tabela I. Przypadki lambliozy w badanej grupie dzieci

Lp.	Dziecko	Płeć	Lat	Kolejne badania koproskopowe:								
				I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
1	D.K.	M	13	x		x				x	x	x
2	G.M.	M	12	x		x	x					
3	Z.M.	M	12			x	x					
4	B.A.	M	13							x		
5	K.R.	M	9								x	
6	N.K.	M	10		x							
7	B.K.	K	13	x								
8	Z.I.	M	9			x						

x — stwierdzono obecność cyst *G. lamblia*

wego w postaci bólów brzucha i rozwolnienia wystąpiły sporadycznie w okresie inwazji u dziecka *G.M.*, u którego obecność cyst *G. lamblia* wykazano trzykrotnie. Wykonane badania bakteriologiczne wykluczyły w tym przypadku udział pałeczek *Salmonella-Shigella*.

U pozostałych dzieci, u których stwierdzono obecność cyst, nie obserwowano objawów ze strony przewodu pokarmowego.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki wielokrotnie powtarzanych badań koproskopowych dzieci, przemawiają za istnieniem wśród populacji dzieci w wieku szkolnym zjawiska długiego i krótkotrwałego nosicielstwa *G. lamblia*. W przeprowadzonych badaniach grupy 62 dzieci w dwumiesięcznym okresie u ośmiorga dzieci stwierdzono obecność w kale cyst *G. lamblia*. U siedmiorga z nich zaobserwowano spontaniczne zniknięcie cyst z kału w ciągu 1—3 tygodni. Wyniki te są zbliżone do obserwacji poczynionych u dzieci w wieku 2—3 lat (4) oraz zbieżne z wynikami badań przeprowadzonych przez *Rendtorffa* u dorosłych, zarażonych w sposób kontrolowany (5). Stwierdzenie cyst *G. lamblia* u dziecka *D.K.* jedynie w pięciu spośród wykonanych ośmiu badań koproskopowych możnaby tłumaczyć okresowym zmniejszeniem intensywności inwazji (1, 2, 3). Wyniki badań wykazały niski odsetek dzieci zarażonych *G. lamblia* i nie wykazały tendencji do epidemicznego szerzenia się inwazji w badanym szpitalu psychiatrycznym. Inwazje *G. lamblia* są poważnym problemem w zakładach psychiatrycznych USA (6).

Z punktu widzenia epidemiologicznego istotne jest stwierdzenie w określonym środowisku długotrwałych nosicieli *G. lamblia*, którzy są prawdopodobnie siewcami inwazji w otoczeniu. Przeprowadzone badania wykazują, iż dokładniejsza ocena sytuacji epidemiologicznej wymaga wielokrotnie powtarzanych badań koproskopowych; wnioskowanie epidemiologiczne na podstawie jednorazowego badania przekrojowego może być obciążone dużym błędem. Wyniki badań skłaniają do rewizji poglądów na postępowanie farmakologiczne, które w odniesieniu do nosicieli sporadycznych wydaje się być niekonieczne.

WNIOSKI

1. W zespole 62 dzieci w szpitalu psychiatrycznym stwierdzono długotrwałe nosicielstwo *G. lamblia* u 1 dziecka i krótkotrwałe inwazje u 7 dzieci.

2. Wielokrotnie powtarzane badania koproscopowe ułatwiają wnioskowanie epidemiologiczne i podejmowanie decyzji odnośnie do racjonalnego postępowania farmakologicznego.

Podziękowanie

Autor wyraża podziękowanie pani *Urszuli Bosackiej*, pielęgniarce oddziałowej oddziału dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gnieźnie za trud sumiennej pracy.

X. Рокоссовски

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЯМБЛИОЗА. ПОВТОРЯЕМЫЕ КОПРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Резюме

В группе 62 детей, психо- и характеропатических, в течение 2-х месяцев наблюдали динамику инфекции *G. lamblia*. В одном случае установили состояние хронического выделения цист. У 7 детей инфекция была кратковременной.

M. Rokossowski

EPIDEMIOLOGY OF LAMBLIASIS. MULTIPLE COPROSCOPIC TESTING OF CHILDREN IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Summary

The dynamics of *G. lamblia* infection was followed for two months in a group of 62 psycho- and characteropathic children. Chronic excretion of cysts was observed in one case, and short-lasting infection was found in 7 children.

PIŚMIENNICTWO

1. Dancesco P., Tintareanu J.: Arch. Roum. Path. Exp. Microbiologie, 1967, 26, 593.
2. Dancesco P., Tintareanu J.: Maroc. Med. 1968, 48, 229.
3. Kasprzak W., Mazur T.: Wiad. Parazyt. 1973, 6, 851.
4. Pawłowski Z., Budzyńska L., Mazur T., Lisowska M., Rauhut W.: (dane nie opublikowane).
5. Rendtorff R. C.: Am. J. Hyg. 1954, 59, 209.
6. Thacker S. B., Simpson S., Gordon T. J., Wolfe M., Kimball A. M.: Am. J. Publ. Hlth 1979, 69, 12, 1279.

Adres: 61-707 Poznań, ul. Libelta 36.

Regulamin ogłaszania prac

c.d. ze str. 164

oraz zaopatrzyć w tytuły (u góry). W odpowiednim miejscu tekstu należy podać w nawiasach kolejne numery ryciny lub tabeli np. (ryc. 1) lub (tab. I). Miejsca włączenia materiału ilustracyjnego powinny być wykonane zwykłym ołówkiem na marginesie.

5. Poszczególnych wyrazów lub zdań nie należy spacjować (czcionki rozstrzelone). Wyrazy lub zdania, na które autor chce położyć nacisk, należy podkreślić ołówkiem, linią przerywaną.
6. Oryginalna praca naukowa nie może w zasadzie przekraczać 10 stron maszynopisu włączając w to tabele, wykresy, piśmiennictwo i streszczenie w językach obcych (3 ryciny = 1 strona).
7. Doniesienia tymczasowe i doniesienia kazuistyczne z zakresu chorób zakaźnych nie mogą przekraczać 3 stron maszynopisu wraz z piśmiennictwem i streszczeniami.
8. Prace pogładowe nie mogą przekraczać 12 stron maszynopisu.
9. Każdy maszynopis winien być zaopatrzony pełnym imieniem, nazwiskiem, tytułem naukowym i aktualnym adresem oraz podpisem autora.
10. Do pracy należy dołączyć pisemne oświadczenie autora, że praca nie została i nie zostanie złożona do druku w innym czasopiśmie przed opublikowaniem jej w Przeglądzie Epidemiologicznym.
11. Praca musi zawierać aprobatę kierownika zakładu czy kliniki potwierdzoną jego podpisem.
12. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania usterek stylistycznych i mianownictwa oraz dokonywanie koniecznych skrótów, bez porozumienia z autorem.
13. Redakcja nie ma obowiązku zwrotu nie przyjętych do druku prac lub artykułów.
14. Prace oryginalne, pogładowe oraz streszczenia są honorowane.
15. Autorzy prac oryginalnych i pogładowych otrzymują po 25 odbitek na koszt własny.
16. Wydawca zastrzega sobie prawo przeznaczenia niektórych odbitek do handlu księgarskiego.

Jerzy Witczuk, Elżbieta Gruchała, Janina Stefańska

RODZINNE ZACHOROWANIE NA WŁOŚNICĘ PO SPOŻYCIU MIĘSA Z DZIKA

Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Koszalinie
Ordynator: lek. J. Witczuk

*Przedstawiono ognisko włośnicy, dotyczące pięciu rodzin, po spożyciu
mięsa z dzika nie badanego trychinoskopowo.*

W latach 1976—1978 liczba zachorowań na włośnicę w Polsce nie zwiększyła się, ale od 35⁰/₀ do 54⁰/₀ przypadków spowodowanych było spożyciem mięsa z dzika, nie badanego w kierunku larw włośnia krętego (1). Przykład taki stanowi ognisko zatrucia włośniem krętym obserwowane w naszym Oddziale, u pracowników Punktu Skupu Dzicyzny i ich rodzin w P. woj. koszalińskie.

W dniu 19.01.1980 r. przyjęto do Oddziału czterech chorych, u których stwierdzono: obrzęk powiek, ogólne osłabienie, bóle mięśniowe i stany podgorączkowe bez uchwytnej przyczyny. Dolegliwości te utrzymywały się od 3—4 dni i nasilały się. Zachorowania dotyczyły rodziny zatrudnionej w Punkcie Skupu Dzicyzny w P., a chorzy wiązali zachorowanie, ze spożyciem w dniu 13.01. smażonej wątróbki z dzików, nie badanych uprzednio trychinoskopowo. Wykonany w izbie przyjęć skład morfologiczny krwi obwodowej wykazał leukocytozę od 4.200 do 9.000 w tym leukocyty kwasochłonne stanowiły od 8⁰/₀ do 15⁰/₀. W dniu następnym hospitalizowano dalszych 8 osób z podobnymi objawami. Ogółem obserwacji poddano 12 osób pochodzących z 5 rodzin w tym troje dzieci w wieku 2, 5 i 6 lat oraz 3 mężczyzn i 6 kobiet w wieku od 28 do 63 lat. Niezależnie od tego, cztery osoby przebywały już w innych szpitalach: trzy — w Oddziale Zakaźnym w Słupsku i jedna — w Klinice Chorób Zakaźnych w Szczecinie.

Ustalono, że w/w pięć rodzin spotkało się w dniu 24.12.1979 r., i wśród licznych potraw świątecznych spożywano: polędwicę, ozorki w galarecie jak i inne mięso z dzika nie poddanego badaniu trychinoskopowemu. Ponowne rodzinne spotkanie miało miejsce w dniu 13.01.1980 r., kiedy to spożywano wątróbkę oraz szynkę z dzika, w której następnie badaniem trychinoskopowym w Wojewódzkim Zakładzie Weterynarii w Koszalinie znaleziono pojedyncze larwy włośnia krętego.

U siedmiu z dwunastu chorych dominowały: obrzęk powiek, obrzęki okołoooczne, przekrwienie spojówek powiekowych i gałkowych, u jednego chorego wybroczyny krwawe i wylewy dospojówkowe, bóle głowy, stany podgorączkowe bądź gorączka do 39⁰C, bóle mięśniowe, ogólne osłabienie. U jednego chorego obserwowano wolne stolce, u innego wysypkę skórną drobnogrudkową, nie swędzącą i przyspieszoną czynność serca do 120/min.

Stan ogólny chorych dobry, z nielicznymi dolegliwościami subiektyw-

nymi a opisane objawy kliniczne w okresie pobytu nie nasilały się. Wśród badań dodatkowych na uwagę zasługują: leukocytoza od 4.200 do 14.000 w tym w rozmazie krwi leukocyty kwasochłonne stanowiły od 1% do 15%, aktywność aminotrasferaz: AspAT — od 37 j. do 125 j., AlAT — od 31 j. do 106 j., CPK od 2,8 u/l. do 14,1 u/l., w proteinogramie nie obserwowano odchyleń od stanu prawidłowego. W dniu przyjęcia hemaglutynacja bierna z antygenem włóśniowym tylko u jednej chorej wykazywała miano 1 : 20, a odczyn immunofluorescencji w kierunku włósnicy u wszystkich był ujemny. Po dziesięciu dniach pobytu obserwowano we krwi obwodowej wzrost leukocytozy, u niektórych do 17.800 w tym leukocyty kwasochłonne w rozmazie krwi stanowiły od 1% do 30%. Odczyny serologiczne wykazywały narastanie mian: w odczynie hemaglutynacji biernej z antygenem włóśniowym u czterech chorych od 1 : 20 do 1 : 80, a w odczynie immunofluorescencyjnym od 1 : 50 do 1 : 100, u pozostałych chorych mimo objawów klinicznych odczyny serologiczne były ujemne. Leczeni przez cztery doby Thiabendazolem w dawce 6 tabl./dobę, następnie siedmiu chorych encortonem w dawce początkowej 60 mg/dobę, w dawce ogólnej od 230 mg do 625 mg na kurację (średnio 395 mg). Po dwu tygodniowym pobycie wypisani do domu w stanie dobrym.

W szóstym tygodniu od hospitalizacji pobrano ambulatoryjnie krew dla wykonania odczynów serologicznych. U ośmiu chorych odczyn hemaglutynacji biernej z antygenem włóśniowym wykazywał miana od 1 : 80 do 1 : 1280, a w odczynie immunofluorescencyjnym obserwowano tylko u 6 chorych miana od 1 : 100 do 1 : 400. U czterech, w tym u dwojga dzieci lat 5 i 6 odczyny serologiczne trzykrotnie wypadły ujemnie.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1. Chory K. T. (nr ks. gł. 1699/80), lat 63, emeryt pomagający w Punkcie Skupu Dziczyny w P., przyjęty do Oddziału w dniu 20.01.1980 r. z powodu utrzymujących się od 3—4 dni bólów głowy, ogólnego osłabienia, bólów mięśni, obrzęku twarzy i obu powiek z jednoczesnym przekrwieniem spojówek powiekowej i gałkowej, z wybroczynami niewielkimi podspojówkowymi. W dniu oka cechy angiopatii nadciśnieniowej I°. W okolicy tułowia drobnogrudekowa, nie swędząca wysypka, najsilniej wyrażona w okolicy międzyłopatkowej. Nad obu polami płucnymi opukowo odgłos opukowy jawny z przydźwiękiem bębnowym a osłuchowo szmer oddechowy pęcherzykowy o wydłużonym nieco wydechu, czynność serca miarowa, przyspieszona do 120/min., tony serca ciche, głuche, ciśnienie tętnicze krwi 170/100. Brzuch wzdęty, wysklepiony do poziomu klatki piersiowej, wątroba macalna wystaje spod łuku żebrowego prawego na 3 cm, tkliwa przy obmacywaniu, śledziona niemacalna. Pod paznokciami obu dłoni pojedyncze wybroczyny krwawe. OB — 11/26, skład morfologiczny krwi obwodowej: Hb. — 14,2%, erytrocytów — 4.620.000, MCH — 31, leukocytoza — 5.400, w tym: podzielonych — 78%, kwasochłonnych — 8%, limfocytów — 14%, aktywność CPK — 14,1 u/l., ekg — rytm zatokowy miarowy, lewogram, poziome położenie serca, cechy zmian mięśniowych. Przebieg choroby był bezgorączkowy, bóle głowy i bóle mięśniowe szybko uległy złagodzeniu, a stan ogólny szybkiej poprawie. Kontrolne badania wykazały narastanie leukocytozy w krwi obwodowej do 17.800, ale w rozmazie

krwi nie zaobserwowano narastanie kwasochłonnych. Odczyny serologiczne: odczyn hemaglutynacji biernej z antygenem włośniowym w dniu przyjęcia i po 10 dniach wypadł ujemnie, natomiast powtórzony w 6 tygodniu w mianie 1 : 80, odczyn immunofluorescencji pośredniej w kierunku włośnicy wypadł ujemnie. Chory leczony początkowo thiabendazolem przez 4 dni po 6 tabletek na dobę, następnie encortonem w dawce 60 mg/dobę. Wypisany w 17 dniu pobytu do domu w stanie dobrym.

Przypadek 2. Chory B. L. (Nr ks. gł. 1701/80), dziecko 2 lata, przebywające wraz z matką. Badaniem fizykalnym nie stwierdzono odchyłeń od stanu prawidłowego. W składzie morfologicznym krwi obwodowej z odchyłeń od stanu prawidłowego stwierdzono leukocytozę: początkowo 10.000 a następnie 17.000 w 1 mm³. W rozmazie krwi stwierdzono zaledwie 1^o/o granulocytów kwasochłonnych. O rozpoznaniu zdecydował wzrost miana w hemaglutynacji biernej z antygenem włośniowym do 1 : 80, a w immunofluorescencji pośredniej w kierunku włośnicy początkowo w mianie 1 : 100, aby w 6 tygodniu osiągnąć miano 1 : 200. Dziecko leczone przez pierwsze 4 dni thiabendazolem w dawce odpowiedniej do wieku i witaminami.

OMÓWIENIE

Przedstawiono ognisko włośnicy dotyczące pięciu rodzin po spożyciu mięsa z dzika nie badanego trychinoskopowo. Z 12 hospitalizowanych u ośmiu w oparciu o obraz kliniczny, zmiany we krwi obwodowej w postaci eozynofilii; podwyższoną aktywność CPK jak i odczynów serologicznych: hemaglutynacji biernej z antygenem włośniowym i immunofluorescencji pośredniej w kierunku włośnicy potwierdzono rozpoznanie. Wydaje się, że w omawianym ognisku rodzinnym doszło do dwuczasowego zakażenia włośniem krętym. Chora, u której w dniu przyjęcia stwierdzono dodatni odczyn hemaglutynacji biernej jak i dalsi trzej chorzy, u których w 10 dniu pobytu stwierdzono konwersję ujemnego miana przeciwiał na dodatnie — mogli ulec zakażeniu w czasie rodzinnego spotkania w dniu 24.12.1979 r. Pozostałe cztery osoby uległy zakażeniu prawdopodobnie w czasie spotkania rodzinnego w dniu 13 stycznia, stąd narastanie miana w odczynach serologicznych dopiero po sześciotygodniowej obserwacji. Znalezienie larw włośnia krętego w szynce pozwoliło potwierdzić źródło zakażenia. Przypadek 2 zasługuje na uwagę ze względu na to, że poza wywiadem epidemiologicznym jedynym objawem była narastająca leukocytoza z jednoczesnym brakiem eozynofilii. Narastanie mian w odczynach serologicznych potwierdziło rozpoznanie.

И. Витчук, Е. Грухала, И. Стефаньска

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ТРИХИНОЗА ПОСЛЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЯСА ИЗ КАБАНА

Резюме

В работе представлен очаг трихиноза, касающийся пяти семей, после потребления печени и ветчины из не обследованного трихиноскопически кабана. 12 лиц госпитализировали. Все больные, после 2-недельного пребывания в больнице, были выписаны в хорошем состоянии.

J. Witzczuk, E. Gruchała, J. Stefańska

FAMILY INFECTION WITH TRICHINELLA AFTER CONSUMPTION OF WILD SWINE MEAT

Summary

A focus of trichinosis is described, which was observed in five families after consumption of liver and ham from a wild swine not tested for trichinosis. A total of 12 patients were hospitalized, recovery to a good condition being observed within 2 weeks.

PIŚMIENICTWO

1. Adonajto A.: Przeg. Epid., 1980, 34, 2, 213. — 2. Gerwel Cz., Kocięcka W., Pawłowski Z.: Przeg. Epid., 1970, 24, 1, 115. — 3. Handl M., Kalawski K.: Przeg. Epid., 1969, 23, 2, 269. — 4. Januszkiewicz J.: Przeg. Epid., 1969, 23, 1, 35. — 5. Kassur B., Januszkiewicz J.: Przeg. Epid., 1969, 22, 2, 203. — 6. Płonka S.: Przeg. Epid., 1975, 29, 3, 309.

Adres: 75-519 Koszalin, ul. H. Sawickiej 12A m. 5.

W 80-TĄ ROCZNICĘ URODZIN PROFESORA DR WIKTORA BINCERA

Dnia 19.I.1902 r. urodził się Prof. dr *Wiktor Bincer*, Nestor polskiego zakaźnictwa, jeden z głównych jego twórców okresu powojennego. Medycynę studiował w rodzinnym Krakowie, gdzie w 1926 r. uzyskał stopień doktora wszech nauk lek. Do 1933 r. pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych U. J., a następnie był ordynariuszem Oddziału Wewnętrznego i Zakaźnego Śląskiego Szpitala w Cieszynie. Do 1939 r. opublikował 13 prac naukowych. Lata wojny, po ucieczce z niewoli niemieckiej we wrześniu 1939 r., spędził do 1942 r. w Polskich Siłach Zbrojnych we Francji, Anglii i Szkocji (lekarz „aspirant”), a następnie, aż do zakończenia wojny, jako lekarz naczelny Delegatury Opieki Społecznej Afryka Wschodnia. W 1945 r. wraca do kraju na swoje dawne stanowisko w Śląskim Szpitalu w Cieszynie, w 1947 r. przenosi się do pracy w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej, a z dniem 1.II.1948 r. obejmuje obowiązki Kierownika pierwszej w kraju kreowanej Kliniki i Katedry Chorób Zakaźnych w Gdańsku, początkowo jako z-ca profesora, od 1951 r. jako profesor nadzwyczajny i od 1958 r. jako profesor zwyczajny.

Na pełną ocenę roli i znaczenia bogatej i wszechstronnej działalności Profesora w rozwoju nauki o chorobach zakaźnych i ich zwalczaniu w naszym kraju jest jeszcze za wcześnie, a ponadto przerasta to nasze kompetencje i ramy krótkiego, jubileuszowego artykułu. Ograniczamy się tu zatem do przypomnienia tylko niektórych bezspornych faktów, mogących obrazować dotychczasowy zakres dokonań Profesora: zorganizował całkowicie od podstaw pierwszą w kraju samodzielną Katedrę i Klinikę Chorób Zakaźnych w Gdańsku i rozwinął w niej w krótkim czasie działalność kliniczną, dydaktyczną i naukową na wysokim poziomie. Prawidłowe nauczanie wymagało przygotowania odpowiednich podręczników.

Profesor *Bincer* jest współautorem oraz ścisłym współredaktorem 5-tomowego dzieła „Ostre Choroby Zakaźne” pod red. *St. Wszelakiego* (V-ty tom to samodzielna redakcja Prof. *W. Bincera*). Opracował i unowocześnił II-gie wydanie podręcznika *St. Wszelakiego*: „Zarys Kliniki Chorób Zakaźnych” (1957 r.). Jest całkowicie samodzielnym autorem 2-óch wydań podręcznika: „Klinika Chorób Zakaźnych” (1965, 1967). Podręczniki z ośrodka gdańskiego stanowiły przez długie lata główną podstawę nauczania chorób zakaźnych studentów i lekarzy w całym kraju. Następny kolejny zbiorowy podręcznik dla studentów pod red. *B. Kassura* ukazał się dopiero w 1974 r.

Obok fundamentalnej działalności podręcznikowej Profesor jest autorem kilkudziesięciu prac naukowych z zakresu chorób zakaźnych i kierownikiem naukowym ponad 120 publikacji swoich współpracowników. Z okresu pobytu w Afryce wyniósł szczególne zainteresowania chorobami tropikalnymi i do pionierskich w kraju należą Jego prace z tego zakresu (zimmica, ospa, ameboza i inne). Zawsze jednak główną działalność naukową Kliniki kierował na problemy związane z aktualnym zapotrzebowaniem społecznym, stosowanie do istniejącej sytuacji epidemicznej. Profesor doktoryzował kilkunastu lekarzy, był opiekunem

3-ch przewodów habilitacyjnych. Dwaj Jego wychowankowie pełnili funkcje kierowników klinik w Śląskiej (Prof. K. Szymoński) i Pomorskiej (Doc. dr B. Trzaska) AM., trzeci pełni obecnie tę funkcję w Gdańskiej Klinice. Profesor wyszkolił kilkudziesięciu specjalistów I i II st. w zakresie chorób zakaźnych. Podstawową troską Profesora była jednak zawsze dydaktyka studencka. „Przez ręce” Profesora i Jego Kliniki przeszło około 6.000 studentów. Warto dodać, że Profesor już w latach sześćdziesiątych, wprowadził szkolenie w małych grupach oraz seminarijne, w miejsce części wykładów.

Metoda i treści nauczania znajdowały zawsze wysoką ocenę wśród samych studentów.

Trudno by nie przypomnieć o tym, że Profesor był jednym ze Współinicjatorów i Współzałożycieli Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Wchodził w skład Komitetu Organizacyjnego i w skład Komisji Statutowej, przez szereg kadencji był Członkiem Zarządu Głównego, zorganizował dawniejszy Oddział Gdańsko-Koszalińsko-Olsztyński tegoż Towarzystwa i przewodniczył mu w pierwszych latach istnienia. W ramach Towarzystwa prowadził szeroką działalność naukowo-szkoleniową organizując tzw. „Dni kliniczne” i posiedzenia naukowe nie tylko w Gdańsku, ale także liczne wyjazdowe, w terenie.

Profesor był Organizatorem II Ogólnopolskiego Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w 1961 r. oraz Ogólnokrajowego Sympozjum Naukowego w 1971 r. Nie mały był wkład Profesora i Jego Kliniki w niesieniu pomocy służbie sanitarnej, żeby wspomnieć o akcji przeciw ospie w 1953 r. i w 1962 r. w Gdańsku i pomocy Kliniki dla Wrocławia w 1963 r., o akcji w okresie gdańskiej epidemii duru brzuszego, o licznych akcjach w związku z innymi groźnymi epidemiami, jak malaria, polio, błonica, pełzakowica itp. Pełnił przez długie lata funkcję konsultanta wojewódzkiego.

Nie mały był wkład Profesora w budowę gmachu Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Gdańsku, w którego pomieszczeniach znalazła miejsce także Klinika, przeprowadzając się doń w 1967 roku ze starych baraków. Obok tych rozlicznych zajęć Profesor znajdował czas na pełnienie funkcji dziekana, a następnie prorektora d/s nauki w AMG, Przewodniczącego Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prace w Kolegium Redakcyjnym Przeglądu Lekarskiego, w Komisji Kontroli Zawodowej i in.

Nade wszystko dla nas, jako Jego uczniów, z czego jesteśmy zawsze dumni, Profesor *Bincer* zawsze był i nadal jest Wielkim Lekarzem Humanistą, dla którego dobro chorego stanowiło i stanowi najwyższe prawo.

Dawał nam tego dowody nie słowem, ale codzienną postawą przez cały okres czynnego życia zawodowego. Będziemy Mu wdzięczni, jeśli z okazji pięknego Jubileuszu Urodzin zechce od nas przyjąć najlepsze życzenia długich jeszcze lat pogodnego życia i wszelkich innych pomyślności na zasłużonym wypoczynku emerytalnym.

Zespół gdańskich wychowanków Profesora

СОДЕРЖАНИЕ

- Д. Серака: Принципы эпидемиологической оценки эффективности вакцинации людей против бешенства
- Д. Имбс, Й. Литиньска: Серозидемиологические исследования в направлении кори у девочек и женщин в Польше
- Д. Прокопович, Д. Шадковска, Х. Менгоць, Р. Коссаковский, Р. Грабовски: Эпидемиолого-клинический анализ ботулизма

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХРОНИКА

Я. Костжевски: Инфекционные болезни в Польше в 1980 году на фоне мировых данных	25
Д. Нарушевич-Лесюк: Корь — 1980	33
А. Адонайло: Коклюш — 1980	41
А. Адонайло: Скарлатина — 1980	45
Я. Жабицка: Эпидемический паротит — 1980	51
Х. Рудницка: Грипп — 1980	57
Х. Рудницка: Краснуха — 1980	61
Я. Жабицка: Менингоэнцефалит — 1980	67
Е. Гонера: Брюшной тиф и паратифы — 1980	79
З. Ануш: Сальмонеллозы — 1980	85
Х. Стыпулковска-Мисюревич, А. Адонайло: Бактериальная дизентерия — 1980	93
А. Адонайло: Пищевые отравления — 1980	99
З. Ануш: Ботулизм — 1980	107
Д. Нарушевич-Лесюк, В. Магдзик: Вирусный гепатит — 1980	113
З. Ануш: Инфекционный мононуклеоз — 1980	125
З. Ануш: Столбняк — 1980	127
З. Ануш: Бруцеллез и другие зоонозы — 1980	133
Д. Серака, Е. Лабудзиньска: Бешенство — 1980	141
А. Адонайло: Трихиноз — 1980	147
М. Насиловска: Кишечные паразиты — 1980	149
З. Ануш: Чесотка — 1980	155
А. Адонайло: Острые отравления пестицидами — 1980	161

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Х. Киршнер, А. Островска, Б. Савицка, Й. Шевчиньски, Й. Ворошильска, В. Борковски: Дефицит железа у женщин в генеративном возрасте. III. Оценка распространения анемии	165
--	-----

СООБЩЕНИЯ

Х. Рокоссовски: Эпидемиология лямблиоза. Повторяемые копроскопические исследования у детей в психиатрической больнице	177
Й. Витчук, Е. Грухала, Й. Стефаньска: Семейный случай трихиноза после потребления мяса из кабана	181
К 80-летию Профессора Виктора Винцера	185
РАБОТЫ ИЗ ОБЛАСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И БЛИЗКИХ ИМ ДИСЦИПЛИН, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В ПОЛЬСКИХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ В 1979 ГОДУ	50

CONTENTS

D. Serokowa: Principles of epidemiological evaluation of the efficacy of rabies vaccination in human beings	1
D. Imbs, J. Lityńska: Seroepidemiological surveillance of measles among girls and women in Poland	7
D. Prokopowicz, D. Szadkowska, H. Mięgoć, R. Kossakowski, R. Grabowski: Epidemiological and clinical analysis of cases of botulinum toxin poisonings	17

EPIDEMIOLOGICAL CHRONICLE

J. Kostrzewski: Infectious diseases in Poland in 1980 as related to world situation	25 33
D. Naruszewicz-Leśniuk: Measles — 1980	41
A. Adonajło: Pertussis — 1980	45
A. Adonajło: Scarlet fever — 1980	51
J. Zabicka: Mumps — 1980	57
H. Rudnicka: Influenza — 1980	61
H. Rudnicka: Rubella — 1980	67
J. Zabicka: Meningitis and meningoencephalitis — 1980	79
E. Gónera: Typhoid and paratyphoid fevers — 1980	85
Z. Anusz: Salmonellosis — 1980	95
H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło: Bacterial dysentery — 1980	99
A. Adonajło: Food poisonings — 1980	107
Z. Anusz: Botulinum toxin poisonings	113
D. Naruszewicz-Leśniuk, W. Magdzik: Viral hepatitis — 1980	125
Z. Anusz: Infectious mononucleosis — 1980	127
Z. Anusz: Tetanus — 1980	133
Z. Anusz: Brucellosis and other zoonoses — 1980	141
D. Seroka, E. Łabuńska: Rabies — 1980	147
A. Adonajło: Trichinosis — 1980	149
M. Nasłowska: Intestinal parasites — 1980	155
Z. Anusz: Scabies — 1980	161
A. Adonajło: Acute pesticide poisonings — 1980	161

EPIDEMIOLOGY OF NONINFECTIOUS DISEASES

H. Kirschner, A. Ostrowska, B. Sawicka, J. Szewczyński, J. Woroszyńska, W. Borkowski: Iron deficiency in women at reproductive age. III. An evaluation of the distribution of anemia	165
--	-----

COMMUNICATIONS

M. Rokossowski: Epidemiology of lamblia. Multiple coproscopic testing of children in a psychiatric hospital	177
J. Witeczuk, E. Gruchała, J. Stefańska: Family infection with trichinella after consumption of wild swine meat	181
80-th anniversary of Professor Wiktor Bincer	185

PAPERS ON EPIDEMIOLOGY, INFECTIOUS DISEASES, AND RELATED SUBJECTS PUBLISHED IN POLISH JOURNAL IN 1980	50
---	----