

9/5

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 XL 1986

SCISŁY KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor naczelny
Prof. dr JAN KOSTRZEWSKI — Warszawa

Zastępcza redaktora naczelnego
Doc. dr ZBIGNIEW ANUSZ — Warszawa

Sekretarz
Dr med. HALINA RUDNICKA — Warszawa

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Prof. dr J. JANUSZKIEWICZ — Szczecin, prof. dr W. JĘDRYCHOWSKI — Kra-
ków, prof. dr W. MAGDZIK — Warszawa, prof. dr R. STEMPIEN — Łódź.
prof. dr A. STRYSZAK — Warszawa, prof. dr H. SZCZEPAŃSKA — Warszawa,
prof. dr E. WOJCIECHOWSKI — Warszawa, dr W. ŻABICKI — Warszawa

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

SPIS PRAC

ZAMIESZCZONYCH W KWARTALNIKU „PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY”
TOM XL — ROK 1986

Adonajto A.: Płonica — 1984 rok	27
Adonajto A.: Włośnica — 1984 rok	124
Adonajto A., Maruszczak M.: Zatrucia pokarmowe — 1984 rok	79
Adonajto A.: Krztusiec — 1984 rok	23
Anusz Z.: Biegunki do lat 2 — 1984 rok	200
Anusz Z.: Brucelozę i inne choroby odzwierzęce — 1984 rok	205
Anusz Z., Knap J., Ziemka J., Piesiak Z., Borko K., Ciecierski H., Kruszewska D., Lewińska Z., Mikotajczyk E., Rumin W.: Dwa ogniska gorączki Q u ludzi, owiec i bydła w województwie olsztyńskim	349
Adonajto A.: Krztusiec — 1984 rok	23
Anusz Z.: Mononukleozę zakaźną — 1984 rok	203
Anusz Z.: Salmonelozę — 1984 rok	61
Anusz Z.: Świerzb — 1984 rok	212
Anusz Z.: Tężec — 1984 rok	108
Anusz Z.: Zatrucia jadem kiełbasianym	89
Barcz I.: Zakażenia szpitalne w Polsce — 1984 rok	135
Botiakow W. I., Samojłowa T. I., Protas I. I.: Kleszczowe zachodnie zapalenie mózgu na terenie Puszczy Białowieskiej	188
Brzeziński Z. J.: Umieralność w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi	224
Caban J., Sykut L., Krukowiecki J., Pawlik M., Wiśniowski Z.: Epidemia wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w województwie miejskim krakowskim w 1982 roku	256
Dziubek Z., Powalowska J., Olszyńska M.: Przypadek gorączki denga	408
Gończak M.: Analiza porównawcza zachorowań na limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w latach 1982 i 1983 w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych PAM	181
Gończak M.: Psychoza objawowa w przebiegu włośnicy — efekt działania sterydów czy choroby podstawowej?	296
Gonera E.: Dur brzuszny i dury rzekome — 1984 rok	54
Gorzelałkowska Z., Truchanowicz-Jarmołowiczowa Z.: Ocena bakteriologicznego wyleczenia salmonelozę <i>S. enteritidis</i> u dzieci w oparciu o 3 i 7 posiewową metodę kontroli kałowej	416
Grodzicka-Królak H., Horbowska-Marzec H., Małkowska E.: Wirusy ECHO typ 30 czynnikiem etiologicznym w przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 1984 roku w Warszawie	411
Halota W., Łapniewska E., Trzcziński J., Topczewska E.: Rodzinne zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) w obserwacjach Kliniki Chorób Zakaźnych w Bydgoszczy	337
Horban A., Cholewińska G., Baka M., Brzozowska J., Dziubek Z., Suchecki S.: Ocena przydatności rutynowych badań serologicznych w rozpoznawaniu brucelozę u ludzi w aktualnej sytuacji epidemiologicznej	376
Jackiewicz A., Sređzińska A., Grabowska A., Zabłocki M., Pietruska Z.: Endemia wola na terenie gminy Kolno woj. łomżyńskiego	398
Januszkiewicz J., Brykczyńska H., Łuczak Z.: Wirusowe zapalenie wątroby (wzw) jako zakażenie szpitalne	329
Kaczmarski M., Taraszkiewicz F.: Przewlekłe enteropatie u dzieci	292
Karpiński S., Seroka D., Zgorzelska K., Jackowska A., Szkudlarek L., Łabuńska E.: Badania nad występowaniem wśród świń wariantów antygenowych grypy typu A.H1N1 i H3N2	285
Karwowska S., Kacperska E., Seyfried H., Nowostawski A.: Wskaźniki serologiczne aktywności profilaktycznej w zapaleniu wirusowym wątro-	

by preparatów gamma globuliny produkcji Warszawskiej Wytwórni Surowic i Szczepionek w latach 1972—1984	193
Kostrzewski J.: Choroby zakaźne w Polsce w roku 1984 na tle sytuacji światowej	1
Kryński S., Becla E.: Gronkowce złoiste w szpitalach województwa gdańskiego i elbląskiego w latach 1980—1983	279
Magdzik W.: Program szczepień ochronnych w Polsce na tle programów w krajach regionu europejskiego	170
Magdzik W., Nowostawski A., Przybylska A.: AIDS — zespół nabytego upośledzenia odporności	141
Magdzik W., Wysocki M.: Przynależność epidemiologów do towarzystw naukowych	419
Majewska A. C.: Weryfikacja opinii o roli owadów synantropowych w transmisji pierwotniaków jelitowych	300
Mikołajczyk W., Lewińska Z., Łojewska R., Rumin W., Kruszevska D.: Odczyn serologiczne u ludzi w epidemii gorączki Q	342
Naruszewicz-Lesiuk D.: Odra — 1984 rok	16
Naruszewicz-Lesiuk D., Iwińska B., Wieczorkiewicz M., Kulczycki J.: Podostre stwardniejące zapalenie mózgu (SSPE) w Polsce w latach 1977—1983. Drugi etap badań epidemiologicznych	161
Nasiłowska M.: Pasożyty jelitowe — 1984 rok	128
Praca zespołowa: Zmiany w wykorzystaniu świadczeń warszawskiej służby zdrowia w latach 1970—1979 na tle sytuacji zdrowotnej mieszkańców. III. Współmierność usług i potrzeb	216
Praca zespołowa: Zmiany w wykorzystaniu świadczeń warszawskiej służby zdrowia w latach 1970—1979 na tle sytuacji zdrowotnej mieszkańców. IV. Zmiany rodzaju usług	270
Przybylska A.: Wirusowe zapalenie wątroby — 1984 rok	97
Rudnicka H.: Grypa — 1984 rok	37
Rudnicka H.: Różyczka — 1984 rok	40
Rudnicka H., Brydak L., Zgorzelska K., Semkow R.: Szczepienia przeciw grypie ludzi w starszym wieku	249
Rymgajło-Kątska M., Rodecka-Gustaw E., Stefaniak M.: Biegunki rotawirusowe u niemowląt	381
Seroka D.: Czynniki warunkujące podejmowanie decyzji o szczepieniu człowieka przeciw wściekliznie	263
Seroka D., Łabuńska E.: Wścieklizna — 1984 rok	113
Stowińska I., Bendarek M., Luft A., Stempień R.: Znaczenie skażeń tlenu medycznego w występowaniu zakażeń szpitalnych	370
Stempień R., Stowińska I., Kuydowicz J., Deroń Z., Kretowska A.: Zachorowania na choroby zakaźne w Bełchatowskim Okręgu Przemysłowym	362
Stypułkowska-Misiurewicz H., Adonajto A.: Czerwonka bakteryjna — 1984 rok	71
Tomaszun S.: Malaria wśród polskich marynarzy w 1983 roku	403
Wender M., Kowal P., Pruchnik-Grabowska D., Hertmanowska H., Zielińska M., Namysł I.: Epidemiologia stwardnienia rozsianego na terenie Wielkopolski	387
Zabicka J.: Nagminne zapalenie przyusznic — 1984 rok	32
Zabicka J.: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu	44

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE

Nenycz-Grabiec Z.: lek. Stanisław Kostuch (1933—1985)	304
Zespół pracowników Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych PAM: dr n. med. Katarzyna Kucharska-Demczuk (1938—1985)	306

SPRAWOZDANIA

Jędrzychowski W., Tobiasz-Adamczyk B.: Nauczanie epidemiologii i socjologii medycyny w kształceniu studentów medycyny. Sprawozdanie z V seminarium metod nauczania epidemiologii w Rabce	308
Juszczyk J., Adamek J.: Sprawozdanie z działalności Oddziału Wielkopolsko-Lubuskiego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych od 14 XI 1981 do 13 VI 1985 r.	318
Michalska Z.: Sprawozdanie z działalności Oddziału Polskiego Towarzystwa	

Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych za okres od 28 X 1981 do 5 VI 1985 r.	315
Oszczak A.: Sprawozdanie z zebrania Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w Kielcach dnia 21 września 1985 r.	425
Oszczak A.: Sprawozdanie z plenarnego zebrania Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych	423
Perspektywy i warunki rozwoju epidemiologii w Polsce	238
Spis referatów wygłoszonych w okresie sprawozdawczym	318
Spis referatów wygłoszonych na zebraniach Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Oddziału Gdańskiego w okresie od 2 XII 1981 r.	316
Styputkowska-Misiurewicz H.: Sprawozdanie z działalności Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych za okres od 8 XII 1981 do 17 IX 1985 r.	311
Sytuacja epidemiologii na świecie	236
Sytuacja epidemiologii w Polsce	237
Sytuacja i perspektywy epidemiologii w Polsce	236

STRESZCZENIA Z PIŚMIENNICTWA ZAGRANICZNEGO

Aprošina Z. G., Krel P. E., Jeremiejewa E. P.: Leczenie ciężkich postaci przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby dawkami leków immunosupresyjnych. <i>Sowietskaja Medicina</i> 1985	321
Bluger A. F., Nowitskij J. N.: Rozpoznawanie i różnicowanie przewlekłego zapalenia wątroby i marskości wątroby. <i>Kliniczeskaja Medicina</i> 1985	320
Drzatalowa W. A., Madżydow A. W., Drozd T. N., Programow A. P.: Aktywność czynnościowa naturalnych killerów u chorych z przewlekłymi chorobami wątroby. <i>Terapewticzeskij Archiw.</i> 1985	427
Farber N. A.: Problem mieszanych infekcji w wirusowych zapaleniach wątroby. <i>Terapewticzeskij Archiw.</i> 1985	428
Frołow W. M., Riczniew W. E., Pieresadin N. A.: Efektywność leczenia immunokorygującego w nawrotowej róży. <i>Kliniczeskaja Medicina.</i> 1985	427
Mansurow Ch. Ch., Mirodżonow H. K., Miszanina Z. H., Pawłow W. Ł.: Ocena efektywności terapeutycznej prednizolonu u chorych z przewlekłym aktywnym zapaleniem wątroby na podstawie morfometrii biopatów wątroby. <i>Terapewticzeskij Archiw.</i> 1985	321
Mosznaga M. G., Koszczug P. K., Winogradow W. A.: Czynność wewnątrzwydzielnicza trzustki po przebyciu brucelozы. <i>Terapewticzeskij Archiw.</i> 1985	
Retrowirusy T-limfotropowe u naczelnych (nie ludzi). Nieformalne spotkanie WHO. <i>Weekly Epidemiological Record</i> 1985	430
Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS). Doniesienie o międzynarodowej konsultacji naukowej pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (Opracowana na podstawie informacji w <i>Weekly Epidemiological Record</i> 1985)	240
Prace z Epidemiologii, kliniki chorób zakaźnych i ich pogranicza ogłoszone w czasopismach polskich (Anusz Z.)	150, 243, 323, 431

ALFABETYCZNY SPIS NAZWISK

- Adonajło A. 23, 27, 71,
 79, 124
 Adamek J. 318
 Aleksandrowicz E. 430
 Anusz Z. 61, 89, 108,
 200, 203, 205, 212, 243,
 349, 431

 Baka M. 376
 Barcz I. 135
 Becla R. 276
 Bednarek M. 370
 Borko K. 349
 Botiakow W. I. 188
 Brydak L. 249
 Brzeziński Z. J. 224
 Brzozowska J. 376
 Bryczewska H. 329

 Caban J. 256
 Chołewińska G. 376
 Ciecierski H. 349

 Deroń Z. 362
 Dziubek Z. 376, 408

 Gańczak M. 181, 296
 Gonera E. 54
 Gorzelakowa Z. 416
 Grabowska A. 398
 Grodzicka-Królak H.
 411

 Halota W. 337
 Hertmanowska H. 387
 Horban A. 376
 Horbowska-Marzec H.
 411

 Iwińska B. 161

 Jackiewicz H. 398
 Jackowska A. 285
 Janeczko J. 242, 321, 322,
 427, 428, 430
 Januszkiewicz J. 329
 Jędrychowski W. 308

 Juszczyk J. 318

 Kaczmarski M. 292
 Kacperska E. 193
 Karpiński S. 285
 Karwowska S. 193
 Knap J. 349
 Kostrzewski J. 1
 Kowal P. 387
 Kretkowska A. 362
 Krukowiecki J. 256
 Kruszevska D. 342, 349
 Kryński S. 279
 Kuydowicz J. 362
 Kulczycki J. 161

 Lewińska Z. 342, 349
 Luft A. 370

 Łabuńska E. 113, 285
 Łapniewska E. 337
 Łojewska R. 342
 Łuczak Z. 329

 Magdził W. 141, 170,
 419
 Majewska A. C. 300
 Małkowska E. 411
 Maruszczak M. 79
 Michalska Z. 315
 Mikołajczyk E. 342, 349

 Namysł I. 387
 Naruszewicz-Lesiuk D.
 160
 Nasiłowska M. 128
 Nowosławski A. 141, 193
 Nenycz-Grabiec Z. 304

 Olszyńska M. 408
 Oszczak A. 423, 425

 Pawlik M. 256
 Piesiak Z. 349
 Pietruska Z. 398
 Powałowska J. 408
 Protas I. I. 188

 Pruchnik-Grabowska D.
 387
 Przybylska A. 97, 141,
 241

 Rodecka-Gustaw E. 381
 Rudnicka H. 37, 40, 249
 Rumin W. 342, 349
 Rymgayło-Kątska M.
 381

 Samołtowa T. I. 188
 Semkow R. 249
 Seroka D. 113, 263, 285
 Seyfried H. 193
 Słowińska I. 362, 370
 Stefaniak M. 381
 Stempień R. 362, 370
 Stypułkowska-Misiure-
 wicz H. 71, 311
 Suचेcki S. 376
 Sykut L. 256
 Szkudlarek L. 285

 Średzińska A. 398

 Taraszkiewicz F. 292
 Tobiasz-Adamczyk B.
 308
 Tomaszunas S. 403
 Topczewska E. 337
 Truchanowicz-Jarmoło-
 wiczowa Z. 416
 Trzcziński J. 337

 Wender M. 387
 Wieczorkiewicz M. 161
 Wiśniowski Z. 258
 Wysocki M. 419

 Zabiłocki M. 398
 Zgorzeńska K. 249, 285
 Zielińska M. 387
 Ziemka J. 349

 Zabicka J. 32, 44

PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY

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

KWARTALNIK

*

I



TOM XL

WARSZAWA

ROK 1986

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 ZAKAZNYCH

Tom XL

1986

Nr 1

TREŚĆ

KRONIKA EPIDEMIOLOGICZNA

J. Kostrzewski: Choroby zakaźne w Polsce w 1984 r.	1
D. Naruszewicz-Lesiuk: Odra — 1984 r.	16
A. Adonajło: Krztusiec — 1984 r.	23
A. Adonajło: Płonica — 1984 r.	27
J. Zabicka: Nagminne zapalenie przyusznicy — 1984 r.	32
H. Rudnicka: Grypa — 1984 r.	37
H. Rudnicka: Różyczka — 1984 r.	40
J. Zabicka: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu — 1984 r.	44
E. Gonera: Dur brzuszny i dury rzekome — 1984 r.	54
Z. Anusz: Salmonelozy — 1984 r.	61
H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło: Czerwonka bak- teryjna — 1984 r.	71
A. Adonajło, M. Maruszczak: Zatrucia pokarmowe — 1984 r.	79
Z. Anusz: Zatrucia jadem kiełbasianym — 1984 r.	89
A. Przybylska: Wirusowe zapalenie wątroby — 1984 r.	97
Z. Anusz: Teżec — 1984 r.	108
D. Seroka, E. Łabuńska: Wścieklizna — 1984 r.	113
A. Adonajło: Włośnica — 1984 r.	124
M. Nasiłowska: Pasożyty jelitowe — 1984 r.	128
I. Barcz: Zakażenia szpitalne — 1984 r.	135
W. Magdzik, A. Nowosławski, A. Przybylska: AIDS — Zespół nabytego upośledzenia odporności	141
Prace z epidemiologii, kliniki chorób zakaźnych i ich pogranicza ogłoszone w czasopiśmie Polskich w 1983 roku	150

CONTENTS

J. Kostrzewski: Communicable diseases in Poland in 1984	1
D. Naruszewicz-Lesiuk: Measles — 1984	16
A. Adonajło: Whooping cough — 1984	23
A. Adonajło: Scarlet fever — 1984	27
J. Zabicka: Epidemic parotitis — 1984	32
H. Rudnicka: Influenza — 1984	37
H. Rudnicka: Rubella — 1984	40
J. Zabicka: Cerebrospinal meningitis and encephalitis — 1984	44
E. Gonera: Typhoid fever and paratyphoid fevers — 1984	54
Z. Anusz: Salmonellosis — 1984	61
H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło: Bacterial dysen- tery — 1984	71
A. Adonajło, M. Maruszczak: Alimentary poisonings — 1984	79
Z. Anusz: Botulism — 1984	89

c.d. na III str. okładki

Jan Kostrzewski

CHOROBY ZAKAŻNE W POLSCE W ROKU 1984 NA TLE SYTUACJI ŚWIATOWEJ

WSTĘP

W kronice epidemiologicznej ostatnich dwóch lat — 1982 i 1983 r. ograniczyliśmy się do przedstawienia sytuacji chorób zakaźnych w Polsce bez nakreślenia ogólnoswiatowych problemów. Obecnie wracamy do praktyki poprzednich lat i zaczynamy kronikę epidemiologiczną roku 1984 od przedstawienia tych najważniejszych problemów chorób zakaźnych w świecie, które są przedmiotem szczególnego zainteresowania Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ).

Rok 1984 rozpoczyna kolejny siódmy okres generalnego programu pracy ŚOZ na lata 1984—1989. W programie tym zwalczanie chorób zakaźnych należy nadal do priorytetowych zadań. W debacie nad strategią światowego programu podstawowej opieki zdrowotnej podjętej na dwudziestej siódmej sesji Komitetu Doradczego Badań Medycznych w Genewie, w październiku 1984 r., stwierdzono co następuje: „Zmiany zdrowia ludności pomiędzy osiemnastym i dwudziestym stuleciem były przede wszystkim wynikiem zmniejszenia się udziału chorób zakaźnych, głównie dzięki lepszemu żywieniu, zapewnieniu czystej wody, poprawie w systemie usuwania ścieków i zmniejszeniu współczynników urodzeń... Słuszne wydaje się twierdzenie, że gdyby wymienione środki zaradcze zastosować w całym świecie do roku 2000, wyznaczony cel „zdrowie dla wszystkich w roku 2000” można by osiągnąć nawet gdyby nic więcej nie zostało zrobione; jeżeli jednak wymienione środki nie zostaną wprowadzone w życie nie da się osiągnąć zamierzonych celów cokolwiek by-łoby zrobione”. Podstawowa wiedza niezbędna dla rozwiązania tych problemów jest w naszych rękach, a potrzebne jest jedynie wykorzystanie systemu ochrony zdrowia i podjęcie badań aplikacyjnych nastawionych na węzłowe problemy — żywności, wody, higieny, regulacji urodzin oraz szczepeń ochronnych.

Podstawowa wiedza w dziedzinie chorób wynikających z niedoborów lub zagrożeń środowiskowych jest dostateczna dla zapobiegania tym chorobom i ich zwalczania. Odczuwa się jednak potrzebę badań stosowanych, a w szczególności badań systemowych ochrony zdrowia, funkcjonowania służb zdrowia oraz ich wykorzystania w zwalczaniu chorób. W dziedzinie chorób tropikalnych konieczny jest jednak dalszy rozwój badań zarówno podstawowych, jak i stosowanych.

Cztery światowe programy badań i zwalczania chorób zakaźnych za-

sługują na szczególną uwagę: 1. Specjalny Program Badań i Kształcenia w Dziedzinie Chorób Tropikalnych; 2. Rozszerzony Program Szczepień; 3. Program Zwalczania Biegunek oraz 4. Program Ostrego Zakażeń Oddechowych Dzieci.

NAJWAŻNIEJSZE PROGRAMY BADAŃ I ZWALCZANIA CHOROBY ZAKAZNYCH W ŚWIECIE

Program Badań i Kształcenia w Dziedzinie Chorób Tropikalnych Programu Rozwoju NZ (Światowego Banku) Światowej Organizacji Zdrowia (UNDP/World Bank/WHO) powstał w wyniku rezolucji 27-go Światowego Zgromadzenia Zdrowia z maja 1974 r., w której zobowiązano SOZ do rozwinięcia badań w dziedzinie chorób tropikalnych zwłaszcza w krajach, gdzie choroby te panują endemicznie. Wybrano sześć chorób o największym znaczeniu w krajach tropikalnych: malaria, schistosomatoza, filarioza (limfatyczna i oczna), trypanosomatoza (zarówno śpiączka afrykańska, jak i amerykańska postać — choroba Chagasa), leiszmanioza i trąd. Program Badań Chorób Tropikalnych jest z jednej strony nastawiony na opracowanie nowych „narzędzi” — środków i metod, służących opanowaniu wymienionych chorób, a z drugiej strony na szkolenie i wzmocnienie potencjału badawczego krajów tropikalnych, w których choroby te panują endemicznie. Badania prowadzone są w skali światowej przez naukowe grupy robocze (Scientific Working Groups), w skład których wchodzi wybitni specjaliści odpowiednich dziedzin nauki i praktyki. Naukowe grupy robocze zostały utworzone dla wymienionych sześciu chorób, a ponadto trzy grupy „międzychorobowe” poświęcone problemom: biologicznego zwalczania przenosicieli chorób, epidemiologii oraz badaniom socjalnym i ekonomicznym. Dla wzmocnienia potencjału badań naukowych chorób tropikalnych oraz kształcenia w tej dziedzinie stworzono odrębną grupę roboczą (Research Strengthening Group), która w roku 1985 przejęła również, początkowo niezależną, naukową grupę roboczą poświęconą badaniom bio-medycznym.

Ukazał się już siódmy kolejny raport z działalności Programu w latach 1983 i 1984, w którym przedstawiono dotychczasowe osiągnięcia. Program znajduje się obecnie w trzeciej fazie rozwoju; w pierwszej fazie dominowało planowanie, w drugiej koncentrowano się na wprowadzeniu planów w życie, a trzecia, obecna faza, zaczyna dawać wyniki w postaci opracowania nowych środków i technologii oraz ukończenia planów wzmocnienia potencjału badawczego instytucji oraz zespołów badaczy w krajach tropikalnych. W badaniach tych przetrzeba się zasady aby nowe środki i metody zwalczania chorób tropikalnych były skuteczne, bezpieczne, proste i praktyczne oraz w granicach możliwości ekonomicznych, społecznych i kulturowych danych społeczności. Cztery główne typy środków i metod działania mają służyć zwalczaniu wymienionych sześciu chorób tropikalnych: leki stosowane leczniczo lub profilaktycznie; szczepionki dla celów zapobiegania lub niekiedy dla wspomaganie chemoterapii; wysoce swoiste i czułe metody diagnostyczne; oraz nowe metody i techniki zwalczania przenosicieli zarazków.

Opracowano nowe leki i metody leczenia trądu, gotowe już do upowszechniania. Kontrolowane badania kliniczne doprowadziły do zalecenia nowego schematu złożonej chemoterapii uwzględniającej rifam-

picynę, dapson i klofaziminę (clofazimine). Po zastosowaniu złożonego leczenia kombinacją tych leków chorzy stają się niezakaźni w stosunkowo krótkim okresie czasu a zarazem zmniejsza się ryzyko powstawania szczepów opornych na te leki. Uzyskano i przygotowano do wprowadzenia do praktyki leczniczej nowy lek przeciw malarii — meflokinę (mefloquine), skuteczny w malarii odpornej na leczenie chlorokiną i dobrze tolerowany przez chorych. Zaawansowane są ponadto badania nowych leków przeciwmalarycznych, a wśród nich artemizyny (uzyskanej w Chinach z rośliny *Artemisia annua*). W celu leczenia leiszmaniozy prowadzone są kontrolowane badania kliniczne allopurinolu, a w leczeniu onkocerkozy obiecujące wyniki uzyskano z lekiem iwermektyną (ivermectin).

Znaczne postępy uzyskano w badaniach szczepionek przeciw trądowi i malarii. Szczepionka przeciw trądowi uzyskana z zabitych *M. leprae* hodowanych w organizmie pancerników jest dobrze znoszona przez ludzi, jak wykazały badania na ochotnikach na terenach nieendemicznych trądu. Rozpoczęte zostały kontrolowane badania kliniczne na terenach endemicznych. Badania nad uzyskaniem szczepionek przeciw ziwnicy prowadzone są na kilku frontach. Dobrze scharakteryzowane antygeny pasożytów malarii badane na zwierzętach, dają obiecujące wyniki. Najbardziej zaawansowane jest przygotowanie szczepionki ze sporozoitów, która w ciągu najbliższych kilku lat powinna być gotowa do badań na ludziach. Podjęto również próby przygotowania poliwalentnej szczepionki przeciw sporozoitom i gametom. Z zamiarem opracowania szczepionek prowadzone są również badania mechanizmów immunologicznych leiszmaniozy.

Dużo uwagi poświęca się ponadto opracowaniu nowych, prostych i praktycznych testów diagnostycznych. W tej dziedzinie opracowano szybki test dla wykrycia zakażeń zarazkiem choroby Chagesa krwi gromadzonej od dawców. W przygotowaniu są zestawy do badań terenowych (field kit) zakażenia komarów sporozoitami oparte na wykorzystaniu monoklonalnych przeciwciał. Technię badań z wykorzystaniem monoklonalnych przeciwciał wprowadzono szeroko w badaniach wszystkich sześciu chorób tropikalnych objętych programem. Okazała się ona szczególnie przydatna w badaniach leiszmaniozy i trądu.

Pomyślnie rozwijają się badania nowych sposobów biologicznego zwalczania przenosicieli chorób tropikalnych wykorzystując w tym celu: *Bacillus thurigiensis*, *Bacillus sphaericus* i *Legnidium giganteum*. Opracowano również prostą muchołapkę dla łowienia much tse-tse.

W ramach programu wzmocnienia potencjału badawczego w latach 1983—1984 przyznano fundusze na rozwój badań 25 instytucjom naukowym w krajach tropikalnych, a 139 pracowników naukowych z tych krajów uzyskało wielomiesięczne stypendia na szkolenie za granicą. Szczególną uwagę zwraca się na szkolenie i rozwój badań terenowych, epidemiologicznych, społeczno-ekonomicznych i farmakologicznych a od 1985 r. również na rozwój badań bio-medycznych.

Rozszerzony Program Szczepień — RPSz (Expanded Programme on Immunization — EPI) przeciw sześciu chorobom dzieci: gruźlicy, błonicy, tężcowi, kokluszowi, *poliomyelitis* i odrze jest programem o zasięgu światowym, którego celem jest opanowanie a następnie wyeliminowanie tych chorób w świecie. Boddźcem dla tego programu był sukces

stopniowego eliminowania ospy w początkach lat siedemdziesiątych. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w roku 1974 uchwaliło rezolucję, która stała się podstawą utworzenia tego programu. W roku 1977 stworzono formalne ramy Rozszerzonego Programu Szczepień i określono cele pierwszego etapu, tj. zapewnienie do roku 1990 możliwości zaszczepienia przeciw wymienionym chorobom wszystkich dzieci urodzonych w tym i następnych latach. Kraje gospodarczo rozwinięte są bliskie osiągnięcia zamierzonego celu, lub już go osiągnęły, ale w krajach rozwijających się a zwłaszcza w krajach tropikalnych dalecy jesteśmy od wykonania zamierzonych zadań. Według oceny dokonanej w 1984 r. oszacowana liczba dzieci zaszczepionych na przykład trzecią dawką skojarzonej szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi stanowi około 30% dzieci w pierwszym roku życia a odsetek dzieci zaszczepionych przeciw odrze i *poliomyelitis* jest jeszcze znacznie niższy.

Rozszerzony Program Szczepień obejmuje wszystkie kraje zarówno rozwijające się, jak i rozwinięte gospodarczo. W Europie wiele krajów od lat prowadzi systematyczne szczepienia dzieci z dużym powodzeniem, mimo to doświadczenia zdobywane w ramach RPSz mogą posłużyć również krajom rozwiniętym w doskonaleniu programu szczepień.

Na przykład w dążeniu do zmniejszenia częstotliwości wizyt w ośrodkach szczepień zaleca się obecnie skumulowanie szczepień w pierwszym roku życia według następującego schematu:

Wiek dziecka w kilka dni po urodzeniu	Szczepionka BCG, doustna szczepionka <i>polio</i> I, II i III typ
6 tydzień życia	doustna szczepionka <i>polio</i> I, II i III, Di Te Per
10 tydzień życia	doustna szczepionka <i>polio</i> I, II, III, Di Te Per
14 tydzień życia	doustna szczepionka <i>polio</i> I, II, III, Di Te Per
9 miesiąc życia	odra

Jeżeli nie zaszczepiono dziecka w danym terminie należy zaszczepić je w najbliższym możliwie czasie. Przerwy pomiędzy szczepieniami dłuższe niż podano w schemacie nie wymagają rozpoczynania serii szczepień od początku. Ważnym zaleceniem Doradczej Grupy RPSz jest ograniczenie przeciwwskazań, które w niektórych krajach są przesadnie rozbudowane. Zwłaszcza w krajach tropikalnych nie należy traktować jako przeciwwskazania małą gorączkę, łagodne nieżyty dróg oddechowych, biegunki lub inne niegroźne choroby. Szczególnie ważne jest terminowe uodpornienie dzieci niedożywnych.

Na spotkaniu regionu europejskiego w Karlowych Varach w grudniu 1984 r. ustalono następujące zalecenia dla krajów europejskich:

1. Do końca 1985 r. uzyskać formalną deklarację wszystkich krajów tego regionu zawierającą określenie celów i zamierzonych efektów działań wyrażonych w obniżeniu współczynnika zapadalności na choroby objęte programem szczepień;
2. Do 1986 r. rozszerzyć program szczepień dla utrzymania uodpornienia przez całe życie;
3. Do 1986 r. wprowadzić nadzór nad ubocznymi skutkami szczepień;

4. Do 1990 r. doprowadzić do podstawowego uodpornienia co najmniej 90% dzieci do końca drugiego roku życia;
5. Do 1990 r. wyeliminować endemiczne zachorowania na *poliomyelitis*, błonicę i tężec noworodków;
6. Do 1990 r. (w krajach, w których prowadzone są już systematyczne szczepienia) lub do 1995 r. doprowadzić do wyeliminowania rodzimej odry;
7. Do 2000 r. wyeliminować zachorowania na wrodzoną różyczkę.

Zadania zawarte w punkcie 2, 3, 4 i 5 są w zasadzie wypełniane w Polsce. Zadanie przedstawione w punkcie 6 wymaga dalszej intensywnej pracy, a zadanie 7 nie zostało jeszcze podjęte w kraju. Mimo pomyślnej na ogół sytuacji w Polsce w zakresie chorób objętych programem szczepień dzieci, należy poddać szczegółowej ocenie realizację tego programu w naszym kraju uwzględniając podane wyżej zalecenia ŚOZ.

Światowy Program Zwalczenia Chorób Biegunkowych jest trzecim wielkim przedsięwzięciem ŚOZ. Program ten został podjęty na zlecenie trzydziestego Światowego Zgromadzenia Zdrowia, zawarte w rezolucji uchwalonej w maju 1978 r. Pierwszym i najbliższym celem Programu Zwalczenia Biegunek jest obniżenie umieralności niemowląt i małych dzieci, a dalszym celem jest obniżenie zapadalności na biegunki oraz ograniczenie ujemnych skutków biegunek u dzieci. Program ten wiąże się z rozszerzonym programem szczepień ochronnych i z programem zwalczenia ostrych zakażeń układu oddechowego u dzieci prowadzonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Według szacunkowych danych ŚOZ, w krajach rozwijających się, każde dziecko w wieku do 5 lat zapada dwa do trzech razy na biegunkę w ciągu roku. W pierwszych dwóch latach życia 20 dzieci na 1000 ginie z powodu biegunki. Oznacza to corocznie 750 do 1000 milionów epizodów biegunkowych i cztery do pięciu milionów zgonów dzieci do 5 roku życia. Co więcej, te powtarzające się zachorowania na biegunkę prowadzą do niedożywienia, wskutek niewłaściwego karmienia lub odmowy jedzenia ze strony dziecka, jak również z powodu złego wchłaniania. A to z kolei zaostrza przebieg biegunek, tworząc błędne koło wzajemnych uzależnień. W niektórych krajach, wśród chorych dzieci zgłaszających się lub przyjętych do szpitala, 30% stanowią choroby na biegunkę. Ponadto wśród starszych dzieci i wśród dorosłych cholera stanowi ciągle poważny problem. Siódma pandemia trwająca od 1961 roku objęła już 92 kraje. Poważny problem przedstawiają również biegunki podróżnych, salmonelozy, zakażenia rotawirusami, zakażenia patogennymi szczepami *E. coli* i inne.

Do niedawna utrzymywało się przekonanie, że niewiele można uzyskać w walce z biegunkami w rozwijających się krajach dopóki ich rozwój społeczno-ekonomiczny nie zbliży się do poziomu krajów rozwiniętych. Jednakże postępy w badaniach etiologii biegunki i ich patogeny oraz reakcji immunologicznej jelita otworzyły nowe możliwości leczenia i zapobiegania. Okazało się, że bez względu na etiologię można skutecznie leczyć chorych na biegunkę prostym sposobem doustnego nawodnienia. Stosowanie leków przeciwydzielniczych oraz badania nad nowymi szczepionkami przeciw cholerze, durowi brzuszemu i zakażeniom rotawirusami dają obiecujące wyniki. Według szacunkowych ocen właściwe postępowanie lecznicze może zapobiec $\frac{2}{3}$ zgonów z powo-

du biegunek. To postępowanie lecznicze polega na: podawaniu doustnym we wczesnym okresie biegunki roztworu soli przygotowanego w domu; leczeniu odwodnienia przez stosowanie nawadniających roztworów w zakładach służby zdrowia; na właściwym żywieniu w czasie biegunki i po jej ustąpieniu; na wybiórczym stosowaniu płynów dożylnych i antybiotyków.

Dokonano ponadto analizy innego rodzaju interwencji niż postępowanie lecznicze, poddając badaniu ich skuteczność, przydatność i koszty. Z liczby 18 analizowanych sposobów zapobiegania biegunkom wybrano pięć uznanych za najbardziej przydatne: propagowanie karmienia piersią, właściwe karmienie w okresie odstawiania od piersi, propagowanie higieny osobistej i higieny w domu, zapewnienie zdrowej wody i właściwej asenizacji, szczepienia przeciw odrze.

W ramach programu zwalczania biegunek rozwija się badania, które mają przyjść z pomocą różnym krajom. Prace te dotyczą przede wszystkim organizacji i operatywności służby zdrowia, badań biomedycznych, które mają służyć opracowaniu nowych środków i sposobów zapobiegania i zwalczania biegunek, np. szczepionki. Podjęto jak dotąd 350 tematów badawczych w 76 krajach, wśród których 60% stanowią rozwijające się kraje. Rozpoczęto kliniczne kontrolowane badania wzbogaconych roztworów dla doustnego nawodnienia chorych z dodaniem do dotychczas stosowanych płynów: aminokwasów, dwupeptydów lub skrobi. Prowadzi się badania optymalnej diety stosowanej w okresie biegunki i po jej ustąpieniu. Przystąpiono do kontrolowanych badań szczepionki przeciw zakażeniu rotawirusami oraz doustnych szczepianek przeciw cholerze i durowi brzuszemu. Opracowano również uproszczone testy diagnostyczne służące rozpoznawaniu zakażeń enterotoksynogennymi szczepami *E. coli*, *C. jejuni* i rotawirusami. Prowadzi się epidemiologiczne badania skuteczności najlepszych sposobów wykorzystania i kosztów różnych środków i sposobów, które mają służyć obniżeniu zapadalności i umieralności z powodu biegunek.

Następny program zwalczania chorób zakaźnych dzieci o światowym zasięgu podjęty przez ŚOZ w marcu 1983 r. dotyczy **ostrych zakażeń oddechowych**. Obok chorób biegunkowych, ostrych chorób zakaźnych dzieci, którym można zapobiegać drogą szczepień — jak gruźlica, tężec, błonica, krztusiec, *poliomyelitis* i odra, oraz chorób tropikalnych, a zwłaszcza malarii, ostre zakażenia oddechowe zbierają bogate żniwo zachorowań, kalectwa i zgonów wśród dzieci do 5 roku życia. Program jest jeszcze we wstępnej fazie rozwoju. Opracowano narazie plany działania na lata 1984—1989 w sześciu regionach ŚOZ. Powołano w kwietniu 1984 r. grupę roboczą dla opracowania uproszczonego sposobu postępowania leczniczego nadającego się do stosowania przez pracowników służby zdrowia na wsi. Ustalono kryteria diagnostyczne dla kierowania chorych dzieci do szpitala i leczenia przeciwbakteryjnego. Wpływ zalecanych metod postępowania na obniżenie umieralności z powodu zakażeń oddechowych ma być zbadany w 10 regionach wyznaczonych do badań. W pięciu z nich rozpoczęto już badania. Podjęto również badania zmierzające do przygotowania szczepionek przeciw zakażeniom wirusowym i bakteryjnym.

Ostre zakażenia układu oddechowego należą do najważniejszych przyczyn zachorowań i zgonów we wszystkich krajach. Pierwszym zadaniem jest obniżenie umieralności z powodu tych zakażeń wśród dzieci

w rozwijających się krajach, gdzie sytuacja jest najgorsza. Ulepszone metody leczenia chorych dzieci w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinny doprowadzić do obniżenia umieralności i ograniczenia przewlekłego lub trwałego upośledzenia w następstwie zakażeń oddechowych.

Na zakończenie światowej problematyki chorób zakaźnych trzeba jeszcze poruszyć nowe zagadnienie, chorobę, która zagraża ludzkości — **zespół nabytego upośledzenia odporności** (Acquired Immune Deficiency Syndrom — **AIDS**).

Brzmi jak paradoks, że w tym samym roku, w którym Światowa Organizacja Zdrowia i cały świat medyczny święciły swój największy sukces — wykorzenienia ospy, ujawniono pierwsze zachorowania na nową chorobę o śmiertelności nie ustępującej najcięższym zachorowaniom na ospę — AIDS, zespół nabytego upośledzenia odporności.

Pierwsze zachorowania na AIDS zaczęto rozpoznawać w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i w Europie w 1979 r. Jak wskazują jednak retrospektywne badania, pojedyncze zachorowania można było rozpoznać wcześniej. Stany Zjednoczone zarejestrowały największą liczbę zachorowań. Do 30 kwietnia 1985 r. zarejestrowano w USA 9887 przypadków AIDS wśród dorosłych i 113 wśród dzieci do 13 roku życia — ogółem 10 000. Wśród dorosłych 73,4% stanowili mężczyźni homoseksualści lub biseksualści, 17% narkomani, którzy wstrzykują sobie środki narkotyczne, 0,7% hemofilitycy, 0,8% kontakty heteroseksualne, 1,4% biorycy krwi i 6,7% nieznanego charakteru i pochodzenia. Wśród dzieci chorych na AIDS 71,7% stanowili hemofilitycy, 13,3% biorycy krwi, 5,3% dzieci rodziców chorych na AIDS i 9,7% nieznanego pochodzenia. Już z podanej tu analizy grup wysokiego ryzyka wynika charakter choroby i jej patogenezę, ściśle związaną z jednej strony z krwią i zakażeniem poprzez krew a z drugiej strony z praktykami seksualnymi.

W pozostałych krajach obu Ameryk, do grudnia 1984 r. potwierdzono 753 przypadki AIDS: w tym 340 zachorowań na Haiti, 182 w Brazylii i 165 w Kanadzie. Z ogólnej liczby 753 zmarło 261 chorych.

W Europie, do grudnia 1984 r., zgłoszono zachorowania na AIDS z 14 krajów: Austria — 13, Belgia — 65, Dania — 34, Finlandia — 5, Francja — 260, RFN — 135, Grecja — 6, Włochy — 14, Holandia — 42, Norwegia — 5, Hiszpania — 18, Szwecja — 16, Szwajcaria — 41 i Wielka Brytania — 108; łącznie w Europie zgłoszono 762 chorych. Najwyższą zapadalność stwierdzono w Belgii, Danii, Szwajcarii i Francji.

O tempie wzrostu liczby zachorowań na AIDS może świadczyć przykład USA, gdzie do maja 1983 r. zarejestrowano 1406 zachorowań; od maja 1983 do kwietnia 1984 zarejestrowano 2896 przypadków a w ciągu ostatnich 12 miesięcy (do kwietnia 1985) zgłoszono 5698 zachorowań. Z roku na rok więc liczba zachorowań ulegała podwojeniu. W Europie przykładem tempa wzrostu zachorowań może być Wielka Brytania, gdzie liczba przypadków ulegała prawie potrojeniu z roku na rok: w grudniu 1982 r. zarejestrowano pierwsze trzy zachorowania; od stycznia do końca sierpnia 1983 r. zarejestrowano 16 przypadków, od września 1983 r. do sierpnia 1984 r. — 53 przypadki, a od września 1984 r. do sierpnia 1985 r. — 137 zachorowań.

Z danych przedstawionych wyżej wynika, że sytuacja jest groźna i wymaga szybkiego przeciwdziałania. Na konferencji zwołanej przez

SOZ oraz Departament Zdrowia USA w Atlancie, z udziałem przedstawicieli z 50 krajów oraz ponad 2000 uczestników, (15—17 kwietnia 1985 r.) przedstawiono następujące wnioski i zalecenia:

Dla SOZ

- Zorganizować sieć ośrodków wyspecjalizowanych w diagnostyce, epidemiologii, zapobieganiu i leczeniu AIDS, które będą prowadzić szkolenie w tej dziedzinie pracowników służby zdrowia;
- Skoordynować nadzór epidemiologiczny wg ustalonych metod z przestrzeganiem ustalonych kryteriów diagnostycznych;
- Podjąć prace nad przygotowaniem skutecznej szczepionki i ustalić wymagania jakim szczepionka ta powinna odpowiadać.

Dla państw członkowskich SOZ

- Podjąć akcję oświatową, informując społeczeństwo, że AIDS przenosi się z człowieka na człowieka drogą płciową przez kontakty homoseksualne i heteroseksualne, przez wspólne używanie igieł do wstrzykiwania środków narkotycznych wśród narkomanów, przez przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych zakażonych wirusem LAV/HLTV-III. Zakażenie może być również przeniesione przez matkę na dziecko, jak również przez nie wyjałowione igły używane do tatuauzu.

Przedstawiono ponadto szczegółowe zalecenia dla służb zdrowia zmierzające do zapobiegania przenoszeniu zakażenia za pośrednictwem krwi i preparatów krwiopochodnych.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W POLSCE W 1984 R.

Uartym zwyczajem zaczynamy opis sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w Polsce od kilku uwag dotyczących umieralności niemowląt, najbardziej czułego wskaźnika stanu zdrowia ludności. Współczynnik ogólnej umieralności niemowląt w roku 1984 wynosił 19,1 na 1000 żywych urodzeń i utrzymywał się prawie na tym samym poziomie co w roku 1983 — 19,3. Według danych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, podobnie jak w poprzednich latach, około 55% zgonów niemowląt nastąpiło w ciągu 6 pierwszych dni życia a około 70% w ciągu pierwszych 27 dni życia. Umieralność niemowląt na wsi była o 4% wyższa niż w miastach. Około 74% zgonów niemowląt nastąpiło z przyczyn endogenicznych, wśród których dominowały wady rozwojowe oraz stany chorobowe płodów i noworodków w okresie okołoporodowym. Czynniki egzogeniczne były przyczyną 26% zgonów — 4,6 na 1000 żywych urodzeń; był to najniższy współczynnik zgonów niemowląt z przyczyn egzogenicznych w okresie ostatnich pięciu lat, wykazując tendencję zniżkową. Wśród wszystkich przyczyn zgonów niemowląt, choroby zakaźne stanowiły 6,3%, a największy problem stanowiły posocznice (4%) i biegunki (1,3%). Wprawdzie w skali rocznej, w całym kraju nastąpił nieznaczny spadek ogólnej umieralności niemowląt, ale od połowy 1984 r. obserwowano wzrost umieralności zwłaszcza na wsi, głównie z powodu chorób zakaźnych — zapalenia płuc i posocznicy.

W ogólnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w Polsce nie obserwowano większych zmian, ale wyraźne różnice były widoczne w niektórych grupach chorób (tab. I).

W grupie chorób zakaźnych układu trawienia w roku 1984 nastąpił nieznaczny wzrost liczby zachorowań na dur brzuszny w porównaniu

Tabela I. Choroby zakaźne w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zgony. Zapadalność na 100 000.*

Jednostka chorobowa	Nr wg Klasyf. Międz. wg IX Rewizji	Mediana w latach 1978—1982			1983			1984				
		zach.	zap.	zgony	zach.	zap.	zgony	zach.	zap.	zgony		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Dur brzuszny	002.0	94	0,3	0	74	0,2	0	79	0,2	3		
Dury rzekome A, B, C	002.1— 002.3	10	0,03		8	0,02		8	0,02			
Inne salmonelozy	003.9	9606	27,0		61	11461		31,3	64		18442	50,0
Czerwonka	004, 006.0	2863	8,0	1	5789	15,8	1	8243	22,3	0		
Ogółem		9443	27,0	—	10870	29,7	—	16791	45,5	—		
Zatrucia pokarmowe	bakteryjne	Botulizm	005.1	387	1,1	11*	643	1,8	11*	538	1,5	13*
		Salmonelozy	003.0	5133	14,7	—	645*	17,3	—	541*	32,3	—
		Enterotok. gronkow.	005.0	612	1,7	14**	985	2,7	18**	11910	1,7	22**
		Cl. perfringens	005.2	0	0	—	0	0	—	635	0	—
		Inne i nieokreśl.	005.3, 005.4, 005.8, 005.9	2852	8,0	—	2429	6,6	—	0	0	—
		Grzybami	988.1	503	1,4	—	381	1,0	—	3147	8,5	—
		Chemiczne	988.2, 988.8, 988.9, 989	97	0,3	—	120	0,3	—	512	0,1	—
		Biegunki dzieci do 1.2	008,009	30803	228,6	354	30588	2216,0	267	28292	2010,3	179
		Błonica	032	0	0	0	1	0,0	1	0	0	0
		Krztusiec	033	452	1,2	3	185	0,5	0	326	0,9	2
Paciorkowc. zap. gardła	034.0	3885	10,2	2	2548	7,0	1	2505	6,8	1		
Płonica	034.1	26007	72,4		13744	37,6		14613	39,6			
Róża	035,670	2188	6,3	8	1684	4,6	12	1615	4,4	6		
Tężec *	037,670	771.3	101	0,3	50	112	0,3	55	85	0,2	37	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Ogółem		5400	15,0	509	7823	21,7	574	7596	20,6	576	
	Meningokokowe	036.0	326	0,9	45 ^a	312	0,9	77 ^a	340	0,9	55 ^a	
	Inne bakteryjne	320.0 — 320.3, 320.8, 320.9, 321		2122	6,0	467	2144	5,9	369	2166	5,9	410
	Nieokreślone etiolog.	322				717	2,0	116	812	2,2	105	
	Enterowir., Coxsackie	047. 049.0										
	ECHO. surowicze nieokreślone	049.1 053.0	2696	7,6	9	4650	12,7	12	4278	11,6	6	
	Limfocytowe	054.7										
Ospa wietrzna	052	125268	345,8	4	200117	547,2	2	173194	469,2	5		
Odra	055	30653	86,9	10	11271	30,8	5	54403	147,4	16		
Różyczka	056. 771.0	52318	148,4	0	18602	50,9	0	24456	66,3	0		
Zapalenie mózgu	Ogółem		431	1,2	441	410	1,1	395	395	1,1	435	
	Arbowirusowe	062 — 064	25	0,07		20	0,05	3	25	0,07	2	
	Wirusowe nieokreślone	049.9	160	0,7	7	111	0,3		92	0,3		
	Opryszczkowe i inne	054.3, 323.1, 323.8, 323.9	253	0,7	431	269	0,7	392	268	0,7	433	
	Poszczepienne	323.5				10	0,03		11	0,03		
Wirus. zapal. wąt.	Ogółem	070	50028	138,1	343	61729	168,8	338	52287	141,6	331	
	w tym HbsAg+ %		—	—	—	15372	24,9	—	16285	31,1	—	
Zapalenie przyusz. nagmin.	072	115362	321,3	2	146511	400,6	1	214516	581,1	1		
Tasiemczyca	122, 123	4055	11,4	2	3063	8,4	1	3245	8,8	7		
Swierzb	133.0	69095	194,2	—	31879	87,2	0	24878	67,4	—		
Grypa	487	590184	1629,0	95	1234940	3376,8	165	2452069	6642,7	49		

Tularemia	021	3	0,01	0	4	0,0	0	3	0,01	0
Wąglik	022	0	0	0	5	0,0	0	0	0	0
Brucelloza	023	222	0,6	1	161	0,4	2	147	0,4	1
Listerioza	027.0. 771.2	17	0,05	0	2	0,0	1	6	0,02	1
Różycza	027.1	409	1,2		238	0,7		234	0,6	
Porażenie dziecięce nagminne	045	3	0,01	0	2	0,0	0	2	0,01	0
Wścieklizna	071	0	0	0	1****	0,0	1	1	0,0	1
Papuzia chorba i inne ornitozy	073	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mononukleozza	075	674	1,9	1	752	2,1	1	740	2,0	0
Jaglica	076	—	—	—	17	0,1	—	2	0,01	—
Pryszczyca	079.+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur plamisty i inne riketsjozy	080—083	5	0,01	0	2	0,0	0	4***	0,01	0
Zimnica	084— 771.2	23	0,1	0	12	0,0	0	15	0,04	1
Zółtaczkza zakaźna krętkowa	100	43	0,1	4	15	0,0	8	16	0,04	6
Grzybica woszczynowa strzygąca (drobnozarodnikowa)	110	855	2,4	1	667	1,8	2	1074	2,9	0
Włośnica	124	246	0,7	3	418	1,1	4	370	1,0	5
Toksoplazmoza	130. 771.2	265	0,8	27	254	0,7	20	275	0,7	15
Pokąsanie osób przez zwierzęta podej- rzane o wściekliznę lub zanieczyszcze- nie śliną tych zwierząt		2979	8,5	—	2836	7,8	—	4382	11,9	—

Legenda:

- 0 — zachorowań nie notowano
 (—) — brak informacji
 * — zweryfikowano w PZH
 ** — łącznie z botulizmem

- *** — w tym 3 przypadki gorączki Q
 **** — importowany z Sudanu
 a — zakażenia meningokokowe ogółem
 + — tabelę opracował J. Piątkowski

z rokiem 1983, według dat rejestracji było odpowiednio 79 i 74 przypadków, ale faktycznie, wg dat zachorowania, było w 1984 r. 81 przypadków, o 11 więcej niż w roku 1983. W liczbie 81 chorych były 43 osoby w wieku 5—14 lat. Zarejestrowano dwa zgony, a ponadto wg danych GUS-u zarejestrowano jeszcze jeden zgon niemowlęcia w województwie, w którym ani w 1983 r. ani w 1984 r. nie zarejestrowano zachorowań na dur brzuszny. Nadwyżka zachorowań w 1984 r. w stosunku do 1983 r. odpowiadała liczbie 11 przypadków duru brzusznego wykrytych w woj. radomskim. Była to epidemia spowodowana zakażeniem wody w lokalnej sieci wodociągowej. Mimo względnie stabilnej sytuacji epidemiologicznej duru brzusznego i durów rzekomych w Polsce ryzyko epidemii jest ciągle duże wobec dużej liczby nosicieli; w roku 1983 w rejestrach figurowało 2198 nosicieli pałeczek *S. typhi* i 413 nosicieli *S. paratyphi* A, B lub C, zaś w roku 1984 rejestr obejmował 2118 nosicieli *S. typhi* i 408 *S. paratyphi*. Ponad 50% nosicieli *S. typhi* i *S. paratyphi* stanowili ludzie w wieku powyżej 60 roku życia a ponad 25% w wieku 40—59 lat.

Wzrosła również liczba zachorowań na inne salmonelozy; w 1983 r. było 11461 przypadków a w 1984 r. — 18446. Jak również zwiększyła się liczba zachorowań na czerwonkę bakteryjną w 1983 r. — 5789 a w 1984 r. — 8243. Jeżeli zaś dodamy do tego wzrost liczby zatruc i zakażeń pokarmowych to otrzymujemy wysoce niepokojący obraz ilustrujący skutki złego stanu sanitarnego i niskiego pobioru higieny.

Liczba zachorowań i zapadalność na czerwonkę wzrastała w ostatnich latach. W stosunku do mediany z lat 1978—1982 (zachorowań 2863 i zapadalność 8,0 na 100 000) liczba zachorowań w 1983 r. wzrosła do 5789 a w 1984 r. do 8243, zaś zapadalność odpowiednio do 15,8 i 22,3. Pojawiły się duże epidemie, zwłaszcza w województwach wrocławskim, legnickim, poznańskim i jeleniogórskim, liczące po kilkaset przypadków. Chorowały najczęściej dzieci w wieku od 2 do 7 lat.

Zapadalność wśród ludności miejskiej była ponad dwukrotnie wyższa niż na wsi — odpowiednio 28,5 na 100 000 mieszkańców i 13,1. Najwyższa była zapadalność w dużych miastach. Przebieg choroby był na ogół łagodny, zgonów nie zarejestrowano. Często występowało nosicielstwo bez objawów choroby. Wśród wyhodowanych od ludzi drobnoustrojów, 96,8% stanowiły szczepy *S. sonnei*, 3,1% *S. flexneri* a sporadycznie hodowano *S. boydii* lub *S. dysenteriae*. Obok zatruc pokarmowych zapadalność na czerwonkę należy traktować jako wskaźnik stanu sanitarnego kraju i poziomu higieny. Sygnałem alarmującym jest obserwowany wzrost liczby zachorowań na te choroby w latach 1983 i 1984.

W roku 1984 obserwowano dalszy wzrost liczby ognisk i zachorowań z powodu zatruc i zakażeń pokarmowych — 16 791, znacznie przewyżczający liczbę 10 870 zachorowań zarejestrowanych w roku 1983 i medianę z lat 1978—1982, która wynosiła 9443 zachorowań. Główną przyczyną zachorowań były potrawy mięsne, a jako czynnik etiologiczny dominowały pałeczki *Salmonella* — *S. enteritidis* i *S. typhi-murium*. Sytuacja epidemiologiczna zatruc pokarmowych w Polsce jest więc wysoce niepokojąca. Wzrastająca liczba ognisk i zachorowań świadczy o złym stanie sanitarnym kraju a w szczególności o złym stanie higieny zakładów zbiorowego żywienia i zakładów dystrybucji środków spożyw-

czych. Zatrucia pokarmowe występowały szczególnie często wśród dzieci i młodzieży.

Niekorzystna była również sytuacja epidemiologiczna jelitowych chorób pasożytniczych, co również jest związane z niskim poziomem higieny. W roku 1983 zarejestrowano 3063 przypadki tasiemczycy a w 1984 r. — 3245. Liczby te ujęte w sprawozdawczości Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej były wyższe niż liczby podane przez Zakład Parazytologii Państwowego Zakładu Higieny: w 1983 r. — 2991 przypadków a w 1984 r. — 2928. W badaniach środowiskowych ludności analizowanych przez PZH stwierdzono 13,1% osób zakażonych *Enterobius vermicularis*, w tym 22,7% wśród mieszkańców wsi a 10,8% wśród mieszkańców miast. U 4,6% badanych stwierdzono zakażenie *Lambliia intestinalis*, z przewagą wśród mieszkańców wsi.

Ciągle wysoka utrzymywała się liczba zachorowań na włośnicę. W roku 1984 wynosiła 370 i była wprawdzie niższa niż w 1983 r. — 418, ale wyższa niż w 1982 r. — 307 zachorowań i niż mediana 246, z lat 1977—1981. Przyczyną zachorowań na włośnicę było głównie mięso z dzika lub mięso wieprzowe z uboju świń nie poddanych badaniu weterynaryjnemu.

Obniżyła się również liczba dzieci w wieku do 2 lat chorych na biegunkę — w roku 1983 wynosiła 30 588 a w 1984 r. 28 292.

W roku 1984 nie zarejestrowano zachorowań na błonicę. Chorych na tężec było 85, z których, wg danych Państwowego Zakładu Higieny, 37 zmarło; wg danych GUS-u zmarło 46. Liczba zachorowań na tężec była niższa o 27 niż w 1983 r. oraz o 16 niż mediana z lat 1978—1982. Podobnie jak w poprzednich latach obserwowano najwyższą zapadalność w południowych województwach: nowosądeckim, tarnowskim, tarnobrzesckim i rzeszowskim. Mimo na ogół korzystnej tendencji zmian zapadalności na tężec od roku 1983 do 1984, należy pamiętać, że w roku 1983 zarejestrowano 5 zachorowań w grupie wieku do 20 lat życia, co oznaczało wyraźny wzrost w porównaniu z sytuacją w poprzednich latach; w 1980 r. dwa przypadki a w 1982 r. jeden przypadek tężca do 20 roku życia. Wskazuje to na konieczność wnikliwej analizy wykonania szczepień i ich skuteczności.

Niepokojąca była również w 1984 r. sytuacja epidemiologiczna krztuśca. Liczba zachorowań wynosiła 452, co było liczbą ponad dwa razy wyższą niż w 1983 r., wynoszącą 185. Zarejestrowano dwa zgony z powodu krztuśca. Wśród chorych na krztusiec 40,3% stanowiły niemowlęta. Najwyższą zapadalność zarejestrowano w woj. krakowskim — 8,0 na 100 000, radomskim — 4,6 i chełmskim — 3,8. W województwie krakowskim stwierdzono najniższy odsetek dzieci zaszczepionych przeciw krztuścowi w pierwszym roku życia. Analiza szczepień dzieci urodzonych w latach 1981—1983 dokonana na dzień 31 grudnia 1984 r. wykazała zaszczepienie 96,9% dzieci w całym kraju, natomiast w woj. krakowskim tylko 85,4%.

W roku 1984 zgłoszono dwa zachorowania na *poliomyelitis*, oba z Warszawy. Pierwszy przypadek, chłopca R.K. urodzonego w styczniu 1984 r., który zachorował 10 sierpnia 1984 r. z objawami nieżytu dróg oddechowych, w jedenastym dniu po szczepieniu szczepionką Di Te Per i pierwszą dawką doustnej szczepionki przeciw *poliomyelitis*. W dniu 15 sierpnia wystąpiły porażenia mięśni prawego uda i podudzia (ze śladami ruchopalcami prawej stopy) oraz niedowładu mięśni lewej koń-

czynny dolnej. Przebieg choroby był średnio ciężki i 21 września chory został wypisany do ośrodka rehabilitacyjnego w Konstancinie. Dziecko nie było szczepione przeciw *poliomyelitis* w przewidzianym terminie z powodu podejrzenia toksoplazmozy (ostatecznie wykluczonej), zespołu złego wchłaniania oraz salmonelozы (*S. agona*). W dniu 7 maja 1984 r. stwierdzono ponadto poziom Ig A poniżej normy wieku. Z próbek kału pobranych w dniu 30 i 31 sierpnia 1984 r. wyhodowano wirusa *poliomyelitis* typu 3, a badaniem serologicznym w dniu 30 sierpnia stwierdzono miana 1:8 z typem 1, 1:128 z typem 2 i 1:64 z typem 3. W dniu 14 września 1984 r. stwierdzono miana 1:16 z typem 1, 1:128 z typem 2 oraz 1:128 z typem 3.

Rozpoznanie *poliomyelitis* drugiego zgłoszonego przypadku budzi wątpliwości mimo, że w czasie choroby wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego wirusa *poliomyelitis* typu 3. Chory S.J., lat 14 był szczepiony doustnie trzykrotnie przeciw *poliomyelitis* potrójną szczepionką we wrześniu, listopadzie i grudniu 1970 r. oraz dodatkowo w marcu 1973 r. Zachorował 30 sierpnia 1984 r. z objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bez porażień. Przebieg choroby łagodny. Objawy oponowe ustąpiły po trzech dniach. Został wypisany ze szpitala po 10 dniach objawowego leczenia w dobrym stanie. Z płynu mózgowo-rdzeniowego pobranego w dniu 20 sierpnia 1984 r. wyhodowano wirusa *poliomyelitis* typ 1 a z kału pobranego w dniu 22 sierpnia wyhodowano wirusa ECHO 30, typ występujący w epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych panującej w Polsce w latach 1983 i 1984. Badania serologiczne krwi pobranej w dniu 20 i 29 sierpnia wykazały w pierwszym badaniu miana 1:32 z typem 1, 1:16 z typem 2 i 1:8 z typem 3 wirusa *poliomyelitis*, a w drugim badaniu 1:16 z typem 1, 1:16 z typem 2 i 1:8 z typem 3. Badania serologiczne ze szczepem *poliomyelitis* wyhodowanym od chorego nie wykazały przeciwciał we krwi pobranej 20 i 29 sierpnia.

Zachorowań na odrę zarejestrowano w 1984 r. w Polsce — 54 403 a zapadalność wynosiła 474,4 na 100 000. Były to najwyższe liczby zachorowań i zapadalności od 1978 r. Wśród chorych 83,5% stanowiły dzieci nie szczepione przeciw odrze (78,2%) lub dzieci, u których nie było dowodu szczepień (5,3%). Zmarło z powodu odrę 16 osób co również stanowiło największą liczbę zgonów od 1978 r. W roku 1984 stwierdzono najniższy od 1981 r. odsetek dzieci zaszczepionych w pierwszym roku życia (73,8%), kiedy to zaszczepiono 77,8% dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia. Rodzi się pytanie czy epidemiczny wzrost zachorowań na odrę w Polsce można wiązać jedynie z obniżeniem odsetka zaszczepionych dzieci w 1984 r. czy też przyczyny należy szukać również w malej skuteczności stosowanej u nas szczepionki. Zjawisko jest niepokojące i wymaga natychmiastowych badań w celu opanowania fali epidemicznej narastającej w latach 1983 i 1984.

Po dwóch epidemicznych latach różyczki w Polsce w 1980 i 1981 r. nastąpił spadek zapadalności w latach 1982 i 1983, kiedy to zarejestrowano 38,7 i 50,9 na 100 000 mieszkańców. W roku 1984 nastąpił wprawdzie wzrost liczby zachorowań — 24 456 i zapadalności — 66,3 na 100 000, ale był to trzeci rok o niskiej zapadalności w ciągu ostatnich czternastu lat. Najwyższą zapadalność w 1984 r. obserwowano wśród dzieci w wieku 5—9 lat. Zapadalność w miastach była ponad dwukrotnie wyższa niż na wsi.

W roku 1984 nastąpił wprawdzie wzrost liczby zachorowań — 14 613 i zapadalności 39,6 na 100 000 na płonicę w porównaniu z rokiem 1983 — 13 744 (37,6), ale w stosunku do mediany z lat 1978—1982 (26 007 i 72,4) liczby zachorowań i zapadalności były znacznie niższe. W ciągu całego roku 1984 zarejestrowano tylko jeden zgon z powodu płonicy. Najwyższa zapadalność w miastach była wśród dzieci w wieku czterech lat a na wsi w wieku sześciu lat. Zapadalność w miastach (52,2 na 100 000) była ponad dwa razy wyższa niż na wsi (20,7).

W ostatnim kwartale 1983 r. obserwowano gwałtowny wzrost liczby zachorowań na świnkę. W ciągu całego roku 1983 zarejestrowano 146 511 zachorowań (400,6 na 100 000) a w 1984 r. liczba zachorowań jeszcze wzrosła do 214 516 (581,1 na 100 000).

Rok 1984 był również epidemicznym rokiem grypy w Polsce. Zarejestrowano 2 452 069 zachorowań na grypę co oznaczało prawie dwukrotny wzrost w stosunku do 1983 r. — 1 234 940 zachorowań. Ale liczba zgonów z powodu grypy w 1984 r. była ponad trzykrotnie niższa (49 zgonów) niż w 1983 r. (165 zgonów). Szczepy wirusa grypy wyhodowane od chorych w 1984 r. wykazywały pokrewieństwo antygenowe z wirusem AH₁N₁ i podobieństwo do wirusów A England 333/80 oraz A USSR 90/77. W ciągu ostatnich lat epidemie grypy w Polsce były mniej rozległe, o mniejszym nasileniu i mniejszej liczbie zgonów niż niektóre epidemie w latach siedemdziesiątych, np. w roku 1970 i 1971 lub w latach 1973/74 i 1974/75.

W stosunku do danych z roku 1983 nieznacznie zmniejszyła się liczba zachorowań na wszystkie postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — z 7823 do 7596, ale w stosunku do mediany z lat 1978—1982 oznaczało to nadal wzrost liczby zachorowań. Liczba zgonów z powodu zapalenia opon w 1984 r. nieznacznie wzrosła zarówno w stosunku do mediany z 1978—1982 jak i w stosunku do 1983 r. i wynosiła w ciągu kolejnych okresów 509, 574 i 576.

Liczba zgonów z powodu zapalenia mózgu wynosząca wg danych GUS-u 435 w roku 1984 była wyższa niż liczba zachorowań — 395 co świadczy o brakach rejestracji zarówno zgonów jak i zachorowań. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia mózgu stanowią nadal jeden z najpoważniejszych problemów epidemiologicznych chorób zakaźnych w Polsce.

Do najważniejszych problemów należy również wirusowe zapalenie wątroby. Wprawdzie ogólna liczba zachorowań i zgonów zmniejszyła się w 1984 r. — 52 287 w stosunku do 1983 r. — 61 729, ale była nadal wyższa niż mediana z lat 1978—1982 a liczba zachorowań z Hbs Ag+ wzrosła z 15 372 przypadków w 1983 r. do 16 285 w 1984 r.

Na zakończenie informacja w sprawie chorób wenerycznych. W 1984 r. rozpoznano 2765 zachorowań na kiłę wczesną, tj. o 18% mniej niż w 1983 r. — 3373. Zmniejszyła się w tym liczba zachorowań na kiłę objawową wczesną z 1858 do 1439, czyli do 3,9 na 100 000 ludności osiągając najniższy poziom zapadalności w całym powojennym okresie. Zmniejszyła się również liczba przypadków kiły wrodzonej z 38 do 25, w tym u dzieci w pierwszym roku życia — 12.

W 1984 r. zarejestrowano 16 385 przypadków rzeżączki (44,3 na 100 000) czyli o 26% mniej niż w 1983 r. — 22 060. Był to największy spadek liczby zachorowań w powojennym okresie.

Danuta Naruszewicz-Lesiuk

ODRA — 1984 ROK

W Polsce 1984 rok był dla odry rokiem epidemicznym. Liczba zachorowań w porównaniu do 1983 roku wzrosła prawie 5-cio krotnie i wynosiła 54 403 przypadki. Zapadalność 147,4 na 100 000 ludności, osiągnęła wartość nie notowaną od 1978 roku (tab. I).

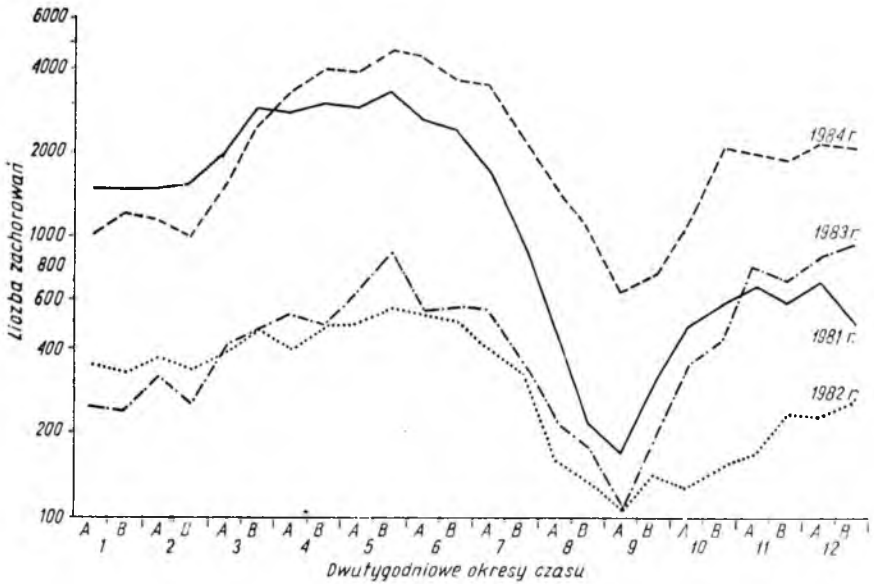
Tabela I. Odra w Polsce w latach 1975—1984. Zachorowania, zgony, zapadalność, umieralność na 100 000 mieszkańców

Rok	Zachorowania	Zgony	Zapadalność na 100 000	Umieralność na 100 000
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
1981	35.283	10	98,3	0,028
1982	7.620	2	21,0	0,00
1983	11.271	5	30,8	0,014
1984	54.403	16	147,4	0,043

W pierwszym kwartale epidemia objęła woj. krakowskie i opolskie. Ponadto uległa zwiększeniu liczba zachorowań w woj. katowickim, rzeszowskim i nowosądeckim. Zachorowania w tych 5 województwach stanowiły ponad 50% przypadków odry zarejestrowanych w I kwartale (8352 zachorowania) w całej Polsce. Epidemia osiągnęła szczyt w drugim kwartale, kiedy zarejestrowano 23 978 zachorowań, tj. 44% ogółu zachorowań z 1984 roku (ryc. 1). Wzrost zachorowań w I połowie roku zanotowano w 43 województwach. Liczba zachorowań uległa zmniejszeniu lub pozostała bez zmian w woj. ciechanowskim, jeleniogórskim, olsztyńskim, ostrołęckim, słupskim i suwalskim.

Wzrost liczby zachorowań w kraju nie był równomierny (tab. II). Najwięcej zachorowań zanotowano w woj. krakowskim — 5850 przypadków, stanowiło to 11% ogólnej liczby zachorowań w kraju.

Zapadalność w kraju wahała się od 26 (woj. leszczyńskie) do 487 na 100 000 (woj. krakowskie). O ile w 1983 roku zapadalność powyżej 100 wystąpiła tylko w 5 województwach, to w 1984 roku w 30 województwach. Bardzo wysoka zapadalność, powyżej 300, wystąpiła poza woj. krakowskim jeszcze w województwach: legnickim — 385, nowosąde-



Ryc. 1. Zachorowania na odrę w latach 1981—1984 w dwutygodniowych okresach czasu.

ckim — 378 i częstochowskim — 338. W 5 województwach zapadalność nie przekroczyła 50 na 100 000 i wynosiła; w leszczyńskim — 26, ostrołęckim — 30, skierniewickim — 39, warszawskim — 41 i gorzowskim — 47.

Podobnie jak w dwu poprzednich latach najniższa zapadalność wystąpiła w miastach o ludności powyżej 100 000 — 130,3 a zapadalność na wsi — 160,3; była wyższa niż w mieście — 138,7 (tab. III).

Zapadalność wzrosła w porównaniu do 1983 roku we wszystkich grupach wieku (tab. IV). Najwyższa zapadalność — 854,3 wystąpiła wśród dzieci w wieku 10—14 lat, ponad 11-krotnie wzrosła zapadalność w wieku 15—19 lat, tj. z 17,3 do 194,5.

Zachorowania osób w wieku 10 do 19 lat stanowiły 52,2% ogółu zachorowań. Wysoka zapadalność — 651,4 wystąpiła również wśród dzieci w 1 roku życia (wiek 13—24 miesiące życia) a więc dzieci podlegających szczepieniu.

Zapadalność na odrę dzieci w wieku 0—9 lat była wyższa w mieście niż na wsi. Poczynając od 10 roku życia zapadalność na odrę jest wyższa na wsi niż w mieście. Najwyższa zapadalność zarówno na wsi jak i w mieście przypada na wiek 10—14 lat — odpowiednio 934,5 i 791,5.

Zapadalność mężczyzn — 157,1 była wyższa od zapadalności kobiet — 138,2.

Hospitalizowano z powodu odry 2785 osób, tj. 5,1% ogółu chorych.

Ze wzrostem zapadalności na odrę wiąże się wzrost umieralności (tab. I). W 1984 roku zmarło z powodu odry 16 osób (umieralność 0,04), 2 zgony wystąpiły w środowisku miejskim, 14 na wsi. Zgony wystąpiły w 14 województwach: po 1 zgodnie w częstochowskim, katowickim, krakowskim, krośnieńskim, opolskim, przemyskim, radomskim, rzeszowskim, sieradzkim, suwalskim, wrocławskim i po 2 zgony w kieleckim i nowosądeckim. Wiek zmarłych przedstawiał się następująco: do 1 r.ż. — 4

Tabela II. Odra w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw

Lp.	Województwo	Mediana 1978—1982		1983		1984	
		Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
P O L S K A		30 653	87,0	11 271	30,8	54 403	147,4
1	St. warszawskie	1 240	53,8	142	6,0	985	41,2
2	Białkopodlaskie	368	129,3	22	7,5	418	141,8
3	Białostockie	656	104,3	9	1,4	731	110,3
4	Bielskie	773	94,9	78	9,1	995	115,5
5	Bydgoskie	552	53,5	174	16,4	1 530	143,2
6	Chełmskie	89	38,6	40	17,0	238	99,9
7	Ciechanowskie	179	44,2	488	118,7	267	64,4
8	Częstochowskie	539	71,9	289	38,2	2 574	338,1
9	Elbląskie	397	91,5	19	4,2	412	89,5
10	Gdańskie	484	36,2	64	4,7	1 346	97,5
11	Gorzowskie	559	125,1	36	7,6	225	47,2
12	Jeleniogórskie	457	92,9	247	49,4	681	134,8
13	Kaliskie	447	67,1	86	12,6	970	140,8
14	Katowickie	1 243	34,1	496	12,8	4 838	124,8
15	Kieleckie	872	82,2	135	12,4	2 593	236,3
16	Konińskie	265	60,2	16	3,6	381	84,0
17	Koszalińskie	530	115,3	47	9,9	633	131,6
18	Miejskie krakowskie	370	32,2	1 783	149,5	5 850	486,9
19	Krośnieńskie	158	35,8	153	33,2	1 232	263,4
20	Legnickie	362	79,7	46	9,7	1 855	385,1
21	Leszczyńskie	403	113,9	45	12,3	98	26,4
22	Lubelskie	711	74,9	340	35,4	1 920	197,5
23	Łomżyńskie	175	53,5	5	1,5	721	214,8
24	Miejskie Łódzkie	111	9,9	642	56,1	1 748	152,2
25	Nowosądeckie	583	92,4	75	11,6	2 480	378,4
26	Olsztyńskie	575	85,4	84	12,0	449	63,0
27	Opolskie	376	38,7	1 572	158,5	2 836	283,2
28	Ostrołęckie	449	120,9	230	61,0	113	29,7
29	Piłskie	296	68,9	22	4,9	794	173,4
30	Piotrkowskie	284	47,4	788	126,9	575	91,8
31	Płockie	198	40,4	19	3,8	306	60,5
32	Poznańskie	1 007	82,9	92	7,2	1 208	94,1
33	Przemyskie	286	75,1	16	4,1	953	243,8
34	Radomskie	1 211	171,0	206	28,8	617	85,5
35	Rzeszowskie	68	10,7	155	23,2	1 549	228,2
36	Siedleckie	571	92,8	28	4,5	372	59,0
37	Sieradzkie	247	63,1	38	9,6	522	131,0
38	Skierniewickie	483	122,0	21	5,2	157	38,6
39	Ślupskie	464	126,1	34	8,9	217	55,9
40	Suwalskie	292	69,4	20	4,6	856	194,3
41	Szczecińskie	1 499	166,2	113	12,3	1 115	120,0
42	Tarnobrzeskie	476	84,6	440	77,5	612	106,5
43	Tarnowskie	282	46,7	128	20,6	876	154,7
44	Toruńskie	249	40,6	439	70,4	856	135,7
45	Wałbrzyskie	238	33,3	302	41,7	747	102,2
46	Włocławskie	330	80,0	104	24,8	426	100,7
47	Wrocławskie	958	90,5	95	8,7	933	84,4
48	Zamojskie	586	122,9	793	165,3	303	62,5
49	Zielonogórskie	526	85,9	55	8,8	1 190	187,3

zgony, 1 r.ż. — 1 zgon, 2 l.ż. — 1 zgon, w grupach wieku 5—9 lat — 3 zgony, 10—14 lat — 2 zgony, 15—19 lat — 4 zgony, 20—24 lata — 1 zgon.

Tabela III. Odra w Polsce w latach 1981—1984. Zapadalność na 100 000 w miastach i na wsi

Rok	Ogółem	M I A S T A					Wies
		Razem	>20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	<100 tys.	
1981	98,3	99,3	120,6	110,9	68,7	94,5	96,8
1982	21,0	18,5	29,8	17,4	28,9	11,5	24,7
1983	30,8	28,3	31,2	46,9	23,3	22,2	34,6
1984	147,4	138,7	149,4	131,1	164,5	130,3	160,3

W 1984 roku wyraźnej poprawie uległa dokumentacja dotycząca przebytych szczeni u osób chorych na odrę. W 1982 roku brak było danych o szczeniu u 14,7% chorych, w 1983 roku u 10,5% a w 1984 roku już tylko u 5,3% chorych w wieku 0—14 lat. W związku z tym bardziej wiarygodne stają się informacje o zachorowaniach osób szczeni lub nie szczeni. W analizowanym roku chorowały przede wszystkim osoby nie szczeni, które stanowiły 78,2% wszystkich chorych w wieku 0—14 lat (tab. V). Odsetek osób chorych, posiadających w wywiadzie szczenia przeciw odrze uległ zmniejszeniu w porównaniu do 1983 roku z 17,9% do 16,5%.

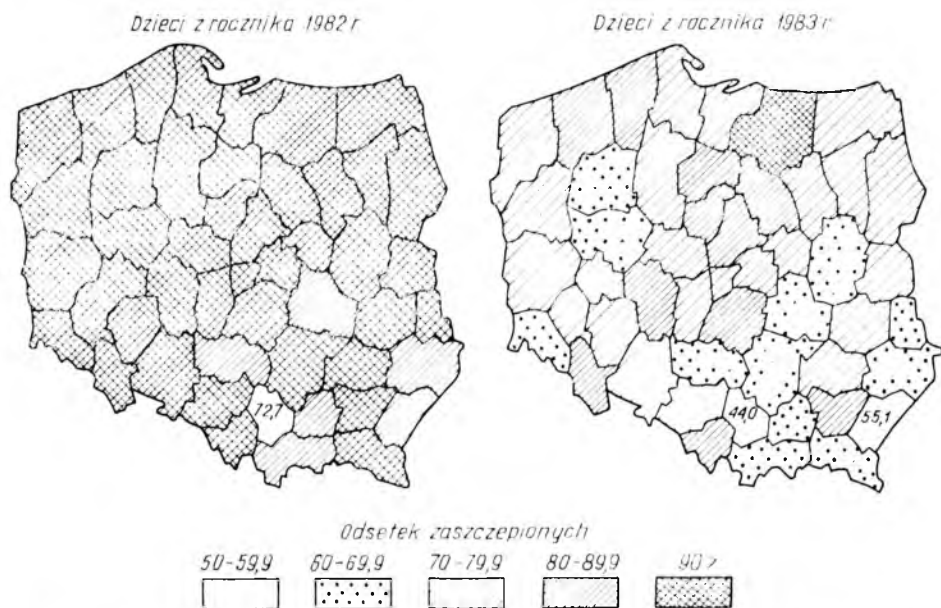
Stan szczeni przeciw odrze w Polsce w dn. 31 XII 1984 r. ilustruje ryc. 2 i tabela VI. Jak wynika z tabeli w roku sprawozdawczym zaszczepiono tylko 73,8% dzieci urodzonych w poprzednim roku. Jest to najniższy odsetek wykonania szczeni od 1981 roku kiedy zaszczepiono 77,8% dzieci z najmłodszego rocznika podlegającego szczeniu. Ponieważ szczenie przeciw odrze przewidziane jest w kalendarzu szczeni w wieku od 13 do 15 m.ż. nie jest możliwe zaszczepienie 100% dzieci z tego rocznika w roku sprawozdawczym. Jednak jak to widać na przykładzie woj. olsztyńskiego w 1983 r. i 1984 r. oraz woj. toruńskiego w 1983 r. jest praktycznie możliwe zaszczepienie ponad 90% dzieci. Naj-

Tabela IV. Odra w Polsce w latach 1982—1984. Zapadalność na 100 000 i odsetki zachorowań w wieku 0—24 lat

Ogółem	Zapadalność na 100 000			Częstość względna (odsetki)		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
	21,0	30,8	147,4	100,0	100,0	100,0
w tym w wieku						
0	68,0	88,4	307,8	6,1	5,5	4,0
1	124,0	124,5	651,4	10,9	7,5	8,4
2	78,9	72,7	332,8	7,0	4,3	4,1
3	56,4	64,7	260,6	4,8	3,9	3,2
4	53,8	64,1	260,5	4,5	3,7	3,2
5	54,9	78,4	263,6	4,6	4,4	3,2
6	71,7	80,7	335,5	6,0	4,5	3,9
7	84,3	109,1	420,8	6,8	6,2	4,9
8	88,9	127,8	492,0	6,9	7,0	5,7
9	113,5	164,9	551,2	8,5	8,6	6,2
10—14	90,7	168,8	854,3	30,9	39,9	43,2
15—19	7,0	17,3	194,5	2,4	3,9	9,0
20—24	0,8	1,2	12,3	0,3	0,3	0,7

Tabela V. Zachorowania na odrę dzieci w wieku 0—14 lat w 1984 r. z podziałem na szczepione i nie szczepione przeciw odrze

Grupy wieku	Liczba zachorowań na odrę dzieci						Ogółem	
	szczepionych		nie szczepionych		brak danych o szczep.			
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
0	17	0,8	2.094	95,8	74	3,4	2.185	100,0
1	396	8,7	3.950	87,0	197	4,3	4.543	100,0
2	565	25,2	1.534	68,3	147	6,5	2.246	100,0
3	595	34,1	1.058	60,7	91	5,2	1.744	100,0
4	716	40,8	948	54,1	89	5,1	1.753	100,0
0—4	2.289	18,3	9.584	76,9	598	4,8	12.471	100,0
5	665	38,5	912	52,9	149	8,6	1.726	100,0
6	809	38,3	1.153	54,5	153	7,2	2.115	100,0
7	891	33,5	1.506	56,6	263	9,9	2.660	100,0
8	946	30,3	1.914	61,2	267	8,5	3.127	100,0
9	764	22,5	2.404	70,9	224	6,6	3.392	100,0
5—9	4.075	31,3	7.889	60,6	1.056	8,1	13.020	100,0
10—14	1.733	7,4	20.828	88,6	939	4,0	23.500	100,0
Razem	8.097	16,5	38.301	78,2	2.593	5,3	48.991	100,0



Ryc. 2. Szczepienie przeciw odrze dzieci urodzonych w 1982 i 1983 r. Stan w dniu 31 XII 1984 r. (odsetek zaszczepionych).

Tabela VI. Liczba i odsetek dzieci zaszczepionych przeciw odrze w Polsce według roku urodzenia w latach 1981—1984

Rok urodzenia	stan na 31 XII 1981		stan na 31 XII 1982		stan na 31 XII 1983		stan na 31 XII 1984	
	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku	liczba	% zaszczep. w roczniku
1977	573 099	91,2	—	—	—	—	—	—
1978	596 246	94,1	598 882	94,7	—	—	—	—
1979	604 672	92,5	620 387	95,2	621 973	95,9	—	—
1980	512 255	77,8	609 732	92,8	624 984	95,4	628 841	96,2
1981	25 317	4,0	481 374	74,5	604 789	93,9	620 212	96,1
1982	—	—	7 429	1,1	505 860	75,3	630 250	93,9
1983	—	—	—	—	6 519	—	511 010	73,8
1984	—	—	—	—	—	—	3 935	0,6

niższy odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień przypada na woj. krakowskie: w 1982 r. — 42,4%, w 1983 r. — 44,3% a w 1984 r. — 44,0% (ryc. 2). W roku sprawozdawczym kontynuowano szczepienie dzieci urodzonych w 1982 r. — w 42 województwach osiągnięto poziom zaszczepienia ponad 90%, w 6 województwach ponad 80%, a w woj. krakowskim zaledwie 72,7% (ryc. 2).

W analizowanym roku około 31% zachorowań wystąpiło wśród dzieci w wieku 1—9 lat, nie szczepionych lub u których nie było informacji czy były szczepione czy nie. Są to zachorowania, którym w znacznej mierze można było zapobiec przez szczepienie. Stan uodpornienia dzieci w wieku 0—4 lata w dn. 31 XII 1984 r. przedstawia tabela VII. Mimo wysokiego odsetka uodpornionych dzieci urodzonych w latach 1980—1982 pozostaje nadal wrażliwych (nie szczepionych) ok. 59 tys. dzieci oraz ponadto, przy założeniu przeciętnej skuteczności szczepionki, ok. 5% dzieci szczepionych nieskutecznie, a z dzieci urodzonych w 1983 roku aż 125 000 dzieci nie szczepionych. Dlatego konieczne jest dokończenie wszelkich starań aby objąć szczepieniami jak najwięcej dzieci i szczepić je w terminie przewidzianym w kalendarzu szczepień a więc między 13 a 15 miesiącem życia.

Tabela VII. Stan uodpornienia przeciw odrze dzieci urodzonych w latach 1980—1984

Rok urodzenia	Liczba dzieci w roczniku	Przeżyło odrę nie szczepionych	Zaszczepiono przeciw odrze	Ogółem uodpornionych przeciw odrze	
				liczba	%
1980	653 859	19 722	628 841	643 563	98,4
1981	645 148	8 458	620 212	628 670	97,4
1982	671 271	8 509	630 250	638 759	95,2
1983	697 768	12 068	511 010	523 078	75,0
1984	668 255	549	3 935	4 484	0,7

wg danych kartoteki MZ/EII-1/ w dn. 31 XII 1984 r.

Д. Нарушевич-Лесюк

КОРЬ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году зарегистрировано всего 54 403 заболевания корью а заболеваемость равнялась 147,4 на 100 000. Это самое высокое число заболеваний и заболеваемости от 1978 года. Преимущественно это были заболевания невакцинированных пациентов — 78,2%, кроме того у 5,3% больных не было информации о вакцинации. Заболеваемость мужчин — 157,1 была высшая чем женщины — 138,2. Заболеваемость в селах — 160,3 была высшая чем в городах — 138,7. По поводу кори летальных исходов было 16 — показатель смертности равнялся 0,04 на 100 000.

D. Naruszewicz-Lesiuk

MEASLES — 1984

Summary

In 1984 the total number of notified measles cases was 54 403 and the incidence was 147.4 per 100 thousand. This was the highest incidence and morbidity since 1978. Cases occurring in non-vaccinated individuals prevailed — 78.2%, and in 5.3% of cases no information on vaccination was available. The incidence in males was 157.1 and it was higher than in females 138.2. The incidence in rural areas 160.3 was higher than in towns 138.7. Sixteen patients died, the mortality was 0.04 per 100 thousand.

Aniela Adonajło

KRZTUSIEC — 1984 ROK

W 1984 r. w Polsce zaznaczył się wzrost liczby zachorowań na krztusiec: zanotowano 326 przypadków, zapadalność wyniosła 0,9 na 100 000 (w 1983 r. notowano 185 zachorowań przy zapadalności 0,5). Jednak w porównaniu z medianą w latach 1978—1982 (452 zach., zapadalność 1,2/100 000) sytuacja epidemiologiczna krztusca w 1984 roku przedstawia się bardziej korzystnie (tab. I).

W 1984 r. wystąpiły 2 zgony z powodu krztusca; jeden zgon w mieście, drugi na wsi. Notowano po jednym zgonie w woj. przemyskim i w woj. zamojskim; oba zgony dotyczyły niemowląt, jeden płci żeńskiej, drugi męskiej.

Zachorowania na krztusiec notowano w 39 województwach (o 6 więcej niż w 1983 r.). Największą liczbę zachorowań stwierdzono w województwach: miejskim krakowskim — 96 przyp., i radomskim — 33 przypadki. Po kilkanaście zachorowań rejestrowano w województwach katowickim — 18, zamojskim — 16, krośnieńskim — 15, wrocławskim — 13 i warszawskim — 12. W 3 województwach notowano tylko pojedyncze zachorowania. Najwyższa zapadalność w województwie miejskim krakowskim — 8,0/100 000, radomskim — 4,6 i chełmskim — 3,8.

Analiza zachorowań według kwartałów roku wykazała najwyższą liczbę przypadków w IV kwartale — 158 zach. (49,0%) i w III kwartale — 110 zach. (34,0%). W I kwartale notowano tylko 30, a w II kwartale — 28 zachorowań.

Na podstawie danych wywiadów epidemiologicznych, dokonanych przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne i obejmujących 288 chorych na krztusiec (88,3%), przeprowadzono analizę epidemiologiczną zachorowań w zależności od wieku, płci i środowiska.

Z tabeli II, w której uwzględniono liczbę zachorowań, zapadalność i udział procentowy chorych według wieku i płci, wynika, że najliczniejszą grupę wśród chorych stanowiły niemowlęta: 111 przypadków (40,3%), przy zapadalności 16,3/100 000. Liczba zachorowań i zapadalność obniżała się z wiekiem, ale najczęściej zapadały na krztusiec dzieci najmłodsze, w wieku od 0—4 lat, które stanowiły 76,1% wszystkich chorych; liczba zachorowań — 219, zapadalność 6,4/100 000. Dzieci w wieku od 5—9 lat stanowiły 15,6%, a zapadalność wyniosła 1,4 na 100 000. Średnia zapadalność na krztusiec wśród dzieci w wieku od 10—14 lat wyniosła 0,9, zaś średnia zapadalność dla wszystkich dzieci w wieku od 0—14 lat wyniosła 3,1/100 000.

Zapadalność wśród dziewczynek była na ogół wyższa niż wśród chłop-

Tabela I. Krztusiec w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg województw

	Mediana 1978—1982		1983		1984	
	zacho- row.	zapa- dal.	zacho- row.	zapa- dal.	zacho- row.	zapa- dal.
P O L S K A	452	1,2	185	0,5	326	0,9
1. St. warszawskie	37	1,6	17	0,7	12	0,5
2. Białkopodlaskie	2	0,7	0	0	1	0,3
3. Białostockie	2	0,3	0	0	—	—
4. Bielskie	11	1,3	4	0,5	5	0,4
5. Bydgoskie	5	0,5	0	0	3	0,3
6. Chelmskie	0	0	9	3,8	9	3,8
7. Ciechanowskie	2	0,5	3	0,7	2	0,5
8. Częstochowskie	6	0,8	0	0	3	0,4
9. Elbląskie	1	0,2	0	0	—	—
10. Gdańskie	6	0,5	0	0	4	0,3
11. Gorzowskie	1	0,2	0	0	2	0,4
12. Jeleniogórskie	2	0,4	1	0,2	2	0,4
13. Kaliskie	3	0,5	1	0,2	—	—
14. Katowickie	28	0,8	8	0,2	18	0,5
15. Kieleckie	10	0,9	5	0,5	8	0,7
16. Konińskie	0	0	0	0	3	0,7
17. Koszalińskie	0	0	0	0	—	—
18. M. krakowskie	56	4,9	36	3,0	96	8,0
19. Krośnieńskie	8	1,8	2	0,4	15	3,2
20. Legnickie	1	0,2	0	0	3	0,6
21. Leszczyńskie	0	0	1	0,3	—	—
22. Lubelskie	9	1,0	8	0,8	5	0,5
23. Łomżyńskie	0	0	1	0,3	—	—
24. M. łódzkie	4	0,4	2	0,2	4	0,4
25. Nowosądeckie	34	5,3	22	3,4	4	0,6
26. Olsztyńskie	9	1,3	0	0	2	0,3
27. Opolskie	12	1,2	0	0	2	0,2
28. Ostrołęckie	2	0,5	1	0,3	—	—
29. Piłskie	2	0,5	0	0	—	—
30. Piotrkowskie	2	0,3	1	0,2	2	0,3
31. Płockie	1	0,2	0	0	2	0,4
32. Poznańskie	4	0,3	1	0,1	4	0,3
33. Przemyskie	8	2,1	5	1,3	4	1,0
34. Radomskie	15	2,1	5	0,7	33	4,6
35. Rzeszowskie	10	1,6	0	0	9	1,3
36. Siedleckie	3	0,5	5	0,8	3	0,5
37. Sieradzkie	1	0,3	0	0	—	—
38. Skierniewickie	0	0	1	0,3	4	1,7
39. Słupskie	3	0,8	4	1,2	8	2,1
40. Suwalskie	4	1,0	2	0,5	1	0,2
41. Szczecińskie	13	1,5	3	0,3	8	0,9
42. Tarnobrzeskie	5	0,9	10	1,8	3	0,5
43. Tarnowskie	11	1,8	6	1,0	7	1,1
44. Toruńskie	5	0,8	2	0,3	3	0,5
45. Wałbrzyskie	7	1,0	4	0,6	4	0,6
46. Włocławskie	1	0,2	1	0,2	—	—
47. Wrocławskie	17	1,6	4	0,4	13	1,2
48. Zamojskie	11	2,3	9	1,9	16	3,3
49. Zielonogórskie	4	0,7	1	0,2	1	0,2

Tabela II. Krztusiec w Polsce w 1984 r. Zachorowania, zapadalność na 100 000 i udział procentowy w zależności od płci i wieku

Wiek	Mężczyźni			Kobiety			Ogółem		
	liczba zachor.	zapad.	%	liczba zachor.	zapad.	%	liczba zachor.	zapad.	%
0	54	14,8	47,0	62	17,9	53,0	116	16,3	40,3
1	23	6,4	49,0	24	7,1	51,0	47	6,7	16,3
2	8	2,3	30,0	19	5,8	70,0	27	4,0	9,4
3	8	2,3	53,3	7	2,1	46,7	15	2,2	5,2
4	9	2,6	64,3	5	1,5	35,7	14	2,1	4,9
0—4	102	6,3	46,6	117	7,0	53,4	219	6,4	76,1
5	4	1,2	36,4	7	2,2	63,6	11	1,7	3,8
6	6	1,9	54,5	5	1,6	45,5	11	1,7	3,8
7	3	1,0	23,0	10	3,2	77,0	13	2,1	4,5
8	3	1,0	75,0	1	0,3	25,0	4	0,6	1,4
9	2	0,6	33,3	4	1,3	66,7	6	1,0	2,0
5—9	18	1,1	40,0	27	1,7	60,0	45	1,4	15,6
10—14	7	0,5	29,0	17	1,3	71,0	24	0,9	8,3
N/ Ogółem	127	2,7	44,0	161	3,5	56,0	288	3,1	100,0

ców, co było szczególnie zaznaczone w wieku od 0—2 lat, a także w wieku 5 lat, 7 lat, 9 lat i ogólnie w grupie od 0—14 lat.

Analiza zachorowań w mieście i na wsi wykazała na ogół wyższą zapadalność wśród dzieci miejskich; zapadalność ogółem w mieście 3,4, na wsi 2,7 (tab. III). Wyższa zapadalność wśród dzieci wiejskich była zaznaczona w wieku 2 lat, 5 lat oraz 8 i 9 lat.

Tabela III. Krztusiec w Polsce w 1984 r. Zachorowania, zapadalność na 100 000 i udział procentowy w mieście i na wsi

Wiek	Miasto			Wieś			Ogółem		
	liczba zachor.	zapad.	%	liczba zachor.	zapad.	%	liczba zachor.	zapad.	%
0	68	17,1	58,6	48	15,3	41,4	116	16,3	40,3
1	29	7,3	61,7	18	5,9	38,3	47	6,7	16,3
2	15	3,9	55,6	12	4,2	44,4	27	4,0	9,4
3	11	2,8	73,3	4	1,4	26,7	15	2,2	5,2
4	12	3,0	85,7	2	0,7	14,3	14	2,1	4,9
0—4	135	6,9	61,6	84	5,7	38,4	219	6,4	76,1
5	6	1,5	54,5	5	1,9	45,5	11	1,7	3,8
6	8	2,1	72,7	3	1,2	27,3	11	1,7	3,8
7	10	2,7	76,9	3	1,2	23,1	13	2,1	4,5
8	2	0,5	50,0	2	0,8	50,0	4	0,6	1,4
9	2	0,6	33,3	4	1,6	66,7	6	1,0	2,0
5—9	28	1,5	62,2	17	1,3	37,8	45	1,4	15,6
10—14	19	1,2	79,2	5	0,4	20,8	24	0,9	8,3
Ogółem	182	3,4	63,2	106	2,7	36,8	288	3,1	100,0

Według danych na dzień 31 XII 1984 r. w Polsce było zaszczepionych przeciw krztuścowi 96,9% dzieci urodzonych w latach 1981—1983. Od tej średniej krajowej odbiega znacznie województwo miejskie krakowskie, gdzie zaszczepiono tylko 85,4% dzieci urodzonych w wymienionych latach.

Analiza szczepień przeciw krztuścowi dzieci urodzonych w 1984 r. wykazuje, że zaszczepiono ogółem 38,4% dzieci, czyli mniej niż w 1983 r., gdy zaszczepiono 40,5% dzieci. Najwyższy odsetek zaszczepionych dzieci z rocznika 1984 — wykazały województwa: olsztyńskie — 55,1% i koszalińskie — 51,2%. Wyższe odsetki od średniej krajowej wykazały również województwa: bielskie — 50,9%, kaliskie, łódzkie, piotrkowskie, płockie, toruńskie, skierniewickie, st. warszawskie — znacznie ponad 40% zaszczepionych dzieci.

Najniższy odsetek szczepień przypada na województwa: przemyskie — 21,3, krośnieńskie — 21,5, szczecińskie — 22,9% i miejskie krakowskie — 26,6%.

A. Adonajło

КОКЛЮШ — 1984 ГОД

Резюме

В Польше в 1984 году отмечено 326 заболеваний коклюшом, т.е. 141 случаев больше чем в 1983 году. Заболеваемость равнялась 0,9 на 100 000. Заболевание зарегистрировано в 39 всеводствах. Были 2 смерти младенцев: одна в городе и одна в селе. Самое высокое число заболеваний отмечено в воеводском — 33 случая с заболеваемостью 4,6 на 100 000. Самую большую группу среди больных составляли младенцы: 40,3%, заболеваемость — 16,3/100 000. Среди детей возраста от 0 до 4 лет средняя заболеваемость равнялась 6,4, возраста от 5 до 9 лет — 1,4, возраста от 10 до 14 лет — 0,9, но для всех детей возраста от 0 до 14 лет заболеваемость коклюша равнялась 3,1 на 100 000. В городах заболеваемость (3,4) была высшая чем в селах (2,7 на 100 000).

A Adonajło

WHOOPIING COUGH — 1984

Summary

The number of whooping cough cases notified in Poland in 1984 was 326, that is 141 cases more than in 1983. The incidence was 0.9 per 100 thousand. Two infants died: one in town another in a village. The cases were notified in 39 provinces, with the highest incidence in the City of Cracow — 96, incidence 8.0, and Province of Radom — 33, incidence 4.6 per 100 thousand. The greatest age group constituted infants — 40.3%, the incidence in this group was 16.3 per 100 thousand. In the children aged 0—4 years the mean incidence was 6.4; in those aged 5—9 years it was 1.4; and in the age group 10—14 years it was 0.9. The incidence in children aged 0—14 years was 3.1 per 100 thousand, and it was higher in towns (3.4) than in villages (2.7).

Aniela Adonajło

PŁONICA — 1984 ROK

W 1984 r. w Polsce zanotowano 14 613 zachorowań na płonicę; zapadalność wyniosła 39,6 na 100 000. Zaznaczył się wzrost liczby zachorowań i zapadalności w porównaniu z 1983 r. (13 744 zachorowania, zapadalność — 37,6), równocześnie był to znaczny spadek w stosunku do mediany w latach 1978—1982 (tab. I).

Tabela I. Płonica w Polsce w latach 1978—1984 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg województw

Województwo	Mediana 1978—1982		1983		1984	
	zachor.	zapad.	zachor.	zapad.	zachor.	zapad.
1	2	3	4	5	6	7
P O L S K A	26007	72,4	13744	37,6	14613	39,6
1. St. warszawskie	2483	106,6	1619	68,2	1614	67,6
2. Białkopodlaskie	99	34,8	66	22,6	56	19,0
3. Białostockie	470	74,2	274	41,6	277	41,8
4. Bielskie	758	93,1	459	53,7	357	41,5
5. Bydgoskie	869	83,7	436	41,2	489	45,8
6. Chełmskie	43	18,8	48	20,4	73	30,6
7. Ciechanowskie	203	50,0	179	43,6	117	28,2
8. Częstochowskie	352	46,9	270	35,7	300	39,4
9. Elbląskie	181	40,7	184	40,5	228	49,5
10. Gdańskie	919	68,7	427	31,2	504	36,5
11. Gorzowskie	234	51,0	118	25,1	184	38,6
12. Jeleniogórskie	398	80,7	179	35,8	162	32,1
13. Kaliskie	259	38,6	220	32,3	163	23,7
14. Katowickie	2213	58,5	1127	29,1	1257	32,4
15. Kieleckie	594	55,5	241	22,3	246	22,4
16. Koninśkie	122	28,0	65	14,5	76	16,8
17. Koszalińskie	386	85,1	180	37,9	214	44,5
18. M. krakowskie	1029	87,9	824	69,1	837	69,7
19. Krośnieńskie	120	26,6	67	14,5	68	14,5
20. Legnickie	400	86,7	119	25,0	184	38,2
21. Leszczyńskie	138	38,4	152	41,5	72	19,4
22. Lubelskie	374	40,7	216	22,5	216	22,2
23. Łomżyńskie	111	34,2	45	13,6	66	19,7
24. M. łódzkie	611	55,1	590	51,6	418	36,4
25. Nowosądeckie	356	56,4	170	26,3	286	43,6
26. Olsztyńskie	586	87,0	277	39,4	235	33,0
27. Opolskie	782	80,0	493	49,7	647	64,6

1	2	3	4	5	6	7
28. Ostrołęckie	269	73,9	209	55,5	111	29,2
29. Piłskie	188	42,7	104	23,1	120	26,2
30. Piotrkowskie	457	77,7	165	26,6	182	29,1
31. Płockie	291	59,7	183	36,5	255	50,4
32. Poznańskie	753	62,0	700	55,1	800	62,3
33. Przemyskie	171	45,3	167	43,3	138	35,3
34. Radomskie	392	55,8	259	36,3	172	23,8
35. Rzeszowskie	250	39,2	156	23,4	238	35,1
36. Siedleckie	249	40,6	126	20,1	95	15,1
37. Sieradzkie	131	33,9	118	29,9	74	18,6
38. Skierniewickie	295	74,1	139	34,5	183	45,0
39. Słupskie	230	61,8	170	44,5	158	40,7
40. Suwalskie	222	53,1	137	31,6	206	46,8
41. Szczecińskie	1025	113,7	473	51,4	475	51,1
42. Tarnobrzeskie	228	40,6	156	27,5	186	32,4
43. Tarnowskie	267	44,6	144	23,2	212	33,6
44. Toruńskie	493	80,4	219	35,1	316	50,1
45. Wałbrzyskie	446	62,2	208	28,7	238	32,6
46. Włocławskie	282	68,0	147	35,1	156	36,9
47. Wrocławskie	1040	96,6	514	46,9	619	56,0
48. Zamojskie	103	38,2	36	7,5	55	11,4
49. Zielonogórskie	304	49,6	169	27,0	278	43,8

Tabela II. Płonica w Polsce w 1984 r. Liczba zachorowań i zapadalność wg środowiska i liczby ludności w miastach

	Liczba zachor.	Zapadal.
Miasto		
Ogółem	11541	52,2
w tym:		
<20 tys.	2050	46,1
20—50 tys.	1873	49,5
50—100 tys.	1495	52,7
>100 tys.	6123	55,5
Wieś	3072	20,7
Ogółem	14613	39,6

Najwyższą zapadalność na płonice notowano w województwach: m. krakowskim — 69,4 st. warszawskim — 67,6, opolskim — 64,6, poznańskim — 62,3 i wrocławskim — 56,0 na 100 000. Najniższą zapadalność — 11,4 rejestrowano w województwie zamojskim.

Zapadalność w mieście — 52,2 była 2,5 razy wyższa niż zapadalność na wsi — 20,7 na 100 000. W miastach najwyższa zapadalność — 55,3 dotyczyła dużych miast — o liczbie ludności powyżej 100 000 i obniżała się w miastach o mniejszej liczbie ludności; przy liczbie mieszkańców poniżej 20 000 — zapadalność wyniosła 46,1 na 100 000 (tab. II).

Porównanie zapadalności na płonice według wieku wykazuje, że najczęściej chorują dzieci w wieku od 2 do 9 lat; najwyższa zapadalność w tej grupie dotyczy dzieci w wieku 4—5 lat (zapad. powyżej 300 zachorowań na 100 000), a wahaniami wynoszą od 132,8 u dzieci dwuletnich do 116,0 wśród dzieci dziewięcioletnich. W starszej grupie wieku, dzieci

Tabela III. Płonica w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000 mieszkańców i podział procentowy wg wieku i środowiska

Wiek w latach	Miasto		Wieś		Ogółem	
	zapadaln.	%	zapadaln.	%	zapadaln.	%
0—4	221,9	37,7	58,9	28,0	152,3	35,7
0	17,6	0,6	11,2	1,1	14,8	0,7
1	85,6	2,9	34,4	3,4	63,4	3,0
2	455,7	15,6	64,6	6,1	132,8	6,1
3	183,4	6,2	92,6	8,4	253,5	11,7
4	369,0	12,4	99,7	9,0	308,7	14,2
5—9	291,5	47,2	95,3	40,2	211,1	45,8
5	437,2	14,7	111,6	9,7	304,3	13,6
6	371,7	12,1	121,9	10,1	270,6	11,7
7	262,6	8,5	99,5	8,3	196,5	8,5
8	224,8	7,3	73,5	6,3	162,7	7,1
9	149,3	4,6	69,8	5,8	116,0	4,9
10—14	91,2	12,3	56,0	22,0	75,7	14,2
15—19	15,2	1,9	23,4	8,2	18,7	3,2
20—24	3,5	0,5	1,9	0,7	2,8	0,6
25—29	0,8	0,1	1,1	0,5	0,9	0,2
30—34	0,8	0,2	0,5	0,2	0,7	0,2
35—39	0,4	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1
40—44	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
45—49	0,2	0,0	—	—	0,1	0,0
50—54	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
55+	0,0	0,0	—	—	0,0	0,0
Ogółem	52,2	100,0	20,7	100,0	39,6	100,0

od 10 do 14 lat, zapadalność spadła do 75,7, zaś wśród młodzieży w wieku 15—19 lat wyniosła 18,7 na 100 000 (tab. III).

W poszczególnych grupach wieku występują znaczne różnice między miastem i wsią. W mieście najwyższa zapadalność — 455,7 dotyczyła dzieci w wieku 4 lata, na wsi zaś najwyższa zapadalność — 121,9 wystąpiła u dzieci w wieku 6 lat. W grupie młodzieży od 15 do 19 lat zapadalność na wsi była wyższa niż w mieście; wieś — 23,4, miasto — 15,2. W tej grupie wieku udział procentowy dzieci na wsi — 8,2% był wyższy niż w mieście — 1,9%. Zaznacza się więc nieco odmienna struktura wieku chorych na wsi, gdzie dzieci zapadają na płonicę w starszym wieku niż dzieci w mieście.

Analiza zapadalności na płonicę z uwzględnieniem płci wykazuje, że zapadalność ogólna była nieco wyższa wśród mężczyzn (41,8) niż kobiet (37,5). Jednakże w niektórych grupach wieku np. wśród niemowląt, w grupie dzieci od 5 do 9 lat oraz od 10—14 lat a także wśród dorosłych w wieku od 30—39 — zapadalność kobiet była wyższa niż mężczyzn (tab. IV).

Sezonowy rozkład zachorowań na płonicę w 1984 r. wykazał nasilenie liczby zachorowań w okresie jesienno-zimowym. Wysoki poziom zachorowań utrzymywał się od stycznia do maja i od października do

Tabela IV. Płonica w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000 mieszkańców i podział procentowy wg płci i wieku

Wiek w latach	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapadaln.	%	zapadaln.	%	zapadaln.	%
0—4	162,5	37,9	141,7	33,4	152,3	35,7
0	14,0	0,7	15,6	0,8	14,8	0,7
1	67,4	3,2	59,2	2,8	63,4	3,0
2	150,5	6,9	114,0	5,3	132,8	6,1
3	256,0	11,7	250,8	11,6	253,5	11,7
4	336,6	15,4	279,3	12,9	308,7	14,2
5—9	203,9	43,9	218,6	47,8	211,1	45,8
5	291,6	13,0	317,8	14,3	304,3	13,6
6	278,0	11,9	262,8	11,4	270,6	11,7
7	195,3	8,4	197,7	8,6	196,5	8,5
8	143,6	6,2	182,5	8,1	162,7	7,1
9	105,5	4,4	127,0	5,4	116,0	4,9
10—14	73,2	13,8	78,3	14,9	75,7	14,2
15—19	20,1	3,5	17,2	3,0	18,7	3,2
20—24	3,3	0,6	2,4	0,4	2,8	0,6
25—29	0,9	0,2	0,9	0,2	0,9	0,2
30—34	0,5	0,1	0,9	0,2	0,7	0,2
35—39	0,2	0,0	0,5	0,1	0,4	0,1
40—44	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
45—49	0,3	0,0	—	—	0,1	0,0
50—54	0,3	0,0	—	—	0,1	0,0
55+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ogółem	41,8	100,0	37,5	100,0	39,6	100,

grudnia. Różnica między najwyższą liczbą zachorowań w styczniu a najniższą w sierpniu była ponad trzykrotna (ryc. 1).

W 1984 r. notowano jeden zgon (łącznie na płonicę i paciorkowcowe zapalenie gardła, nr klas. 034), w mieście, na terenie województwa łódzkiego.



Ryc. 1. Płonica w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

А. Адонайло

СКАРЛАТИНА — 1984 ГОД

Резюме

Отмечено 14613 заболеваний скарлатиной, заболеваемость — 39,6 на 100 000. Появилось повышение числа заболеваний и заболеваемости в отношении к 1983 году, но значительное понижение в сравнении с медианой в годах 1978—1982. Заболеваемость в городах равнялась 52,2 и была 2,5 раза выше чем в селах — 20,7 на 100 000. Чаще всего болели дети возраста 4 лет в городах а в селах возраста 6 лет, при чём вообще — от 2 до 9 лет. Среди молодёжи возраста от 10 до 14 лет заболеваемость в селах выше чем в городах. Общая заболеваемость несколько выше среди мужчин, но в некоторых группах возраста, от 5 до 9 лет, от 10 до 14 лет и от 30 до 39 лет преимущественно болеют женщины. Самое высокое число заболеваний отмечено в периоде осени и зимы.

A. Adonajlo

SCARLET FEVER — 1984

Summary

The total number of notified cases was 14613, the incidence was 39.6 per 100 thousand. The number of cases and the incidence were higher than in 1983 but much lower than the median value for the years 1978—1982. The incidence in towns was 52.2, and it was 2.4 times higher than in the rural areas — 20.7 per 100 thousand. Most cases were in children aged 2—9 years. In towns the highest incidence was in children aged 4 years and in rural areas in those aged 6 years. On the age group 10—14 years the incidence in rural areas was higher than in towns. The general incidence was slightly higher in males but in some age groups: 5—9 years, 10—14 years, 30—39 years females prevailed. The highest incidence was in the autumn-winter period.

Jadwiga Żabicka

NAGMINNE ZAPALENIE PRZYUSZNICY (NZP) — 1984 ROK

W 1984 r. wystąpiła nienotowana dotychczas liczba 214.516 zachorowań i najwyższa w okresie powojennym zapadalność na świnkę — 581,1/100 000. Podczas epidemii w 1984 r. wystąpiło o 158.296 zachorowań więcej niż w roku 1982, który charakteryzował się najniższą zapadalnością na nzp w ostatnim 10-leciu. Zapadalność w 1984 r. — 581,1 przekroczyła ponad trzykrotnie zapadalność z 1982 roku (155,2) i przewyższała medianę z okresu 1978—1982 r. (321,1), a także zapadalność z poprzedniego 1983 r. — 400,6 (tabela I).

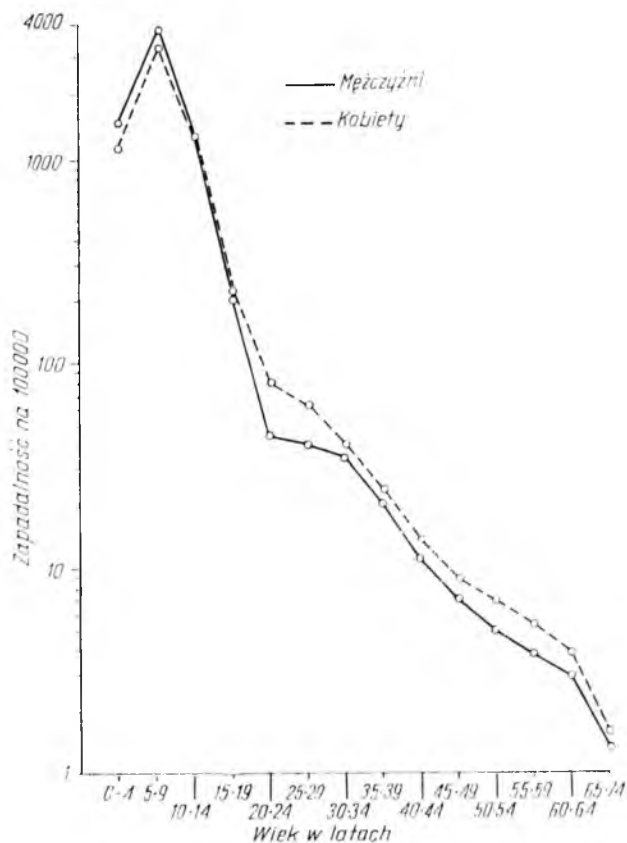
Tabela I. Nagminne zapalenie przyusznicy w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984 Hospita- lizacja			
		zach.	za- pad.	zach.	za- pad.	zach.	za- pad.	licz- ba	%
1		2	3	4	5	6	7	8	9
P O L S K A		115362	321,3	146511	400,6	214516	581,1	5769	2,7
1	St. warszawskie	7921	343,5	8993	379,0	15344	642,3	439	2,9
2	Białkopodlaskie	700	241,3	749	257,0	1273	431,7	18	1,4
3	Białostockie	2982	463,2	1863	284,2	6242	941,5	200	3,2
4	Bielskie	3894	485,5	2401	281,1	4242	492,6	95	2,2
5	Bydgoskie	2906	280,0	6022	568,9	6031	564,5	84	1,4
6	Chełmskie	499	218,4	857	363,8	1277	535,9	44	3,5
7	Ciechanowskie	1106	276,1	905	220,2	3245	782,6	65	2,0
8	Częstochowskie	2776	373,3	1934	255,8	4335	569,4	82	1,9
9	Elbląskie	1606	371,4	2866	631,3	4404	956,7	112	2,5
10	Gdańskie	3470	259,4	3790	277,0	5266	381,3	245	4,7
11	Gorzowskie	1354	294,9	2620	556,3	3930	824,7	85	2,2
12	Jeleniogórskie	1760	259,9	1918	383,7	2780	550,1	26	0,9
13	Kaliskie	1981	297,4	2594	380,5	4584	665,4	25	0,6
14	Katowickie	13857	380,1	16103	415,3	20467	528,1	276	1,4
15	Kieleckie	4133	386,1	5001	461,2	4709	429,0	207	4,4
16	Konińskie	540	122,7	1084	241,3	2280	502,4	91	4,0
17	Koszalińskie	1696	378,1	2992	630,4	2312	480,8	121	5,2
18	Miejskie krakowskie	3837	334,2	4041	338,9	9355	778,5	553	5,9
19	Krośnieńskie	999	223,8	937	203,4	1910	408,3	106	5,6
20	Legnickie	1960	440,5	2403	504,4	3386	703,0	54	1,6
21	Leszczyńskie	802	226,7	1327	362,3	2273	613,4	25	1,1
22	Lubelskie	2099	228,3	5190	540,8	3345	344,1	203	6,1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Łomżyńskie	488	150,2	665	200,7	1318	392,6	57	4,3
24	Miejskie łódzkie	2870	253,1	3304	288,9	7448	648,7	278	3,7
25	Nowosądeckie	2509	400,9	2431	376,5	2530	386,0	137	5,4
26	Olsztyńskie	2490	367,1	2148	305,7	5980	838,9	90	1,5
27	Opolskie	3135	320,6	787	208,9	8307	829,6	154	1,9
28	Ostrołęckie	777	209,7	3664	369,5	2585	679,7	105	4,1
29	Piłskie	1142	265,9	1345	298,4	1887	412,0	21	1,1
30	Piotrkowskie	1726	288,3	3350	539,4	3880	619,7	90	2,3
31	Płockie	914	183,3	1657	330,1	2822	557,7	110	3,9
32	Poznańskie	4737	381,1	7758	611,1	10620	827,4	80	0,8
33	Przemyskie	680	177,5	1454	376,1	1465	374,7	8	0,6
34	Radomskie	1825	257,7	3370	471,4	2043	282,9	13	0,6
35	Rzeszowskie	1382	211,9	1927	288,5	3196	470,9	113	3,5
36	Siedleckie	987	161,0	1332	212,9	2775	439,8	86	3,1
37	Sieradzkie	626	159,2	711	180,0	1783	447,6	96	5,4
38	Skierniewickie	727	183,6	1175	291,9	2554	628,5	79	3,1
39	Słupskie	1452	395,5	2489	651,9	1961	504,9	33	1,7
40	Suwalskie	1423	338,0	1526	351,9	3287	746,2	87	2,7
41	Szczecińskie	3142	348,5	3393	368,9	5818	626,3	76	1,3
42	Tarnobrzeskie	2196	403,7	3826	673,6	4566	794,4	145	3,2
43	Tarnowskie	2150	355,7	883	142,1	5028	796,8	236	4,7
44	Toruńskie	1427	232,8	3197	512,3	4254	674,6	158	3,7
45	Wałbrzyskie	1786	249,0	4435	612,6	2784	381,0	37	1,3
46	Wrocławskie	1219	294,8	1783	425,2	3055	722,4	42	1,4
47	Wrocławskie	4055	376,5	6041	551,4	5052	457,3	166	3,3
48	Zamojskie	793	166,3	2192	457,0	1778	366,9	35	2,0
49	Zielonogórskie	1565	258,0	3078	491,6	2750	432,8	81	3,0

Tabela II. Nagminne zapalenie przyuszniczy w Polsce w latach 1983—1984.
Zapadalność wg wieku

	1983 rok		1984 rok	
	zapadaln. na 100 000	%	zapadaln. na 100 000	%
0—4	1119,4	25,8	1436,2	22,9
0	84,8	0,4	95,8	0,3
1	264,2	1,2	359,9	1,2
2	806,6	3,7	1053,6	3,3
3	1839,1	8,4	2346,8	7,3
4	2693,6	12,1	3444,2	10,8
5—9	2539,3	53,8	3709,6	54,8
5	2825,7	12,2	3838,5	11,7
6	3110,0	13,4	4292,5	12,6
7	2829,6	12,3	4189,9	12,3
8	2150,2	9,0	3424,8	10,2
9	1713,8	6,9	2776,0	8,0
10—14	871,0	15,9	1318,5	16,9
15—19	111,9	2,0	207,4	2,4
20—29	34,2	1,5	58,6	1,7
30—39	20,3	0,7	32,7	0,9
40+	3,5	0,3	6,0	0,4
Ogółem	400,6	100,0	581,1	100,0



Ryc. 1. Nagminne zapalenie przyusznicy w Polsce w 1984 r. Zapadalność wg wieku i płci.

Wzrost liczby zachorowań wystąpił w 39 województwach, w 12 województwach zapadalność obniżyła się lub utrzymała na poziomie roku poprzedniego. Najwyższą zapadalność zarejestrowano w woj. elbląskim (956,7) i w woj. białostockim (941,5) a najniższą w woj. radomskim — 282,9 (tabela I).

Tabela III. Nagminne zapalenie przyusznicy w Polsce w latach 1982—1984. Zapadalność na wsi i w miastach

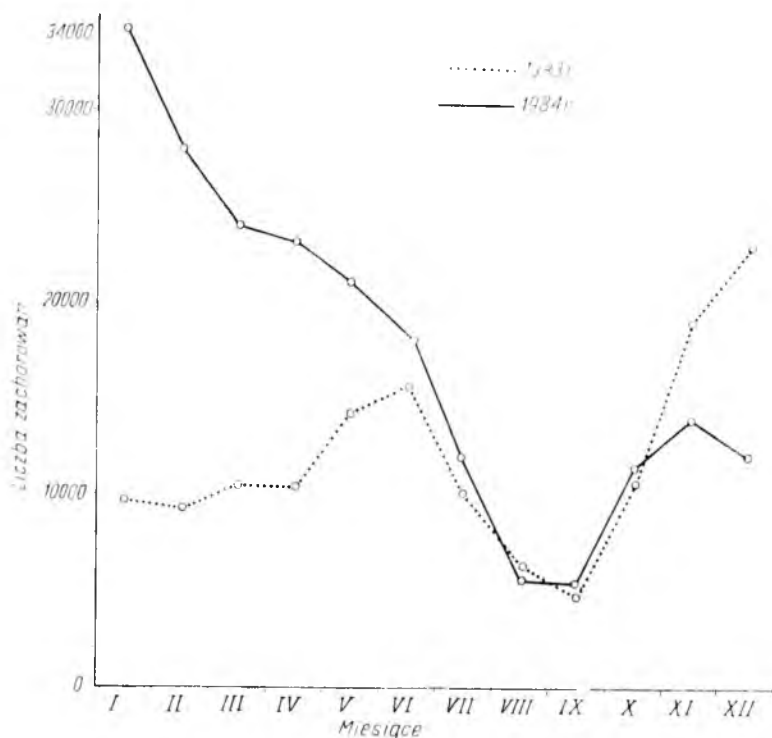
	1982	1983	1984
	zapad. na 100 000	zapad. na 100 000	zapad. na 100 000
Miasta — ogółem	181,0	464,5	642,2
w tym:			
<20 tys.	196,9	481,3	741,2
20—50 tys.	199,4	489,4	683,0
50—100 tys.	209,5	584,2	589,1
>100 tys.	161,0	417,5	601,9
Wieś	117,4	306,1	490,1
Ogółem	155,1	400,6	581,1

Tabela IV. Nagminne zapalenie przyusznic w Polsce w 1984 r. Zapadalność wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Zapadalność na 100 000	704,8	584,4	518,7	461,6	628,3	536,3
%	52,7	47,3	52,8	47,2	52,7	47,3
Zapadalność na 100 000	642,2		490,1		581,1	
%	66,1		33,9		100,0	

Jak wynika z danych GUS, wystąpiły dwa zgony z powodu nzp w woj. krakowskim i katowickim, umieralność wynosiła 0,005/100 000.

W 1984 r. uzyskano szczegółowe informacje o 214.516 zachorowaniach zarejestrowanych w całym kraju. Jak wynika z opracowań WSSE i zbiorczych danych Działu Techniki Statystycznej PZH — 95% zachorowań wystąpiło wśród dzieci w wieku do 14 lat, w tym 77,7% do 9 lat. Zachorowania wśród dorosłych osób w wieku powyżej 20 lat stanowiły zaledwie 3% a zachorowania niemowląt 0,3%.



Ryc. 2. Nagminne zapalenie przyusznic w Polsce w latach 1983—1984. Miesięczne liczby zachorowań wg daty zachorowania.

Wśród niemowląt zapadalność wynosiła 95,8/100 000 po czym narastała z wiekiem do 1436,2 w grupie 0—4 lata; 3709,6 w wieku 5—9 lat, następnie obniżała się wśród starszej młodzieży i dorosłych (tabela II).

Podobnie jak w latach poprzednich utrzymywała się niewielka przewaga zapadalności wśród chłopców w wieku do 14 lat, podczas gdy wśród starszej młodzieży i osób dorosłych nieco wyższa zapadalność wystąpiła wśród kobiet (ryc. 1).

W miastach nadal utrzymywała się wyższa zapadalność — 642,2 w porównaniu z zapadalnością na wsi — 490,1, przy czym najwyższa wystąpiła w małych miastach, liczących do 20 tysięcy mieszkańców (tabela III). Niezależnie od środowiska wyższa zapadalność wystąpiła wśród mężczyzn (tabela IV). Z analizy przypadków wg daty zachorowania wynika, że w 1984 r. szczyt zachorowań wystąpił na początku roku, od stycznia do maja i był przedłużeniem jesiennej fali zachorowań z poprzedniego roku (ryc. 2).

W 1984 r. z powodu nzp leczono w szpitalach 5769 chorych (2,7%), tj. o 2430 osób więcej niż w roku poprzednim. W różnych województwach odsetek hospitalizowanych wahał się od 0,6% do 6,1% (tabela I).

Dla porównania częstości występowania pozaśliniankowych postaci choroby (zapalenie opon m.-rdz., trzustki, jąder i innych) w różnych okresach, celowe byłoby analizowanie przez stacje san.-epidemiologiczne tych danych.

Я. Жабицка

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году появилось не регистрированное до сих пор число 214516 заболеваний и самая высокая в периоде после войны заболеваемость паротитом — 581,1 на 100 000. Заболеваемость женщин возраста выше 20 лет была несколько высшая чем мужчин. Заболеваемость в селах равнялась 490,1/100 000 а в городах — 642,2/100 000.

J. Zabicka

EPIDEMIC PAROTITIS — 1984

Summary

In 1984 the number of notified mumps cases was at the level not yet observed (214516) and the incidence was the highest one in the whole postwar period — 581.1 per 100 thousand. The incidence in females over 20 years of age was higher than that of males. The incidence in rural areas was 490.1 and in towns 642.2 per 100 thousand.

Halina Rudnicka

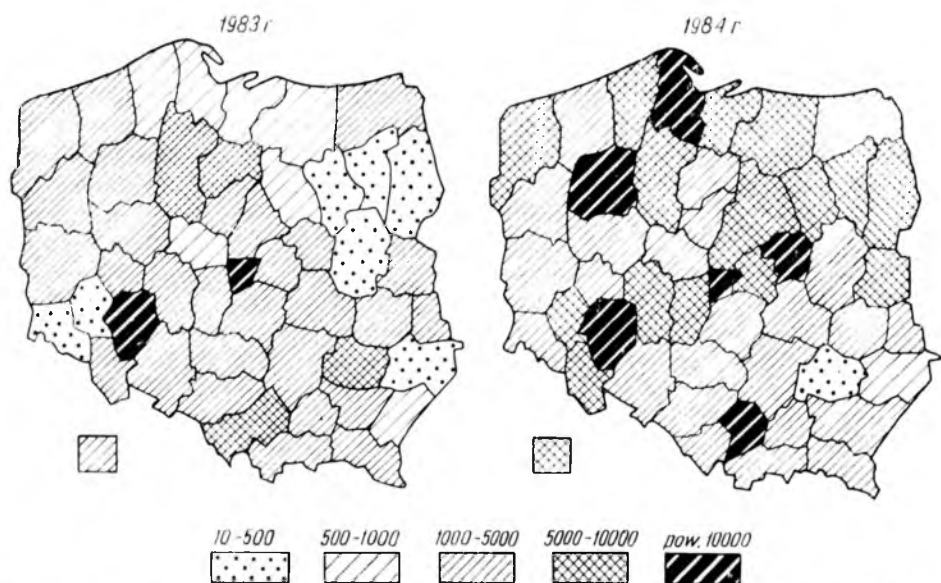
GRYPA — 1984 ROK

W 1984 r. zarejestrowano w Polsce 2 452 069 zachorowań na grypę, to jest dwukrotnie więcej niż w roku 1983. Najwyższą zapadalność zanotowano w woj. gdańskim i warszawskim (18 598,5 i 17 529,4 na 100 000) oraz w województwach: krakowskim, pilskim, łódzkim i wrocławskim (powyżej 10 000 na 100 000). Najniższą zapadalność zanotowano w woj. tarnobrzeskim i zamojskim (poniżej 1000 na 100 000). Zapadalność na grypę w skali całej Polski wynosiła 6642,7 na 100 000 (ryc. 1, tab. I). Około 50% wszystkich zarejestrowanych przypadków grypy stanowiły dzieci w wieku do 14 lat (1 252 229) a zapadalność wynosiła 14 168,0 na 100 000. Hospitalizowano 922 osoby w tym 588 dzieci do 14 lat. Epidemia rozpoczęła się w drugiej połowie lutego i trwała do pierwszej połowy kwietnia.

Tabela I. Grypa w Polsce w 1983 i 1984 roku wg województw

Lp.	Województwo	1983				1984			
		liczba zachor.	zap. na 100 000	liczba zgónów	u- mier. na 100000	liczba zachor.	zap. na 100 000	liczba zgónów	u- mier. na 100000
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
POLSKA		1234940	3376,8	165	0,45	2452069	6642,7	49	0,13
1	St. warszawskie	45516	1918,0	2	0,08	418752	17529,4	3	0,13
2	Białkopodlaskie	4212	1445,1	1	0,34	5991	2031,8	—	—
3	Białostockie	2837	432,8	3	0,45	45518	6865,3	—	—
4	Bielskie	59546	6972,6	8	0,93	67178	7800,2	3	0,35
5	Bydgoskie	90868	8584,6	2	0,19	60507	5658,1	—	—
6	Chełmskie	7177	3046,3	1	0,42	3400	1426,7	—	—
7	Ciechanowskie	2771	674,2	—	—	21166	5104,6	—	—
8	Częstochowskie	16554	2189,4	5	0,66	18656	2450,5	—	—
9	Elbląskie	2984	657,3	—	—	42655	9266,2	—	—
10	Gdańskie	9207	672,8	2	0,15	256843	18598,5	1	0,07
11	Gorzowskie	23544	4998,7	—	—	12584	2640,7	—	—
12	Jeleniogórskie	754	150,8	—	—	24847	4916,5	—	—
13	Kaliskie	24682	3620,7	5	0,73	41839	6073,4	—	—
14	Katowickie	79393	2047,6	10	0,26	104258	2689,9	2	0,05
15	Kieleckie	34311	3164,1	5	0,46	33164	3021,6	—	—
16	Konińskie	3328	740,9	4	0,89	15265	3363,8	—	—
17	Kozalińskie	16570	3491,4	1	0,21	21010	4369,1	—	—
18	M. krakowskie	85040	7131,2	14	1,17	179267	14919,0	7	0,58
19	Krośnieńskie	22272	4835,4	3	0,65	19222	4109,5	—	—

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Legnickie	2179	457,4	—	—	36383	7553,5	2	0,42
21	Leszczyńskie	11944	3260,7	1	0,27	13336	3598,7	—	—
22	Lubelskie	23155	2412,7	5	0,52	38507	3960,7	3	0,31
23	Łomżyńskie	455	137,3	2	0,60	17722	5279,3	—	—
24	M. łódzkie	206312	18040,6	10	0,87	142596	12419,1	2	0,17
25	Nowosądeckie	11197	1734,1	4	0,62	30150	4599,9	3	0,46
26	Olsztyńskie	6613	941,1	3	0,42	67892	9524,0	—	—
27	Opolskie	31367	3163,0	1	0,10	28400	2836,3	—	—
28	Ostrołęckie	277	73,5	—	—	31542	8293,2	1	0,26
29	Piłskie	11823	2622,7	2	0,41	49148	10731,4	—	—
30	Piotrkowskie	26366	4245,0	13	2,09	23021	3676,6	2	0,32
31	Płockie	8087	1611,3	3	0,60	41681	8237,1	1	0,20
32	Poznańskie	15594	1228,3	9	0,70	57875	4508,9	1	0,08
33	Przemyskie	3314	858,5	2	0,52	6026	1541,3	2	0,51
34	Radomskie	9885	1383,7	4	0,56	22073	3056,8	4	0,55
35	Rzeszowskie	27292	4086,2	2	0,30	28277	4165,9	1	0,15
36	Siedleckie	744	188,9	—	—	20014	3171,8	2	0,32
37	Sieradzkie	10960	2774,0	4	1,01	35397	8885,8	4	1,00
38	Skierniewickie	5754	1429,2	1	0,25	30493	7503,4	2	0,49
39	Słupskie	3399	890,3	1	0,26	26419	6802,0	—	—
40	Suwańskie	9761	2250,6	1	0,23	19566	4441,8	—	—
41	Szczecińskie	9021	980,9	1	0,11	47197	5080,5	1	0,11
42	Tarnobrzskie	29802	5246,8	4	0,70	1209	210,4	—	—
43	Tarnowskie	20146	3241,5	7	1,13	10775	1707,5	1	0,16
44	Toruńskie	34156	5473,7	2	0,32	27652	4384,9	—	—
45	Wałbrzyskie	13690	1890,9	2	0,28	51734	7080,5	—	—
46	Wrocławskie	12052	2874,3	8	1,90	4955	1171,6	—	—
47	Wrocławskie	152419	13913,2	5	0,45	137649	12458,5	1	0,09
48	Zamojskie	1469	306,2	2	0,42	4012	828,0	—	—
49	Zielonogórskie	4141	661,4	—	—	8246	1297,9	—	—



Ryc. 1. Grypa w Polsce w 1983 i 1984 roku. Zapadalność na 100 000 wg województw.

Wyizolowane szczepy wykazały pokrewieństwo antygenowe z wirusem A H1N1 podobnym do A England 333/80 oraz do A USSR 90/77.

W 1984 r. zarejestrowano 49 zgonów z powodu grypy, z tego 23 zgony mężczyzn i 26 zgonów kobiet. Jest to liczba ponad trzykrotnie niższa niż w roku ubiegłym, mimo że liczba zachorowań jest dwukrotnie wyższa. Umieralność wynosiła 0,13 na 100 000. Najwyższą umieralność stwierdzono w woj. sieradzkim (1,00 na 100 000). Jak co roku więcej zgonów zarejestrowano na wsi niż w mieście (umieralność odpowiednio 0,22 i 0,08).

Zmarło 3 dzieci w wieku 0—4 lata, 6 osób w wieku 10—49 lat oraz 40 osób w wieku powyżej 50 lat, w tym 32 osoby w wieku powyżej 70 lat.

X. Рудницка

ГРИПП — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году зарегистрировано 2 452 069 заболеваний гриппом. Заболеваемость равнялась 6642,7 на 100 000 жителей. Число заболеваний было двукратно выше чем в 1983 году. Зарегистрировано 49 смерти по поводу гриппа. Показатель смертности равнялся 0,13 на 100 000.

H. Rudnicka

INFLUENZA — 1984

Summary

In 1984 the total number of notified influenza cases was 2 452 069 and the incidence was 6652.7 per 100 thousand. This morbidity was twice as high as in 1983. Forty-nine patients died, the mortality was 0.13 per 100 000.

Halina Rudnicka

RÓŻYCZKA — 1984 ROK

W 1984 r. zarejestrowano w Polsce 24 456 zachorowań na różyczkę. Zapadalność wynosiła 66,3 na 100 000 mieszkańców. Był to trzeci rok z niską liczbą zachorowań po dwóch latach epidemicznych 1980 i 1981.

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: poznańskim, chełmskim, szczecińskim i miejskim krakowskim (nieco powyżej 100 na 100 000). We wszystkich pozostałych województwach zapadalność kształtowała się poniżej 100 na 100 000 a najniższa była w województwie siedleckim (10,8 na 100 000) (tab. I).

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

Lp.	Województwo	Mediana 1978—1982		1983		1984	
		l. zach.	zapid.	l. zach.	zapid.	l. zach.	zapid.
1	2	3	4	5	6	7	8
	POLSKA	52318	148,5	18602	50,9	24456	66,3
1	St. warszawskie	5133	225,9	2239	94,3	1775	74,3
2	Białkopodlaskie	408	144,5	157	53,9	116	39,3
3	Białostockie	990	157,4	192	29,3	367	55,4
4	Bielskie	914	114,0	513	60,1	589	68,4
5	Bydgoskie	3209	309,2	779	73,6	788	73,8
6	Chełmskie	124	53,8	69	29,3	279	117,1
7	Ciechanowskie	183	45,5	131	31,9	76	18,3
8	Częstochowskie	904	123,0	213	28,2	471	61,9
9	Elbląskie	356	82,0	114	25,1	230	50,0
10	Gdańskie	1072	80,1	652	47,6	700	50,7
11	Gorzowskie	549	122,9	196	41,6	268	56,2
12	Jeleniogórskie	1383	282,8	196	39,2	386	76,4
13	Kaliskie	848	126,5	200	29,3	283	41,1
14	Katowickie	11061	307,1	2053	52,9	3340	86,2
15	Kieleckie	1040	98,1	623	57,5	640	58,3
16	Konińskie	328	75,2	62	13,8	105	23,1
17	Koszalińskie	427	95,2	278	58,6	406	84,4
18	M. krakowskie	3418	294,1	968	81,2	1257	104,6
19	Krośnieńskie	217	49,2	140	30,4	275	58,8
20	Legnickie	810	184,0	493	103,5	273	56,7
21	Leszczyńskie	211	60,5	127	34,7	119	32,1
22	Lubelskie	869	92,5	282	29,4	429	44,1
23	Łomżyńskie	606	188,9	27	8,1	74	22,0
24	M. łódzkie	1226	110,5	674	58,9	878	76,5
25	Nowosądeckie	1463	236,1	222	34,4	460	70,2

1	2	3	4	5	6	7	8
26	Olsztyńskie	720	106,9	239	34,0	376	52,8
27	Opolskie	1387	143,2	647	65,2	977	97,6
28	Ostrołęckie	206	56,1	106	28,1	113	29,7
29	Piłskie	263	59,1	117	26,0	162	35,4
30	Piotrkowskie	439	74,7	240	38,6	237	37,9
31	Płockie	559	113,9	130	25,9	115	22,7
32	Poznańskie	3048	250,8	842	66,3	1655	128,9
33	Przemyskie	307	81,0	242	62,7	81	20,7
34	Radomskie	801	115,2	383	53,6	214	29,6
35	Rzeszowskie	734	113,8	212	31,7	327	48,2
36	Siedleckie	290	47,3	269	43,0	68	10,8
37	Sieradzkie	511	130,5	75	19,0	95	23,9
38	Skierniewickie	471	120,1	144	35,8	118	29,0
39	Słupskie	572	155,9	373	97,7	281	72,4
40	Suwalskie	235	56,0	89	20,5	258	58,6
41	Szczecińskie	1657	187,3	666	72,4	993	106,9
42	Tarnobrzeskie	697	126,9	192	33,8	394	68,6
43	Tarnowskie	952	160,9	261	42,0	387	61,3
44	Toruńskie	1624	265,0	270	43,3	464	73,6
45	Wałbrzyskie	352	48,8	369	51,0	608	83,2
46	Włocławskie	752	184,6	126	30,0	227	53,7
47	Wrocławskie	792	75,0	673	61,4	1049	94,9
48	Zamojskie	258	54,8	82	17,1	130	26,8
49	Zielonogórskie	353	58,8	255	40,7	543	85,5

Tabela II. Różyczka w Polsce w 1984 roku. Zapadalność na 100 tys. ludności i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	zapid.	%	zapid.	%	zapid.	%
0—4	249,0	35,8	245,6	33,5	247,4	34,6
0	172,1	5,1	173,3	4,9	172,7	5,0
1	329,1	9,6	317,3	8,8	323,3	9,2
2	247,9	7,0	235,1	6,3	241,6	6,7
3	241,4	6,9	242,8	6,5	242,1	6,6
4	255,7	7,2	261,0	7,0	258,3	7,3
5—9	302,0	40,1	325,1	41,1	313,3	40,6
5	314,5	8,6	319,3	8,3	316,9	8,5
6	329,2	8,7	361,1	9,1	344,8	8,9
7	313,9	8,3	352,9	8,9	333,0	8,6
8	288,2	7,7	303,7	7,7	295,8	7,7
9	262,6	6,8	287,9	7,1	275,0	6,9
10—14	172,4	19,9	183,8	20,1	178,0	20,0
15—19	29,4	3,1	30,9	3,1	30,1	3,1
20—24	4,2	0,5	7,9	0,9	6,0	0,7
25—29	1,6	0,2	4,2	0,6	2,9	0,4
30—34	1,8	0,3	2,9	0,4	2,3	0,4
35—39	0,7	0,1	1,2	0,1	1,0	0,1
40—44	0,7	0,0	0,8	0,1	0,8	0,1
45—49	0,3	0,0	0,8	0,1	0,6	0,0
50—54	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
55—59	0,1	0,0	—	—	0,1	0,0
60+	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Ogółem	67,8	100,0	64,8	100,0	66,3	100,0

Tabela III. Różyczka w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg płci i środowiska

	Miasto		Wieś		Ogółem	
	M	K	M	K	M	K
Zapadalność na 100 000	90,4	83,1	35,4	36,3	67,8	64,8
%	50,1	49,9	49,3	50,7	49,9	50,1
Zapadalność na 100 000	86,6		35,9		66,3	
%	78,3		21,7		100,0	

Tabela IV. Różyczka w Polsce. Zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska oraz liczby ludności w miastach

Rok	Ogółem	Miasto					Wieś
		razem	<20 tys.	20—50 tys.	50—100 tys.	>100 tys.	
1983	50,9	67,7	58,7	72,8	64,7	70,5	26,0
1984	66,3	86,6	70,6	90,4	88,9	91,2	35,9

Rozkład zachorowań wg miesięcy charakteryzował się jak co roku, niewielkim nasileniem zachorowań w okresie wiosennym. Najniższe liczby zachorowań notowano od lipca do września.

Analiza zachorowań na różyczkę w Polsce wykazała podobną zapadalność ogólną mężczyzn i kobiet. Najwyższa zapadalność dotyczyła dzieci w wieku 5—9 lat (313,3 na 100 000) zarówno w mieście jak i na wsi. Zachorowania dzieci do 9 lat stanowiły 79,5% (tak samo jak w roku ubiegłym) ogółu wszystkich zachorowań na różyczkę.

Zapadalność kobiet w wieku powyżej 20 lat była nieco wyższa niż zapadalność mężczyzn (tab. II).

Zapadalność na różyczkę w poszczególnych grupach wieku była kilkakrotnie wyższa w mieście niż na wsi. Ogólny współczynnik zapadalności w miastach był 2,4 raza wyższy niż na wsi (86,6 i 35,9 na 100 000) (tab. III). Najwyższą zapadalność obserwowano w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 100 000 (tab. IV).

X. Рудницка

КРАСНУХА — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году зарегистрировано в Польше 24 456 заболеваний краснухой. Заболеваемость равнялась 66,3 на 100 000 жителей. Самая высокая заболеваемость касалась детей возраста от 5 до 9 лет. Заболеваемость женщин возраста выше 20 лет была несколько высшая чем мужчин. Заболеваемость в селах равнялась 35,9 а в городах — 86,6 на 100 000 жителей.

H. Rudnicka

RUBELLA — 1984

Summary

In 1984 the number of rubella cases in Poland was 24 456. The incidence was 66.3 per 100 thousand, and it was highest in children aged 5—9 years. The incidence in women over 20 years of age was slightly higher than that of males. The incidence in the rural population was 35.9 and in the urban one it was 86.6 per 100 000.

Jadwiga Żabicka

ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH
I ZAPALENIE MÓZGU

1. ZACHOROWANIA I ZAPADALNOŚĆ

W 1984 r. zarejestrowano 7596 zachorowań na zapalenia opon m.-rdz. i 395 przypadków zapalenia mózgu. W porównaniu z rokiem ubiegłym zgłoszono mniej enterowirusowych zapaleń opon, co wpłynęło na nieznaczne obniżenie ogólnej zapadalności na zapalenia opon z 21,4/100 000 w 1983 r. do 20,6 w 1984 r. (tab. I). W poszczególnych województwach liczba zarejestrowanych przypadków wahała się od 23 do 571 a zapadalność wynosiła od 6,1 w woj. białkopodlaskim do 61,2 w woj. białostockim (tab. II). Zachorowań na zapalenie mózgu było w 1984 r. mniej o 15 a zapadalność krajowa — 1,1/100 000 utrzymała się na poziomie ubiegłego roku (tab. III).

Tabela I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1983—1984. Zachorowania i zapadalność (na 100 000) wg rozpoznania

Jednostki chorobowe	mediana w latach 1978—1982		1983		1984	
	l. zachorowań	zapa- dalność	l. zachorowań	zapa- dalność	l. zachorowań	zapa- dalność
meningokokowe zapalenie opon m.-rdz. (036) *)	326	0,9	312	0,9	340	0,9
ropne i nieokreślone zapa- lenie opon m.-rdz. (320—322)	2122	6,0	2861	7,8	2978	8,1
enterowirusowe, surow. zapa- lenie opon m.-rdz. (047)	2696	7,6	4650	12,7	4278	11,6
zapalenie mózgu — ogółem (323)	431	1,2	410	1,1	395	1,1
w tym: arbowirusowe, klesz- czowe (064)	25	0,07	20	0,05	25	0,1

Źródło: Biuletyny Min. Zdr. i Op. Społ.

*) Symbole Międzynarodowej Klasyfikacji wg IX Rewizji

Tabela II. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce w latach 1983—1984. Zachorowania i zapadalność wg województw (na 100 000). Zgony i umieralność na 100 000 *)

Lp.	Województwo	Mediana w latach 1978—1982		1983				1984				liczba zgonów	umieralność
						Ogółem		Enterowir.		Menin-gokok.			
		zach.	zap.	zach. ogółem	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.		
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
POLSKA		5400	15,0	7823	21,4	7596	20,6	4278	11,6	340	0,9	515	1,40
1	St. warszawskie	333	14,3	373	15,7	283	11,9	168	7,0	38	1,6	31	1,30
2	Białkopodlaskie	45	15,7	52	17,8	23	7,8	7	2,4	1	0,3	1	0,34
3	Białostockie	250	39,5	363	55,4	406	61,2	199	30,0	5	0,8	8	1,21
4	Bielskie	202	25,2	155	18,2	180	20,9	66	7,7	17	2,0	18	2,09
5	Bydgoskie	165	15,9	334	31,6	236	22,1	150	14,0	3	0,3	11	1,03
6	Chełmskie	24	10,5	57	24,2	37	15,5	32	13,4	—	—	7	2,94
7	Ciechanowskie	67	16,7	61	14,8	76	18,3	47	11,3	11	2,7	8	1,93
8	Częstochowskie	136	18,3	185	24,5	201	26,4	126	16,6	6	0,8	18	2,36
9	Elbląskie	103	23,2	97	21,4	123	26,7	55	12,0	7	1,5	6	1,30
10	Gdańskie	250	18,9	304	22,2	533	38,6	432	31,3	19	1,4	15	1,09
11	Gorzowskie	73	15,9	69	14,7	59	12,4	33	6,9	—	—	5	1,05
12	Jeleniogórskie	42	8,6	41	8,2	34	10,7	26	5,1	4	0,8	3	0,60
13	Kaliskie	58	8,7	102	15,0	177	25,7	5	0,7	9	1,3	14	2,03
14	Katowickie	272	7,2	724	18,7	571	14,7	389	10,0	28	0,7	60	1,55
15	Kieleckie	176	16,5	289	26,7	187	17,0	67	6,1	35	3,2	23	2,10
16	Konińskie	53	12,1	50	11,1	54	11,9	30	6,6	2	0,4	3	0,66
17	Koszalińskie	48	10,4	96	20,2	125	26,0	66	13,7	3	0,6	5	1,04
18	Miejskie krakowskie	274	23,6	360	30,2	314	26,1	218	18,1	7	0,6	20	1,66
19	Krośnieńskie	75	17,0	134	29,1	102	22,0	59	12,6	—	—	3	0,64
20	Legnickie	60	13,2	84	17,6	111	23,0	44	9,1	1	0,2	7	1,45
21	Leszczyńskie	33	9,2	36	9,9	56	15,1	14	3,8	4	1,1	3	0,81
22	Lubelskie	166	18,1	136	14,2	186	19,1	150	15,4	5	0,5	12	1,23
23	Łomżyńskie	60	18,3	34	10,3	54	16,1	11	3,3	9	2,7	5	1,49
24	Miejskie łódzkie	135	11,9	147	12,9	194	16,9	29	2,5	11	1,0	8	0,70
25	Nowosądeckie	125	19,8	185	28,7	165	25,2	62	9,5	1	0,2	13	1,98
26	Olsztyńskie	119	17,5	73	10,4	83	11,6	34	4,8	2	0,3	4	0,56

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	12
27 Opolskie		193	19,7	270	27,2	306	30,6	203	20,3	10	1,0	13	1,30
28 Ostrołęckie		67	18,3	66	17,5	87	22,9	41	10,8	5	1,3	6	1,58
29 Pilskie		21	4,8	22	4,9	28	6,1	9	2,0	2	0,4	5	1,09
30 Piotrkowskie		97	16,5	151	24,3	98	15,6	43	6,9	6	1,0	13	2,08
31 Płockie		80	16,3	89	17,7	90	17,8	50	9,9	—	—	3	0,59
32 Poznańskie		87	7,0	202	15,9	175	13,6	134	10,4	13	1,0	20	1,56
33 Przemyskie		50	13,2	74	19,2	42	10,7	4	1,0	—	—	6	1,53
34 Radomskie		92	13,2	147	20,6	110	15,2	7	1,0	7	1,0	22	3,05
35 Rzeszowskie		92	14,3	187	28,0	87	12,8	47	6,9	6	0,9	7	1,03
36 Siedleckie		63	10,2	98	15,7	83	13,2	24	3,8	2	0,3	5	0,79
37 Sieradzkie		33	8,5	38	9,6	91	22,8	66	16,6	3	0,8	7	1,76
38 Skierniewickie		74	18,6	75	18,6	54	13,3	18	4,4	1	0,3	5	1,23
39 Słupskie		60	16,3	97	25,4	123	31,7	66	17,0	15	3,9	12	3,09
40 Suwalskie		123	29,2	143	33,0	162	36,8	86	19,5	6	1,4	2	0,45
41 Szczecińskie		140	15,8	535	58,2	202	21,7	123	13,2	1	0,1	10	1,08
42 Tarnobrzeskie		87	15,6	105	18,5	95	16,5	20	3,5	7	1,2	4	0,70
43 Tarnowskie		154	26,0	179	28,8	201	31,9	138	21,9	1	0,2	18	2,85
44 Toruńskie		106	17,6	218	34,9	130	20,6	109	17,3	—	—	5	0,79
45 Wałbrzyskie		92	12,8	117	16,2	123	16,8	76	10,4	—	—	11	1,51
46 Włocławskie		60	14,5	81	19,3	50	11,8	19	4,5	2	0,5	2	0,47
47 Wrocławskie		158	14,7	247	22,6	407	36,8	326	29,5	13	1,2	11	1,00
48 Zamojskie		51	10,8	34	7,1	62	12,8	4	0,8	1	0,2	7	1,44
49 Zielonogórskie		103	17,0	107	17,1	200	31,5	146	23,0	11	1,7	10	1,57

Zródło: Biuletyny Min. Zdr. i Op. Społ.

*) dotyczy bakteryjnego i nieokreślonego zapalenia opon m.-rdz. (symbole 320—322, wg IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji)

Tabela III. Zapalenia mózgu w Polsce w latach 1983—1984. Zachorowania i zapaadalność wg województw (na 100 000). Zgony i umieralność na 100 000 *)

Lp.	Województwo	Mediana w latach 1978—1982		1983 r.				1984 r.				umieralność
				Ogółem		Ogółem		w tym arbowirus.		Ogółem zgony		
		l. zach.	zapał.	l. zach.	zapał.	l. zach.	zapał.	l. zach.	zapał.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Ogółem	431	1,2	410	1,1	395	1,1	25	0,1	411	1,11	
1	St. warszawskie	22	1,0	22	0,9	24	1,0	1	0,0	9	0,38	
2	Białkopodlaskie	1	0,4	3	1,0	—	—	—	—	7	2,37	
3	Białostockie	17	2,6	19	2,9	11	1,7	3	0,5	4	0,60	
4	Bielskie	15	1,8	19	2,2	23	2,7	—	—	22	2,55	
5	Bydgoskie	11	1,1	23	2,2	17	1,6	—	—	14	1,31	
6	Chełmskie	1	0,5	2	0,9	—	—	—	—	—	—	
7	Ciechanowskie	4	1,0	8	2,0	4	1,0	—	—	6	1,45	
8	Częstochowskie	9	1,2	6	0,8	4	0,5	—	—	5	0,66	
9	Elbląskie	8	1,9	1	0,2	6	1,3	—	—	3	0,65	
10	Gdańskie	19	1,4	23	1,7	24	1,7	—	—	13	0,94	
11	Gorzowskie	5	1,1	8	1,7	10	2,1	—	—	3	0,63	
12	Jeleniogórskie	4	0,8	4	0,8	6	1,2	—	—	8	1,58	
13	Kaliskie	6	0,9	2	0,3	5	0,7	—	—	5	0,73	
14	Katowickie	13	0,4	18	0,5	24	0,6	2	0,1	58	1,50	
15	Kieleckie	19	1,8	9	0,8	20	1,9	—	—	17	1,55	
16	Konińskie	5	1,1	3	0,7	1	0,2	—	—	3	0,66	
17	Koszalińskie	2	0,4	7	1,5	1	0,2	—	—	2	0,42	
18	M. krakowskie	28	2,4	20	1,7	24	2,0	—	—	11	0,92	
19	Krośnieńskie	7	1,6	—	—	7	1,5	—	—	3	0,64	
20	Legnickie	2	0,4	4	0,8	3	0,6	—	—	8	1,66	
21	Leszczyńskie	6	1,7	2	0,6	10	2,7	—	—	2	0,54	
22	Lubelskie	3	0,3	3	0,3	4	0,4	—	—	15	1,54	
23	Łomżyńskie	1	0,3	1	0,3	2	0,6	—	—	1	0,30	
24	M. łódzkie	12	1,1	17	1,5	10	0,9	—	—	9	0,78	
25	Nowosądeckie	14	2,2	16	2,5	18	2,8	—	—	9	1,37	
26	Olsztyńskie	17	2,5	5	0,7	4	0,6	3	0,4	18	2,53	
27	Opolskie	18	1,8	26	2,6	31	3,1	10	1,0	16	1,60	
28	Ostrołęckie	5	1,4	10	2,7	4	1,1	—	—	3	0,79	
29	Piłskie	4	0,9	4	0,9	1	0,2	—	—	4	0,87	
30	Piotrkowskie	8	1,3	9	1,5	9	1,4	—	—	9	1,44	
31	Płockie	3	0,6	7	1,4	1	0,2	—	—	2	0,40	
32	Poznańskie	14	1,1	15	1,2	6	0,5	—	—	9	0,70	
33	Przemyskie	4	1,1	4	1,0	1	0,3	—	—	7	1,79	
34	Radomskie	8	1,1	13	1,8	7	1,0	—	—	5	0,69	
35	Rzeszowskie	7	1,1	3	0,5	5	0,7	—	—	14	2,06	
36	Siedleckie	2	0,3	4	0,6	6	1,0	—	—	3	0,48	
37	Sieradzkie	6	1,5	9	2,3	3	0,8	—	—	7	1,76	
38	Skierniewickie	3	0,8	1	0,3	3	0,7	—	—	3	0,74	
39	Słupskie	5	1,3	5	1,3	7	1,8	—	—	5	1,29	
40	Suwalskie	6	1,4	3	0,7	8	1,8	3	0,7	7	1,59	
41	Szczecińskie	12	1,3	3	0,3	3	0,3	1	0,1	9	0,97	
42	Tarnobrzęskie	7	1,3	9	1,6	8	1,4	1	0,2	3	0,52	
43	Tarnowskie	13	2,2	4	0,6	7	1,1	—	—	8	1,27	
44	Toruńskie	5	0,8	5	0,8	5	0,8	—	—	12	1,90	
45	Wałbrzyskie	6	0,8	14	1,9	2	0,3	—	—	2	0,27	
46	Włocławskie	2	0,5	7	1,7	2	0,5	—	—	3	0,71	
47	Wrocławskie	1	0,1	4	0,4	2	0,2	1	0,1	12	1,09	
48	Zamojskie	1	0,2	3	0,6	6	1,2	—	—	5	1,03	
49	Zielonogórskie	6	1,0	3	0,5	6	0,9	—	—	8	1,26	

Źródło: Biuletyny Min. Zdr. i Op. Społ.

*) — dot. zapalenia mózgu — symbol „323” (IX Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji)

2. ZGONY I UMIERALNOŚĆ

W 1984 r. wykazano 521 zgonów z powodu zapaleń opon m.-rdz. (320—322,047 *) oraz 413 zgonów związanych z zapaleniem mózgu (323,064). Ponadto zarejestrowano 22 zgony z powodu innych chorób wirusowych centralnego układu nerwowego (049). Jak wynika z danych

Tabela IV. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w Polsce w latach 1983—1984. Zgony i umieralność (na 100 000) wg rozpoznania

Jednostki chorobowe	mediana w latach 1978—1982		1983		1984	
	zgony	umieral- ność	zgony	umieral- ność	zgony	umieral- ność
ropne nieokreślone zapal. opon m.-rdz. (320—322) *	485	1,32	485	1,32	515	1,39
enterowirusowe, surowicze zapal. opon m.-rdz. (047)	9	0,02	12	0,03	6	0,02
zapal. mózgu — ogółem (323)	441	1,23	395	1,08	411	1,11
w tym: arbowirusowe (064)	7	0,02	3	0,005	2	0,005

Zródło: Biuletyn Min. Zdr. i Op. Społ.

*) Symbole Międzynarodowej Klasyfikacji wg IX Rewizji

Tabela V. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu w Polsce w latach 1983—1984. Zgony i umieralność wg grup wieku

Grupy wieku	1983 r.				1984 r.			
	Zapalenie opon (320—322) *		Zapalenie mózgu (323)		Zapalenie opon (320—322)		Zapalenie mózgu (323)	
	zgony	umieral- ność na 100 000	zgony	umieral- ność na 100 000	zgony	umieral- ność na 100 000	zgony	umieral- ność na 100 000
0	215	30,5	166	23,5	234	33,0	160	22,6
1—4	40	1,5	48	1,8	24	0,9	55	2,0
5—9	5	0,2	31	1,0	5	0,2	20	0,6
10—14	2	0,1	23	0,9	5	0,2	33	1,2
15—19	9	0,4	10	0,4	5	0,2	20	0,8
20—24	5	0,2	9	0,3	3	0,1	12	0,4
25—29	12	0,4	7	0,2	5	0,1	12	0,4
30—34	13	0,4	11	0,3	12	0,4	6	0,2
35—39	10	0,4	12	0,5	18	0,7	12	0,5
40—44	13	0,7	9	0,5	25	1,3	12	0,6
45—49	21	1,0	12	0,6	21	1,0	8	0,4
50—54	25	1,2	9	0,4	24	1,1	10	0,5
55—59	23	1,2	14	0,7	26	1,3	15	0,8
60 i >	92	1,9	31	0,6	108	2,1	36	1,0
Razem	485	1,32	392	1,07	515	1,4	411	1,1

Zródło: dane GUS

*) Symbole Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób wg IX Rewizji

*) Symbole Międzynarodowej Klasyfikacji wg IX Rewizji

zaczepniętych z wywiadów epidemiologicznych w przebiegu meningokokowego zapalenia opon m.-rdz. wystąpiło 10 zgonów. Ogólna umieralność na zapalenia opon m.-rdz. i zapalenia mózgu w 1984 r. należała do najwyższych w grupie chorób zakaźnych i wynosiła 2,6/100 000. Podobnie jak w latach ubiegłych wysoka umieralność towarzyszyła ropnemu (bakteryjnemu) zapaleniu opon m.-rdz. — 1,39/100 000 oraz była również wysoka z powodu zapaleń mózgu — 1,11 (tab. IV). Z analizy zgonów w poszczególnych grupach wieku wynika, że najwyższa umieralność z powodu tych schorzeń dotyczyła, jak i w latach poprzednich, niemowląt (tab. V).

3. ZAPALENIE OPON M.-RDZ.

A. Meningokokowe

W 1984 r. zarejestrowano 340 zachorowań, tj. o 28 przypadków więcej niż w roku ubiegłym; zapadalność — 0,9/100 000 utrzymała się na poziomie roku ubiegłego (tab. I). Nie zgłoszono ognisk epidemicznych, wystąpiły tylko zachorowania sporadyczne. W siedmiu województwach nie zgłoszono ani jednego zachorowania, w pozostałych liczba przypadków wahała się od jednego do 38 a zapadalność od 0,1 do 3,9/100 000. Najwyższa zapadalność wystąpiła w woj. śląskim — 3,9 i kieleckim — 3,2 (tab. II).

Kryteria rozpoznawania meningokokowego zapalenia opon nie są jednolite. W grupie tej rejestrowane są przypadki potwierdzone izolacją *Neisseria meningitidis* z płynu m.-rdz. (krwi) lub dodatnim wynikiem badania bakterioskopowego płynu m.-rdz., a także przypadki rozpoznawane klinicznie na podstawie obrazu posocznicy meningokokowej. Nie są wykonywane rutynowo badania lekowrażliwości i nie określa się przynależności antygenowej izolowanych szczepów, tylko nieliczne przypadki potwierdza się testem lateksowym (Warszawa).

Na podstawie analizy 321 wywiadów uzyskanych z 48 WSSE (brak woj. gdańskiego) ustalono, że u 190 chorych izolowano *Neisseria meningitidis* z płynu m.-rdz. (krwi) a u 66 chorych stwierdzono dwoinki Gram(—) w badaniu bakterioskopowym płynu m.-rdz. W 36 przypadkach rozpoznanie ustalono na podstawie objawów posocznicy meningokokowej towarzyszącej zespołowi zapalenia opon m.-rdz. (bez badań mikrobiologicznych). Niewłaściwie zarejestrowano jako meningokokowe — 29 przypadków zapalenia opon m.-rdz. o nieznannej etiologii.

B. Ropne (bakteryjne) zapalenie opon

W 1984 r. zapalenie opon ropne (bakteryjne) i inne nieokreślone z wyjątkiem meningokokowego stanowiło 39% wśród ogółu zarejestrowanych przypadków zapalenia opon. Liczba zachorowań — 2978 jak i zapadalność 8,1/100 000 były nieznacznie wyższe w porównaniu z rokiem poprzednim oraz w porównaniu z medianą zapadalności w ostatnim pięcioletciu (tab. I). W poszczególnych województwach liczba zachorowań wahała się od 5 do 202 a zapadalność od 3,0 do 30,5, najwyższą zapadalność stwierdzono w woj. białostockim (30,5) i kaliskim (25,1). Jak wynika z analizy 2506 przypadków bakteryjnego zapalenia opon m.-rdz. nadal utrzymywała się wyższa zapadalność wśród mężczyzn — 8,7/

Tabela VI. Zapalenie opon m.-rdz. w Polsce w latach 1982—1984. Zapadalność (na 100 000) wg płci i środowiska

Jednostki chorobowe	Rok	Ogółem	Płeć		Środowisko	
			mężczyźni	kobiety	miasto	wieś
Bakteryjne (ropne) zapalenie opon m.-rdz.	1982	8,2	12,8	6,6	8,0	10,2
	1983	6,7	8,6	4,9	5,9	7,9
	1984	6,8	8,7	4,9	5,8	8,2
Enterowirusowe, surowicze zapalenie opon m.-rdz.	1982	66,9	75,2	59,0	65,8	68,6
	1983	12,9	16,1	9,9	14,4	10,7
	1984	11,6	15,2	8,2	13,5	8,8

Źródło: wg opracowań 49 WSSE i DTS — PZH

Tabela VII. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce w latach 1982—1984. Zapadalność na 100 000 wg wieku

Jednostki chorobowe	Rok	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>
Bakteryjne (ropne) zapalenie opon m.-rdz.	1982	45,9	12,5	7,6	6,1	5,7	5,0	4,1	3,8	3,4	2,9	3,0	3,5	3,0
	1983	36,3	9,1	5,2	4,1	3,5	2,8	2,6	2,9	2,3	2,6	3,0	3,3	2,5
	1984	40,5	8,2	4,8	3,3	2,8	2,2	2,2	2,4	2,5	2,0	3,2	2,7	2,8
Enterowirusowe surowicze zapalenie opon m.-rdz.	1982	95,9	187,9	156,2	120,6	82,8	78,9	45,8	30,9	13,9	9,4	7,6	3,9	2,3
	1983	26,8	46,3	28,5	17,5	11,6	10,3	5,6	4,2	2,6	2,4	1,8	1,5	0,5
	1984	26,4	52,5	25,5	11,0	6,9	7,1	3,9	2,4	1,5	0,9	1,1	0,7	0,5

Źródło: wg opracowań 49 WSSE i DTS — PZH

/100 000 w porównaniu z kobietami — 4,9, a zapadalność mieszkańców wsi — 8,2 przewyższała zapadalność w miastach — 5,8 (tab. VI).

Analogicznie do lat poprzednich najwyższa zapadalność — 40,5/100 000 dotyczyła dzieci w wieku 0—4 lata (tab. VII), przy czym dominowała zapadalność wśród niemowląt. Nie obserwowano wyraźnej sezonowości, zachorowania występowały podczas całego roku w liczbie od 160 do 270 miesięcznie. W związku z likwidacją skróconych wywiadów w meldunkach 2-tygodniowych brak informacji zbiorczej o etiologii tych przypadków.

Jak podaje GUS w 1984 r. liczba zgonów z powodu bakteryjnych i nieokreślonych zapaleń opon (symbole 320,321,322) a także umieralność — 1,39/100 000 nie odbiegała od danych z poprzedniego roku (tabela IV). Jak co roku większość zgonów dotyczyła dzieci w wieku 0—4 lata (258) a najwyższa umieralność — 33,0/100 000 wystąpiła wśród niemowląt (tab. V).

Najwyższą umieralność zarejestrowano w woj. ślupskim — 3,09, radomskim — 3,05 i tarnowskim — 2,85 (tab. II).

C. Enterowirusowe zapalenie opon m.-rdz.

Po fali epidemicznej enterowirusowych zapaleń opon m.-rdz. w 1982 r. znacznie mniej zachorowań wystąpiło w roku 1983 a także w 1984. Zarejestrowano 4278 przypadków, tj. o 370 mniej niż w roku 1983 a zapadalność wynosiła 11,6/100 000. Spadek zapadalności wystąpił w 20 województwach, w 14 województwach liczba zachorowań utrzymywała się na poziomie poprzedniego roku, natomiast w 15 — liczba zachorowań była wyższa niż w roku poprzednim. W poszczególnych województwach liczba zachorowań wynosiła od 4 do 432 a zapadalność wahała się od 0,7 do 31,3/100 000 (tab. II).

Jak wynika z analizy zachorowań wykonywanej w oparciu o dane WSSE wyższa była zapadalność wśród mężczyzn 15,2/100 000 niż wśród kobiet (8,2), a zapadalność wśród mieszkańców miast (13,5) przewyższała zapadalność na terenach wiejskich — 8,8 (tab. VI). Najwyższa zapadalność — 16,1 wystąpiła w miastach liczących ponad 100 000 mieszkańców. Podobnie jak w latach poprzednich dominowała zapadalność w grupie wieku 5—9 lat — 52,5/100 000 (tab. VII). Sezonowy wzrost zachorowań wystąpił od sierpnia do października (60% zachorowań).

Z analizy sprawozdań pracowni wirusologicznych WSSE wynika, że u chorych z zespołem neuroinfekcji izolowano głównie enterowirusy z grupy ECHO, wśród których dominował serotyp ECHO₃₀. Inne serotypy izolowano w nielicznych przypadkach. W woj. białostockim, które w 1984 r. wykazało najwyższą zapadalność, od chorych na enterowirusowe zapalenie opon izolowano głównie serotyp ECHO₄.

Jak podał GUS, z powodu enterowirusowego zapalenia opon zmarło sześciu chorych; umieralność wynosiła 0,02/100 000 (tab. VI). Zgony te wystąpiły w woj. gorzowskim, jeleniogórskim, katowickim, kieleckim, płockim i zielonogórskim.

4. ZAPALENIE MOZGU

W 1984 r. zgłoszono 395 zachorowań na zapalenie mózgu tj. o 15 przypadków mniej niż w roku poprzednim. Zapadalność wynosiła 1,1/100 000. Nie zgłoszono zachorowań w woj. chełmskim i białsko-podla-

skim, natomiast w pozostałych województwach zarejestrowano od jednego do 31 przypadków. Najwyższa zapadalność wystąpiła w woj. opolskim — 3,1/100 000 (tab. III).

W 1984 r. zgłoszono więcej zgonów (411) niż zachorowań (395), co świadczy o niekompletnej zgłaszalności tych przypadków (tab. III). Jak wykazała analiza zgonów wg grup wieku, najliczniej wystąpiły one wśród dzieci w wieku 0—4 lata (215 zgonów) przy czym dominowała umieralność wśród niemowląt — 22,6/100 000 (tab. V).

Podobnie jak w latach ubiegłych mimo podejmowanych badań wirusologicznych, etiologia większości zachorowań jak i zgonów nie jest znana.

W 1984 r. zgłoszono 25 przypadków kleszczowego (arbowirusowego) zapalenia mózgu i opon, tj. o pięć zachorowań więcej niż w 1983 r., zapadalność wynosiła 0,1/100 000 (tab. I). Większość tych zachorowań pochodziła z endemicznych rejonów w woj. opolskim, białostockim, suwalskim i olsztyńskim (tab. III).

Przypadki te dotyczyły głównie osób dorosłych, rozpoznawano je na podstawie badań serologicznych lub wywiadu epidemiologicznego. Wystąpiły dwa zgony w woj. opolskim i krakowskim, umieralność wynosiła 0,005/100 000.

WNIOSKI

1. W rozpoznawaniu i rejestracji meningokokowego zapalenia opon m.-rdz. należy uwzględniać kryterium bakteriologiczne: izolacja *Neisseria meningitidis* z płynu m.-rdz. lub z krwi (posocznica meningokokowa) lub dodatni wynik bakterioskopowego płynu m.-rdz.

2. Dla poprawy diagnostyki wirusologicznej neuroinfekcji niezbędna jest ścisła współpraca klinicystów z pracownikami wirusologicznymi WSSE.

Я. Жабицка

МЕНИНГИТ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году зарегистрировано 7596 заболеваний менингитом а заболеваемость равнялась 20,6 на 100 000 жителей. Заявлено 4278 заболеваний энтеровирусным (сыворотковым) менингитом (заболеваемость 11,6/100 000), 2978 заболеваний гнойным менингитом (заболеваемость 8,1/100 000) и 340 случаев менингококкового воспаления (заболеваемость 0,9/100 000). Зарегистрировано 395 заболеваний менингоэнцефалитом (заболеваемость 1,1/100 000). Как и в предыдущих годах с нейроинфекциями было связанное большое число летальных исходов; в 1984 году зарегистрировано 934 смерти по поводу менингита и менингоэнцефалита.

J. Żabicka

CEREBROSPINAL MENINGITIS AND ENCEPHALITIS — 1984

Summary

In 1984 the number of notified cases of cerebrospinal meningitis was 7596 and the incidence was 20.6 per 100 000. The number of cases caused by ente-

roviruses (serous meningitis) was 4278, the incidence was 11.6; there were 2978 cases of purulent meningitis (incidence 8.1) and 340 cases of meningococcal meningitis incidence 0.9 per 100 000. The number of encephalitis cases notified in that year was 395, incidence 1.1 per 100 000. Similarly as in previous years neuroinfections were connected with a high mortality — 934 deaths were due to meningitis and encephalitis.

Ewa Gonera

DUR BRZUSZNY I DURY RZEKOME — 1984 ROK

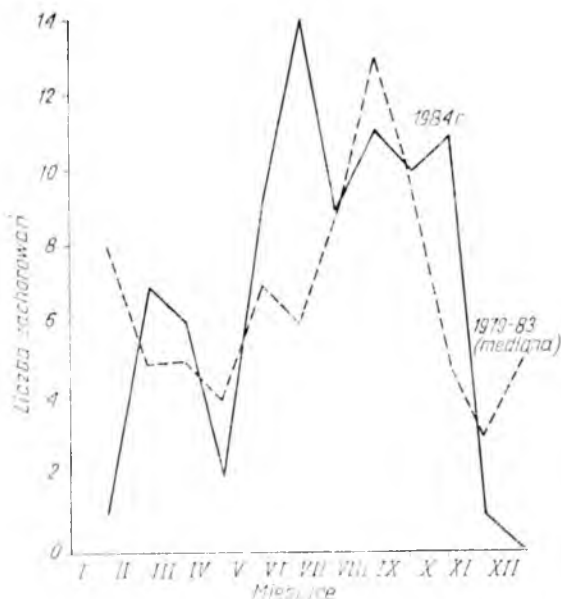
W 1984 r. zarejestrowano 79 przypadków duru brzuszego, lecz w rzeczywistości (wg daty zachorowania) było 81 zachorowań (zap. — 0,22/100 000), tj. o 11 więcej niż w 1983 roku. Tyle właśnie osób zachorowało na dur brzuszny w miejscowości Drzewica w woj. radomskim, a przyczyną tej niewielkiej epidemii było bakteriologiczne skażenie wody w lokalnej sieci wodociągowej. Podobna epidemia (15 zachorowań) zdarzyła się już w tym mieście w 1961 roku. Bez przypadków epidemicznych zapadalność wynosiłaby 0,19 na 100 000.

Po raz pierwszy od wielu lat z powodu duru brzuszego zmarło dwóch chorych: 1) 78-letnia kobieta z woj. częstochowskiego przyjęta na oddział chirurgiczny z bólami brzucha i rozpoznaniem kamicy wątrobowej, skąd przeniesiono ją na oddział wewnętrzny z powodu granulocytopenii, gdzie zmarła; 2) 31-letni mężczyzna z woj. piotrkowskiego przyjęty również na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, po operacji przewieziony na dwa dni na o.i.o.m. (oddział intensywnej opieki medycznej), przez następne dwa dni przebywał na oddziale nefrologicznym, skąd został przeniesiony ponownie na chirurgię z powodu perforacji jelita. Czwartego dnia po operacji przeniesiony na o.i.o.m., gdzie po 5 dniach zmarł. Należy podkreślić, że u obydwójga zmarłych dur brzuszny rozpoznano histopatologicznie (jak w latach sześćdziesiątych): u kobiety — podczas sekcji, u mężczyzny — podczas 2 operacji.

Ponadto u 4 innych chorych wystąpiło: u jednego — perforacja jelita, u drugiego — krwawienie z przewodu pokarmowego, u trzeciego — zapalenie wyrostka robaczkowego, a u czwartego — przyćmienie świadomości.

U 53 chorych rozpoznanie duru brzuszego potwierdzono wynikiem badania bakteriologicznego: u 32 — posiewem z krwi, u pozostałych izolacją z kału lub wymazu. Z ośmiu szczepów wyizolowanych od chorych w epidemii wodnej — 3 nie zostały poddane typowaniu bakteriofagowemu, a z 5 dwa należały do typu D₁, jeden do typu A, dwa — zdegradowane. U pozostałych 45 chorych zbadano 39 wyizolowanych szczepów *S. typhi*: 7 było zdegradowanych, 7 należało do typu F₁, 6 do typu D₁, 6 do typu E_{1a}, po 3 do typu A i typu „46”, po dwa do typu C₁ i F₅, jeden do typu „43”, a dwa nie reagowały na żaden z preparatów. U 26 chorych dur brzuszny rozpoznano na podstawie dodatnich wyników badań serologicznych, przy czym w 1 przypadku w pracowni szpitalnej izolowano pałeczkę Gram-ujemną, lecz nie przekazano szczepu do laboratorium stacji san.-epid. w celu identyfikacji.

Wszyscy chorzy byli hospitalizowani: 43 przyjęto bezpośrednio do



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

oddziałów zakaźnych (obs.-zak.) a pozostali byli najczęściej przyjmowani na oddziały wewnętrzne. Tylko 4 chorych trafiło do oddziałów o innym profilu (chirurgiczny, płucny, parazytologiczny i gastrologiczny). Oprócz dwojga zmarłych, jeszcze pięcioro dzieci nie było skierowanych do oddziałów zakaźnych, a całe leczenie przebyły na oddziałach wewnętrznych. Podobnie jak w poprzednich latach — 65% chorych trafiło na oddział zakaźny w 10 i późniejszych dniach choroby (52 osoby).

Łącznie zarejestrowano 62 ogniska epidemiczne. Poza epidemią wystąpiły jeszcze 3 większe ogniska duru (wszystkie — po 4 chorych): dwa w obrębie rodzin, jedno wśród sąsiadów. We wszystkich źródłem zakażenia byli nosiciele: w dwóch wykryci podczas dochodzenia epidemiologicznego, a w jednym — pozostający od dawna pod nadzorem stacji san.-epid. Pozostałe 58 ognisk to zachorowania sporadyczne. Tylko w 10 wykryto źródło zakażenia (nosiciele). W dwóch przypadkach do zakażenia doszło poza granicami kraju.

Zachorowania z epidemii wodnej wywołały zwiększenie zachorowań w maju i czerwcu, jedno z ognisk rodzinnych — w lutym, natomiast pozostałe większe ogniska nałożyły się na letnio-jesienną sezonową zwiększone zachorowań (ryc. 1). Te większe ogniska łącznie z epidemią spowodowały wzrost zapadalności we wszystkich czterech województwach, gdzie wystąpiły: radomskim, sieradzkim, piotrkowskim i kieleckim (tab. I, ryc. 2). Ponadto w 1984 r. gwałtownie zmalała liczba województw, w których nie notowano zachorowań: w poprzednim roku było ich 28, a w 1984 r. — tylko 18. Dość duże zmiany zaszły także w wieku chorych na duru brzuszny: dalszy wzrost zachorowań w grupie 5—9 lat i duży skok zapadalności w grupie 10—14 lat (w 1982 r. — 4 zach. w 1983 r. — 8, a w 1984 r. — 22 zach. w tym tylko 6 z epidemii wodnej) (tab. II, ryc. 3). Liczba nosicieli pałeczki *S. typhi*

Tabela I. Dur brzuszny i dury rzekome wg województw w 1983 i 1984 roku.
Zachorowania i zapadalność na 100 tys. mieszkańców (wg daty rejestr.)

Lp.	Województwo	Dur brzuszny						Dury rzekome					
		1978—1982 mediana		1983		1984		1978—1982 mediana		1983		1984	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
	P O L S K A	94	0,3	74	0,2	79	0,2	10	0,0	8	0,0	8	0,0
1	St. warszawskie	9	0,4	14	0,6	3	0,1	2	0,1	3	0,1	2	0,1
2	Białkopodlaskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Białostockie	2	0,3	1	0,2	2	0,3	—	—	2	0,3	1	0,2
4	Bielskie	2	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Bydgoskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	3	0,8	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
8	Częstochowskie	4	0,5	—	—	3	0,4	—	—	—	—	—	—
9	Elbląskie	3	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Gdańskie	5	0,5	5	0,4	2	0,1	1	0,1	1	0,1	—	—
11	Gorzowskie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Jeleniogórskie	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
13	Kaliskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Katowickie	7	0,2	5	0,3	3	0,1	—	—	—	—	3	0,1
15	Kieleckie	3	0,3	4	0,4	9	0,1	—	—	—	—	—	—
16	Konińskie	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Koszalińskie	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
18	Miejskie krakowskie	3	0,3	1	0,1	4	0,2	—	—	—	—	—	—
19	Krośnieńskie	1	0,2	1	0,2	1	0,2	—	—	—	—	2	0,4
20	Legnickie	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
21	Leszczyńskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	Lubelskie	1	0,1	—	—	2	0,2	—	—	—	—	—	—
23	Łomżyńskie	3	0,9	—	—	1	0,3	—	—	—	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	4	0,4	2	0,2	4	0,4	—	—	—	—	—	—
25	Nowosądeckie	2	0,2	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—
26	Olsztyńskie	1	0,1	—	—	2	0,3	—	—	—	—	—	—
27	Opolskie	2	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Ostrołęckie	3	0,8	3	0,8	1	0,3	—	—	—	—	—	—

29	Piłskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	Piotrkowskie	2	0,3	1	0,2	5	0,8	—	—	—	—	—	—	—
31	Płockie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	Poznańskie	1	0,1	—	—	2	0,2	—	—	—	—	—	—	—
33	Przemyskie	2	0,5	—	—	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—
34	Radomskie	3	0,4	4	0,6	15	2,1	—	—	—	—	—	—	—
35	Rzeszowskie	1	0,2	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—
36	Siedleckie	1	0,2	3	0,5	2	0,3	—	—	—	—	—	—	—
37	Sieradzkie	—	—	5	1,3	5	1,3	—	—	—	—	—	—	—
38	Skierniewickie	2	0,5	11	2,7	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—
39	Słupskie	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	Suwalskie	1	0,2	2	0,5	1	0,2	—	—	1	0,2	—	—	—
41	Szczecińskie	1	0,1	—	—	1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
42	Tarnobrzeskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43	Tarnowskie	—	—	2	0,3	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—
44	Toruńskie	1	0,2	2	0,3	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
45	Wałbrzyskie	1	0,1	3	0,4	2	0,3	—	—	—	—	—	—	—
46	Włocławskie	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	Wrocławskie	—	—	3	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48	Zamojskie	—	—	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	—	—	1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—

a

pozostających pod obserwacją służby san.-epid. zmalała o 80 osób, przede wszystkim w grupie wieku 40—59 lat, natomiast liczba młodych nosicieli (poniżej 20 lat) nie uległa zmianom (tab. III).

Dury rzekome. W całym kraju zarejestrowano tak jak w poprzednim roku — 8 przypadków, a uwzględniając datę zachorowania — 6 przypadków (w 1983 r. — 11, przy czym jeden został zgłoszony i zarejestrowany dopiero w 1985 r.). Wszystkie były wywołane przez *S. paratyphi B*. Tylko jedno zachorowanie było potwierdzone posiewem z krwi, u 1 chorego *S. paratyphi B* wyizolowano z zółci, u 3 — z kału, a u jednego dur rzekomy B rozpoznano na podstawie dodat-

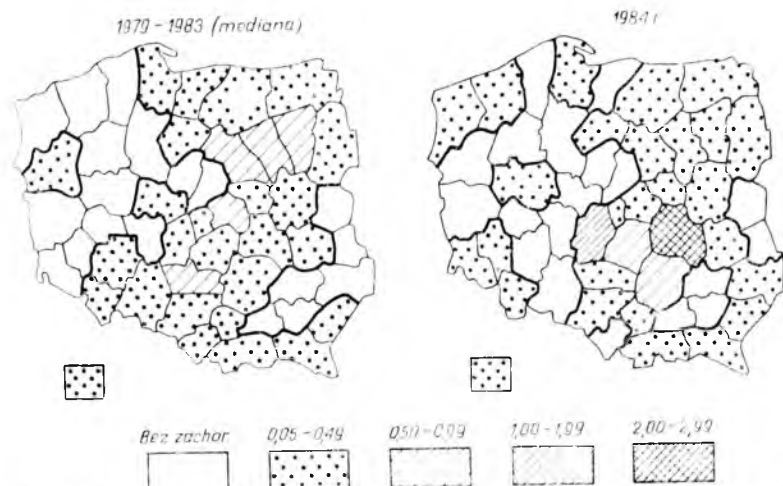
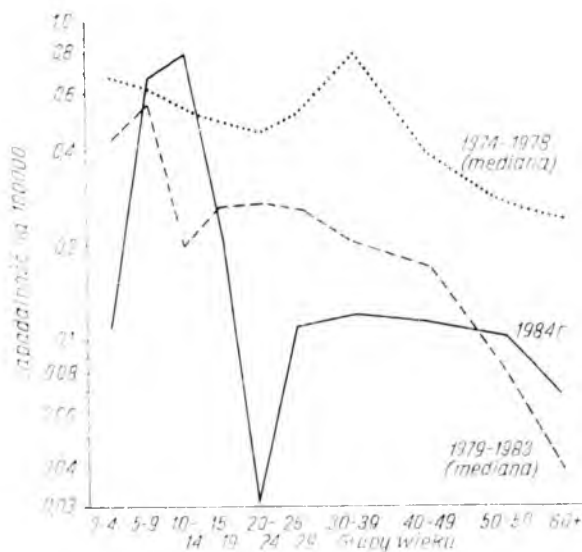


Fig. 2. Dur brzuszny w Polsce wg województw. Zapadalność na 100 000 (wg daty rejestracji).

Tabela II. Dur brzuszny i dury rzekome w 1984 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg wieku (wg daty zachorowania)

Wiek	Dur brzuszny				Dury rzekome			
	1979—1983 mediana		1984		mediana 1978—1983		1984	
	zach.	zapad.	zach.	zapad.	zach.	zapad.	zach.	zapad.
0—4	14	0,4	4	0,1	2	0,1	3	0,1
5—9	17	0,6	21	0,7	1	0,0	—	—
10—14	5	0,2	22	0,8	—	—	1	0,0
15—19	7	0,3	5	0,2	1	0,0	—	—
20—24	9	0,3	1	0,0	1	0,0	—	—
25—29	9	0,3	5	0,1	1	0,0	—	—
30—39	10	0,2	7	0,1	2	0,0	—	—
40—49	7	0,2	7	0,2	—	—	1	0,0
50—59	3	0,1	5	0,1	—	—	1	0,0
60+	4	0,1	4	0,1	1	0,0	—	—
	82	0,2	81	0,2	11	0,0	6	0,0



Ryc. 3. Dur brzuszny w Polsce. Zapadalność na 100 000 w grupach wieku (wg daty zachorowania).

niego wyniku odczynu Widala. Wszyscy byli hospitalizowani, przy czym jeden z chorych przebywał tylko na oddziale chirurgicznym dokąd został skierowany z powodu zapalenia pęcherzyka żółciowego (izolacja *S. paratyphi B* z żółci). Liczbę nosicieli pałeczki *S. paratyphi B* i innych *S. paratyphi* podano w tab. III, a liczbę zachorowań i zapadalność w województwach — w tab. I.

Tabela III. Liczba zarejestrowanych nosicieli wg stanu na dzień 31.XII.84 r.

<i>Salmonella</i>	Ogółem		1984 wg wieku				
	1983	1984	0-4	5-19	20-39	40-59	60+
typhi	2198	2118	2	14	119	515	1468
paratyphi A	27	26	—	—	—	7	19
— B	384	380	4	3	45	107	221
— C	2	2	—	—	—	1	1

Według GUS z powodu duru brzuszego i durów rzekomych — zmarły 3 osoby. Oprócz opisanych powyżej 2 zgonów z powodu duru brzuszego, podano jako trzeci — zgon niemowlęcia z woj. konińskiego, lecz na terenie tego województwa nie notowano zachorowań ani na dur brzuszny, ani na dury rzekome i to zarówno w 1984 r., jak i w poprzednim roku.

Э. Гонера

БРЮШНОЙ ТИФ И ПАРАТИФЫ — 1984 ГОД

Резюме

Зарегистрировано вообще 79 заболеваний брюшным тифом, заболеваемость 0,22/100 000. Умерло 2 больных, у которых брюшной тиф распознано гистопатологически. В 53 случаях распознание подтверждено бактериологически. Вообще зарегистрировано 62 эпидемические очаги, в том 4 большие: невеликую водную эпидемию (11 заболеваний) и 3 очаги (по 4 заболевания в каждом) среди семейств и соседей. В 1984 году число воеводств, в которых не было заболеваний выразительно понизилось (из 28 на 18). Зарегистрировано 8 заболеваний паратифами: в 1984 году заболело 6 пациентов а два в 1983. Все заболевания были вызваны *S. paratyphi B*. Только у одного больного изолировано *S. paratyphi B* из крови, у одного — из жёлчи а у трёх — из кала.

E. Gonera

TYPHOID FEVER AND PARATYPHOID FEVERS — 1984

Summary

The typhoid fever cases in 1984 numbered 79, the incidence was 0.22 per 100 thousand. Two patients died and the typhoid fever diagnosis was based on histological examination. In 53 cases the diagnosis was confirmed bacteriologically. The number of recorded epidemic foci was 62, including 4 major ones: a slight epidemic of water-borne infection (11 cases) and 3 foci (4 cases in each) among the families and neighbours. In 1984 the number of provinces without this disease dropped steeply from 28 to 18.

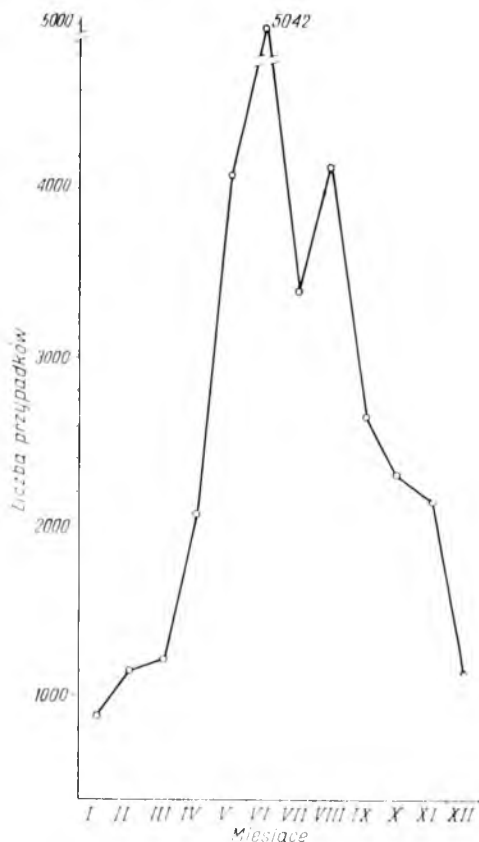
Eight cases of paratyphoid fever were recored: 6 in 1984 and 2 in 1983. All cases were due to *S. paratyphi B*. In only 1 case *S. paratyphi B* was isolated from the blood, in another one from the bile, and in 3 from faeces.

Zbigniew Anusz

SALMONELOZY — 1984 ROK

W 1984 roku zanotowano w grupie schorzeń obejmujących: a) zakażenia salmonelami bez rozpoznania zatruc pokarmowych (003.9) — 18 442 zachorowania, zapadalność 50,0 na 100 000 mieszkańców; b) zatrucia pokarmowe wywołane salmonelami (003.0) — 11 910 zachorowań, zapadalność 32,3. Zanotowano ogółem 30 352 zachorowania, tj. 12 679 zachorowań więcej niż w 1983 roku (tab. I).

Sezonowy wzrost zachorowań na salmonelozę (003) obserwowano w okresie od maja do czerwca (16 677 zach., 50,0%) ze szczytem w czerwcu (16,6%) (ryc. 1).



Ryc. 1. Salmonelozę (003) w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

Tabela I. Salmonelozy (z wyjątkiem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C) w Polsce. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców w latach 1977—1984

Salmonelozy (003)																				
Rok	Zakażenia bez zatruc pokarmowych (003.9)								Zatrucia pokarmowe (003.0)				Razem		Zgony					
	liczba	zapadalność	kwartał				hospitali- zacja w tym zakażenia szpitalne	liczba	zapadalność	kwartał				liczba	zapadalność	miasto	wieś	razem		
			I	II	III	IV				I	II	III	IV							
1977—1979 Mediana	9243	26,2	1970	2525	2109	1921	77,2	1920	3098	8,8	262	1115	958	590	43,1	12341	34,9	23	25	48
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
1981	10788	30,0	2659	2933	2960	2243	76,6	2099	7535	21,0	602	3033	2624	1276	32,7	18323	51,0	30	38	68
1982	10686	29,5	2331	3662	2597	2096	80,2	2585	6503	17,9	359	1804	3618	722	35,2	17189	47,4	21	23	44
1983	11461	31,3	2298	3532	3148	2483	77,9	2506	6312	17,3	503	1525	2779	1505	33,1	17773	48,6	35	29	64
1984	18442	50,0	2505	4875	6311	4723	65,5	3638	11910	32,3	351	4500	4299	2760	30,3	30352	45,5	14	22	36

Tabela II. Salmonelozy (z wyłączeniem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C) w Polsce w latach 1982—1984. Zachorowania ludzi według typu serologicznego pałeczek *Salmonella*

Typ	Zachorowania					
	1982		1983		1984	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<i>S. agona</i>	2813	17,8	2238	13,6	2820	10,1
<i>S. anatum</i>	63	0,4	24	0,2	12	0,0
<i>S. brazzavile</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. bovis morbificans</i>	9	0,1	20	0,1	16	0,1
<i>S. brandenburg</i>	4	0,0	7	0,0	16	0,1
<i>S. chester</i>	2	0,0	—	—	—	—
<i>S. cholerae suis</i>	1	0,0	2	0,0	1	0,0
<i>S. derby</i>	11	0,1	8	0,1	5	0,0
<i>S. dublin</i>	4	0,0	—	—	6	0,0
<i>S. eastbourne</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. enteritidis</i>	5900	37,1	7286	44,2	16923	60,8
<i>S. gall-pull</i>	—	—	1	0,0	—	—
<i>S. give</i>	—	—	—	—	2	0,0
<i>S. heidelberg</i>	69	0,4	99	0,6	101	0,4
<i>S. infantis</i>	108	0,7	44	0,3	52	0,2
<i>S. isangi</i>	24	0,2	17	0,1	11	0,0
<i>S. kottbus</i>	2	0,0	6	0,0	8	0,0
<i>S. london</i>	1	0,0	1	0,0	22	0,1
<i>S. livingstone</i>	6	0,0	3	0,0	13	0,0
<i>S. manhattan</i>	50	0,3	40	0,3	30	0,1
<i>S. meleagridis</i>	2	0,0	—	—	1	0,0
<i>S. montevideo</i>	7	0,0	12	0,1	10	0,0
<i>S. muenchen</i>	2	0,0	—	—	—	—
<i>S. new-haw</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. newington</i>	2	0,0	3	0,0	4	0,0
<i>S. newlands</i>	2	0,0	7	0,0	5	0,0
<i>S. newport</i>	63	0,4	35	0,2	40	0,1
<i>S. oranienburg</i>	48	0,3	25	0,2	81	0,3
<i>S. panama</i>	6	0,0	2	0,0	22	0,1
<i>S. reading</i>	1	0,0	—	—	—	—
<i>S. saint-paul</i>	2	0,0	10	0,1	5	0,0
<i>S. senftenberg</i>	30	0,2	6	0,0	3	0,0
<i>S. stanleyville</i>	—	—	3	0,0	—	—
<i>S. thompson</i>	398	2,5	5	0,0	134	0,5
<i>S. tokardi</i>	—	—	—	—	—	—
<i>S. tennessee</i>	—	—	2	0,0	5	0,0
<i>S. typhimurium</i>	5716	36,0	5872	35,7	6900	24,9
<i>S. westhampton</i>	—	—	—	—	—	—
Inne +	25	0,2	33	0,2	91	0,3
Nieokreślone	520	3,3	662	4,0	525	1,9
Razem	15 891	100,0	16 473	100,0	27 864	100,0

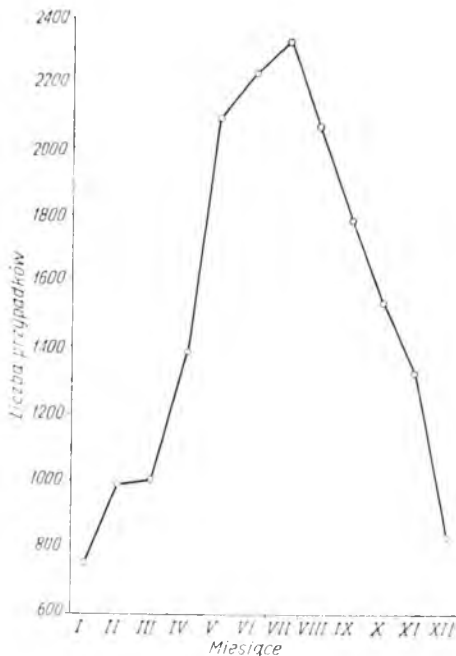
W 1982 roku — *S. albania* (1), *S. amsterdam* (1), *S. arizona* (1), *S. bredeney* (3), *S. manchester* (1), *S. mbandaka* (2), *S. mission* (1), *S. newbrunswick* (1), *S. ohio* (1), *S. orion* (1), *S. rostock* (1), *S. sonza* (1), *S. stanley* (2), *S. tshiongwé* (5), *S. virchow* (3).

W 1983 roku — *S. bredeney* (2), *S. hadar* (9), *S. mapo* (3), *S. mission* (2), *S. rostock* (1), *S. souza* (1), *S. stanley* (1), *S. wernigerode* (14).

W 1984 roku — *S. albania* (1), *S. bredeney* (3), *S. djugu* (1), *S. essen* (1), *S. hato* (4), *S. london* (1), *S. mission* (6), *S. mapo* (1), *S. muenster* (1), *S. newbrunswick* (1), *S. othmarschen* (1), *S. oxford* (1), *S. schwarzengrund* (1), *S. tshiongwé* (1), *S. virchow* (4).

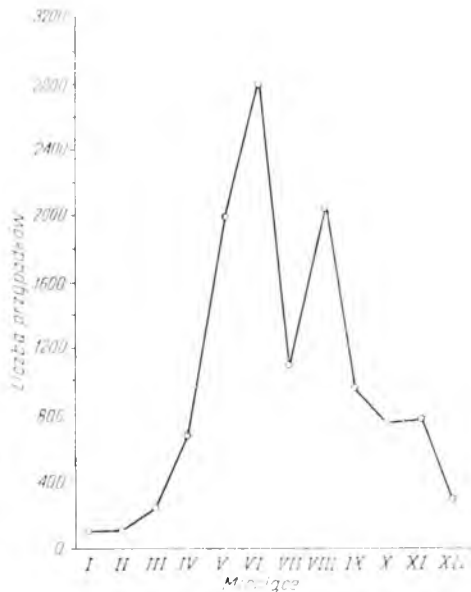
Tabela III. Salmonelozy (z wyłączeniem duru brzuszego i durów rzekomych A, B, C i zatruc pokarmowych) w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapaadalność na 100 000 mieszkańców wg województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l zach.	zapaadal.	l zach.	zapaadal.	l zach.	zapaadal.
	POLSKA	9607	27,0	11461	31,3	18442	50,0
1	St. warszawskie	770	32,7	956	40,3	1698	71,1
2	Białkopodlaskie	39	13,5	99	34,0	234	79,4
3	Białostockie	168	25,9	199	30,4	185	27,9
4	Bielskie	171	20,2	242	28,3	287	33,3
5	Bydgoskie	267	26,1	431	40,7	351	32,9
6	Chelmskie	32	13,8	130	55,2	231	96,9
7	Ciechanowskie	56	13,9	124	30,2	232	56,0
8	Częstochowskie	210	23,1	318	42,1	280	36,8
9	Elbląskie	78	17,6	314	69,2	270	58,7
10	Gdańskie	278	21,0	302	22,1	337	24,4
11	gorzowskie	198	43,1	149	31,6	221	46,4
12	Jeleniogórskie	138	27,8	106	21,2	136	26,9
13	Kaliskie	257	33,6	317	46,5	427	62,0
14	Katowickie	578	16,0	785	20,2	980	25,3
15	Kieleckie	321	29,8	267	24,6	593	54,0
16	Konińskie	188	43,1	121	26,9	121	26,7
17	Koszalińskie	19	4,1	223	47,0	148	30,8
18	Miejskie krakowskie	121	10,5	130	10,9	239	19,9
19	Krośnieńskie	35	7,7	88	19,1	291	62,2
20	Legnickie	346	76,1	186	39,0	558	115,9
21	Leszczyńskie	108	30,0	123	33,6	266	71,8
22	Lubelskie	261	28,4	595	62,0	967	99,5
23	Łomżyńskie	25	7,8	78	23,5	22	6,6
24	Miejskie łódzkie	280	25,0	264	23,1	500	43,6
25	Nowosądeckie	254	40,6	195	30,2	152	23,2
26	Olsztyńskie	329	47,9	265	37,7	654	91,7
27	Opolskie	421	43,1	354	35,7	454	45,3
28	Ostrołęckie	49	13,1	43	11,4	88	23,1
29	Pilskie	79	18,0	81	18,0	124	27,1
30	Piotrkowskie	141	23,6	178	28,7	329	52,5
31	Płockie	122	24,5	106	21,1	225	44,5
32	Poznańskie	175	14,4	221	17,4	621	48,4
33	Przemyskie	38	10,1	77	19,9	475	121,5
34	Radomskie	37	5,3	134	18,8	97	13,4
35	Rzeszowskie	92	14,4	207	31,0	849	125,1
36	Siedleckie	71	11,7	153	24,5	243	38,5
37	Sieradzkie	122	31,2	219	55,4	133	33,4
38	Skierniewickie	63	15,9	153	38,0	233	57,3
39	Słupskie	93	25,3	54	14,1	87	22,4
40	Suwalskie	149	35,4	125	28,8	216	49,0
41	Szczecińskie	181	20,2	214	23,3	374	40,3
42	Tarnobrzeskie	204	37,5	244	43,0	813	141,4
43	Tarnowskie	120	19,5	243	39,1	180	28,5
44	Toruńskie	143	23,1	267	42,8	327	51,9
45	Wałbrzyskie	231	32,3	69	9,5	161	22,0
46	Wrocławskie	274	65,8	222	52,9	188	44,5
47	Wrocławskie	617	57,3	478	43,6	1165	105,4
48	Zamojskie	91	19,2	428	89,2	444	91,6
49	Zielonogórskie	290	48,8	184	29,4	236	37,1



Ryc. 2

Ryc. 2. Salmonelozy z wyjątkiem zatruc pokarmowych. Sezonowość zachorowań.



Ryc. 3

Ryc. 3. Zatrucia pokarmowe wywołane pałeczkami *Salmonella* w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

Głównym czynnikiem etiologicznym w 1984 roku były *S. enteritidis* (60,8%), *S. typhimurium* (24,9%) i *S. agona* (10,1%). Na terenie całego kraju stwierdzono u chorych 43 typy serologiczne (tab. II).

Ogółem z powodu salmoneloz (003) zmarło 36 osób (umieralność 0,10 na 100 000; śmiertelność 0,12). Jest to o 28 zgonów mniej niż w roku ubiegłym. Najwięcej zgonów rejestrowano wśród chorych w wieku od 1 do 11 mies. życia. W miastach zanotowano 14 zgonów (umieralność 0,06), na wsi 22 (umieralność 0,15).

ZAKAŻENIA SALMONELAMI BEZ ZATRUC POKARMOWYCH (003.9)

Zachorowania i zapadalność na salmonelozy z wyłączeniem duru brzuszno, durów rzekomych A, B, C i zatruc pokarmowych (003.9) przedstawia tabela III. W 1984 roku zarejestrowano 18 442 zachorowania, tj. o 6981 więcej niż w 1983 roku. Zapadalność wynosiła 50,0 i była wyższa o 60,0% od zapadalności w 1983 roku (31,3) i od mediany w latach 1978—1982 (27,0).

Zapadalność wzrosła w 37 województwach, w 4 województwach utrzymała się na poziomie 1983 roku. Zapadalność co najmniej dwukrotnie wyższą od średniej obserwowano w 5 województwach: legnickim (115,9), przemyskim (121,5), rzeszowskim (125,1), tarnobrzeskim (141,4), wrocławskim (105,4) (tab. III).

Salmonelozy (003.9) rejestrowano częściej w mieście (11 434 zach., zap. 51,7) niż na wsi (7008 zach., zap. 47,3). Zapadalność kobiet była niższa

Tabela IV. Salmonellozy w Polsce. Zachorowania i zapadalność na zakażenia salmonelami bez zatruc pokarmowych w 1984 roku według wieku, płci i środowiska

Grupy wieku	MIASTO			WIES			Ogółem
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	
0—4	3810 (378,7)	3049 (318,9)	6859 (349,4)	2583 (345,3)	1941 (272,6)	4524 (309,7)	11383 (332,4)
0	2314 (1139,9)	1720 (891,2)	4034 (1018,7)	1711 (1069,3)	1241 (811,1)	2952 (943,1)	6986 (985,3)
1	729	608	1337	533	418	951	2288
2	351	339	690	163	139	302	992
3	242	214	456	106	95	201	657
4	174	168	342	70	48	118	460
5—9	546 (57,1)	483 (52,8)	1029 (55,0)	201 (30,4)	205 (32,3)	406 (31,3)	1435 (45,3)
5	155	114	269	48	51	99	368
6	139	123	267	35	46	81	348
7	107	110	217	54	33	87	304
8	90	63	153	41	31	72	225
9	55	68	123	23	44	67	190
10—14	273	242	515	142	140	282	797
15—19	124	189	304	85	119	204	508
20—24	173	232	405	88	122	210	615
25—29	197	237	434	115	118	233	667
30—34	200	231	431	93	100	193	624
35—39	126	206	332	75	84	159	491
40—44	95	133	233	54	50	104	337
45—49	85	134	219	51	63	114	355
50—54	87	133	220	56	79	135	309
55—59	80	90	170	52	87	139	187
60—64	35	55	90	39	58	97	249
65—74	48	76	124	46	79	125	152
75+	18	51	69	34	19	83	
Ogółem	5897 (55,6)	5537 (48,2)	11434 (51,7)	3714 (50,2)	3294 (44,4)	7008 (47,3)	18442 (50,0)

W nawiasach podano zapadalność

Tabela V. Salmonellozy w Polsce. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według środowiska oraz liczby ludności w miastach wywołane pal. *Salmonella* bez zatruc pokarmowych w 1984 roku

Miasto	Ogółem w tym:	Liczba zachorowań	Zapadalność
	<20 tys.	11 434	51,7
	20—50 tys.	2 183	49,1
	50—100 tys.	1 963	51,8
	>100 tys.	1 490	52,5
		5 798	52,6
Wieś		7 008	47,3
Ogółem		18 442	50,0

Tabela VI. Salmonelozy w Polsce w latach 1978—1984. Zatrucia pokarmowe (003,0) wg województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.
POLSKA		5133	14,7	6312	17,3	11910	32,3
1	St. warszawskie	57	2,5	22	0,9	678	28,4
2	Białkopodlaskie	3	1,1	75	25,7	71	24,1
3	Białostockie	87	13,6	120	18,3	203	30,6
4	Bielskie	109	13,4	79	9,2	163	18,9
5	Bydgoskie	348	34,1	61	5,8	379	35,5
6	Chełmskie	—	—	63	26,7	39	16,4
7	Ciechanowskie	8	2,0	278	67,6	84	20,3
8	Częstochowskie	26	3,5	28	3,7	47	6,2
9	Elbląskie	21	4,7	40	8,8	91	19,8
10	Gdańskie	94	7,1	119	8,7	1016	73,6
11	Gorzowskie	80	17,9	328	69,6	296	62,1
12	Jeleniogórskie	119	24,0	61	12,2	66	13,1
13	Kaliskie	31	4,7	13	1,9	40	5,8
14	Katowickie	328	10,1	178	4,6	354	9,1
15	Kieleckie	84	7,8	581	53,6	764	69,6
16	Konińskie	26	5,9	36	8,0	42	9,3
17	Kozalińskie	37	8,2	300	63,2	173	36,0
18	Miejskie krakowskie	24	2,0	11	0,9	215	17,9
19	Krośnieńskie	148	33,6	88	19,1	314	67,1
20	Legnickie	166	35,4	60	12,6	22	4,6
21	Leszczyńskie	10	2,3	20	5,5	277	74,8
22	Lubelskie	25	2,7	117	12,2	559	57,5
23	Łomżyńskie	18	5,6	33	10,0	103	30,7
24	Miejskie łódzkie	134	12,0	82	7,3	37	3,2
25	Nowosądeckie	25	3,9	83	12,9	13	2,0
26	Olsztyńskie	28	4,1	482	68,6	392	55,0
27	Opolskie	82	8,5	146	14,7	172	17,2
28	Ostrołęckie	12	3,2	3	0,8	—	—
29	Piłskie	120	27,9	160	35,5	151	33,0
30	Piotrkowskie	59	9,8	37	6,0	147	23,5
31	Płockie	127	25,5	210	41,8	208	41,1
32	Poznańskie	102	8,4	160	12,6	515	40,1
33	Przemyskie	21	5,5	80	20,7	325	83,1
34	Radomskie	—	—	49	6,9	160	22,2
35	Rzeszowskie	40	6,1	29	4,3	409	60,3
36	Siedleckie	39	6,3	296	47,3	282	44,7
37	Sieradzkie	66	17,1	27	6,8	145	36,4
38	Skierniewickie	63	16,0	245	60,9	41	10,1
39	Słupskie	50	13,6	246	64,4	179	46,1
40	Suwalskie	63	14,7	33	7,4	145	32,9
41	Szczecińskie	402	45,0	372	40,4	658	70,8
42	Tarnobrzeskie	39	7,0	125	22,0	278	48,4
43	Tarnowskie	94	15,3	8	1,3	271	43,0
44	Toruńskie	38	6,3	48	7,7	614	97,4
45	Wałbrzyskie	164	22,3	143	19,8	89	12,2
46	Wrocławskie	50	12,1	23	5,5	120	28,4
47	Wrocławskie	142	13,1	331	30,2	219	19,8
48	Zamojskie	15	3,1	184	38,4	96	19,8
49	Zielonogórskie	69	11,6	—	—	248	39,0

Tabela VII. Salmoneloza w Polsce. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców na zatrucie pokarmowe wywołane pał. *Salmonella* według środowiska oraz liczby ludności w miastach w 1984 r.

		Liczba zachorowań	Zapadalność
Miasto	Ogółem w tym:	7 230	32,7
	<20 tys.	2 660	59,9
	20—50 tys.	1 859	49,1
	50—100 tys.	696	24,5
	>100 tys.	2 015	18,3
Wieś		4 680	31,6
Ogółem		11 910	32,3

zarówno w miastach (48,2), jak i na wsi (44,4), od zapadalności mężczyzn (55,6; 50,2). Najwyższą zapadalność obserwowano w grupach wieku: 0—4 (miasto — 349,4, wieś 332,7; ogółem 332,4), szczególnie w wieku od 0 do 11 miesięcy (1018,7; 943,1; 985,3) (tab. IV).

Wyraźny wzrost zachorowań obserwowano od maja do sierpnia (47,6% zach.), najmniej w styczniu (4,1% zach.) (ryc. 2).

Wyższa zapadalność występowała w miastach (51,7) bez większych różnic w zależności od wielkości miast (49,1—52,6); na wsi (47,3) (tab. V)

ZATRUCIA POKARMOWE WYWOŁANE SALMONELAMI (003.0)

Zatrucia pokarmowe, podobnie jak w latach poprzednich stanowiły wciąż istotny, narastający problem epidemiologiczny. W 1984 roku zarejestrowano 11 910 zatruc pokarmowych, zapadalność 32,3 (w 1983 r. — 6312 zatruc pokarmowych, zapadalność 17,3) co oznacza wzrost o 5598 zachorowań w stosunku do roku ubiegłego i odpowiednio wzrost zapadalności.

Najwyższą zapadalność rejestrowano w województwach: gdańskim (73,6), gorzowskim (62,1), kieleckim (69,6), krosnieńskim (67,1), leszczyńskim (74,8), przemyskim (83,1), szczecińskim 70,8) i toruńskim (97,4). Zapadalność najniższą notowano w województwach: częstochowskim (6,2), kaliskim (5,8), legnickim (4,6), m. łódzkim (3,2), nowosądeckim (2,0).

Nie rejestrowano zatruc pokarmowych wywołanych pał. *Salmonella* w woj. ostrołęckim (tab. VI).

Zatrucia pokarmowe występowały częściej w miastach (7230 zach.), niż na wsi (4680 zach.) (tab. VII). Zapadalność była nieznacznie tylko wyższa w miastach (32,7) niż na wsi (31,6).

Najwyższa zapadalność występowała w miastach poniżej 20 tys. (59,9) oraz 20—50 tys. (49,1) (tab. VII).

Zachorowania i zapadalność na zatrucia pokarmowe wywołane pał. *Salmonella* wg wieku, płci i środowiska przedstawia tabela VIII. Analiza zapadalności w zależności od płci i wieku wskazuje przewagę zachorowań kobiet (3926 zach., zap. 34,2; 2491 zach., zap. 33,6), u mężczyzn (3303 zach., zap. 31,2; 2190 zach., zap. 29,6). Uwagę zwraca szczególnie wysoka liczba zatruc pokarmowych w grupach wieku 0—4 (907

Tabela VIII. Salmonelozy w Polsce. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców na zatrucia pokarmowe wywołane pał. *Salmonella* w 1984 roku według wieku, płci i środowiska

Grupy wieku	MIASTO			WIES			Ogółem
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	
0—4	296 (29,4)	256 (26,8)	552 (28,1)	190 (25,4)	165 (23,2)	355 (24,3)	907 (26,5)
0	26 (12,8)	17 (8,8)	43 (10,9)	34 (21,3)	24 (15,7)	58 (18,5)	101 (14,2)
1	39	36	75	33	30	63	138 (19,8)
2	56	46	102	27	33	60	162 (24,0)
3	79	76	155	41	37	78	233 (34,8)
4	96	81	177	55	41	96	273 (40,6)
5—9	459 (48,0)	458 (50,1)	917 (49,0)	273 (41,2)	295 (46,5)	568 (43,8)	1485 (46,9)
5	97	109	206	46	47	93	299 (45,7)
6	118	108	226	47	57	104	330 (52,4)
7	77	87	164	54	57	111	275 (43,5)
8	79	70	149	55	60	115	264 (41,6)
9	88	84	172	71	74	145	317 (51,5)
10—14	353	350	703	339	271	610	1313 (47,7)
15—19	342	298	640	195	237	432	1072 (42,6)
20—24	341	309	650	158	258	416	1066 (37,3)
25—29	303	379	682	202	217	419	1101 (32,7)
30—34	268	390	658	179	203	382	1040 (32,0)
35—39	210	316	526	156	157	313	839 (33,7)
40—44	155	235	390	91	105	196	586 (31,5)
45—49	169	216	385	78	134	212	597 (28,8)
50—54	145	235	380	100	146	246	626 (29,4)
55—59	97	159	256	87	85	172	428 (21,8)
60—64	67	126	193	61	91	152	345 (22,0)
65—74	67	111	178	57	85	142	320 (15,5)
75+	31	88	119	24	42	66	185 (13,0)
Ogółem	3303 (31,2)	3926 (34,2)	7229 (32,7)	2190 (29,6)	2491 (33,6)	4681 (31,6)	11 910 (32,3)

W nawiasach podano zapadalność.

zach., zap. 26,5), 5—9 (1485 zach., zap. 46,9) oraz 10—34 roku życia (zap. 32,0—47,7) (tab. VIII).

Zatrucia pokarmowe występowały głównie w miesiącach maj—sierpień (66,5% zach.) (ryc. 3).

3. А н у ш

САЛЬМОНЕЛЛОЗЫ — 1984 ГОД

Р е з ю м е

В 1984 году отмечено вообще (003) — 30 352 заболевания, т.е. 12 679 заболеваний больше чем в 1983 году. Заболеваемость равнялась 45,5 на 100 000 жителей. Сезонное повышение числа заболеваний наблюдало в периоде от мая

до июня (50,6%) с кульминационным пунктом в июне (16,6%). Главным этиологическим фактором были: *S. enteritidis* (60,8%), *S. typhimurium* (24,9%), *S. agona* (10,1%). В целой стране констатировано у больных 43 серологические типы. Вообще по поводу сальмонеллоз умерло 36 больных (показатель смертности 0,10/100 000), смертность 0,12. Сальмонеллозы регистрировано чаще в городах (51,7%) чем в селах (47,3%). Заболеваемость среди женщин была низшая (48,2) чем среди мужчин (55,6) так в городах как и в селах. Самую высокую заболеваемость наблюдаю в группах возраста от 0 до 4 (332,4), а особенно возраста 0—11 месяцев (1018,7). В 1984 году зарегистрировано 11 910 пищевых отравлений (003,0), заболеваемость — 32,3/100 000. Сальмонеллезных инфекций без пищевых отравлений отмечено (003,9) — 18 442, заболеваемость — 50,03/100 000.

Z. Anusz

SALMONELLOSES — 1984

Summary

In 1984 the number of notified cases was 30 352, that is 12 679 more than in 1983. The incidence was 45 per 100 thousand. The seasonal increase in the incidence was observed between May and June (50.0%) with a peak in June (16.6%). The main aetiological agent was *S. enteritidis* (60.8%), *S. typhimurium* (24.9%) and *S. agona* (10.1%). In the whole country 43 serotypes of the bacteria were recognized. The number of deaths was 36 and the mortality was 0.10 per 100 thousand (death rate 0.12). Salmonellosis were observed more frequently in towns (51.7%) than in villages (47.3%). The incidence in females was lower (48.2) than in males (55.6) both in towns and in villages. The highest incidence was in the age group 0—4 years (332.4), particularly in infants aged 0—11 months (1018.7). In 1984 11 920 alimentary poisonings were recorded the incidence was 32.3. Infection with salmonella without alimentary poisoning was noted in 18 442 cases, the incidence was 50.0 per 100 000.

Hanna Stypuikowska-Misiurewicz, Aniela Adonajło

CZERWONKA BAKTERYJNA — 1984 ROK

W 1984 roku wystąpił dalszy wzrost liczby zachorowań i zapadalności na czerwonkę. Zanotowano 8243 przypadki, o 2454 więcej niż w 1983 roku. Zapadalność wyniosła 22,3 na 100 000 (w 1983 r. — 15,8). W porównaniu z medianą w latach 1978—1982 liczba zachorowań i zapadalność były ponad 2,5-krotnie wyższe (tab. I).

Tabela I. Czerwonka w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności wg województw.

Lp	Województwo	Mediana 1978—1982		1983 r.		1984 r.	
		liczba	zapad.	liczba	zapad.	liczba	zapad.
	1	2	3	4	5	6	7
	P O L S K A	2863	8,0	5789	15,8	8243	22,3
1	St. warszawskie	297	12,7	203	8,3	78	3,3
2	Białkopodlaskie	10	3,5	11	3,8	6	2,0
3	Białostockie	8	1,3	6	0,9	3	0,5
4	Bielskie	70	3,4	28	3,3	83	9,6
5	Bydgoskie	21	2,1	42	4,0	23	2,2
6	Chelmskie	16	6,8	15	6,4	1	0,4
7	Ciechanowskie	11	2,7	11	2,7	10	2,4
8	Częstochowskie	19	2,5	6	0,8	17	2,2
9	Elbląskie	32	7,4	2816	620,3	67	14,6
10	Gdańskie	66	4,9	122	8,9	24	1,7
11	Gorzowskie	8	1,7	6	1,3	12	2,5
12	Jeleniogórskie	18	3,7	6	1,2	236	46,7
13	Kaliskie	6	0,9	3	0,4	8	1,2
14	Katowickie	41	1,1	35	0,9	443	11,3
15	Kieleckie	32	3,0	14	1,3	13	1,2
16	Konińskie	1	0,2	—	—	2	0,4
17	Koszalińskie	89	19,4	58	12,2	79	16,4
18	Miejskie krakowskie	78	6,7	38	3,2	28	2,3
19	Krośnieńskie	44	9,8	12	2,6	23	4,9
20	Legnickie	54	12,3	89	18,7	805	167,2
21	Leszczyńskie	0	0	—	—	2	0,5
22	Lubelskie	124	13,6	42	4,4	35	3,6
23	Lomżyńskie	5	1,5	12	3,6	2	0,6
24	Miejskie łódzkie	24	2,1	3	0,3	14	1,2
25	Nowosądeckie	95	15,0	68	10,5	33	5,0
26	Olsztyńskie	95	14,0	305	43,4	32	4,5

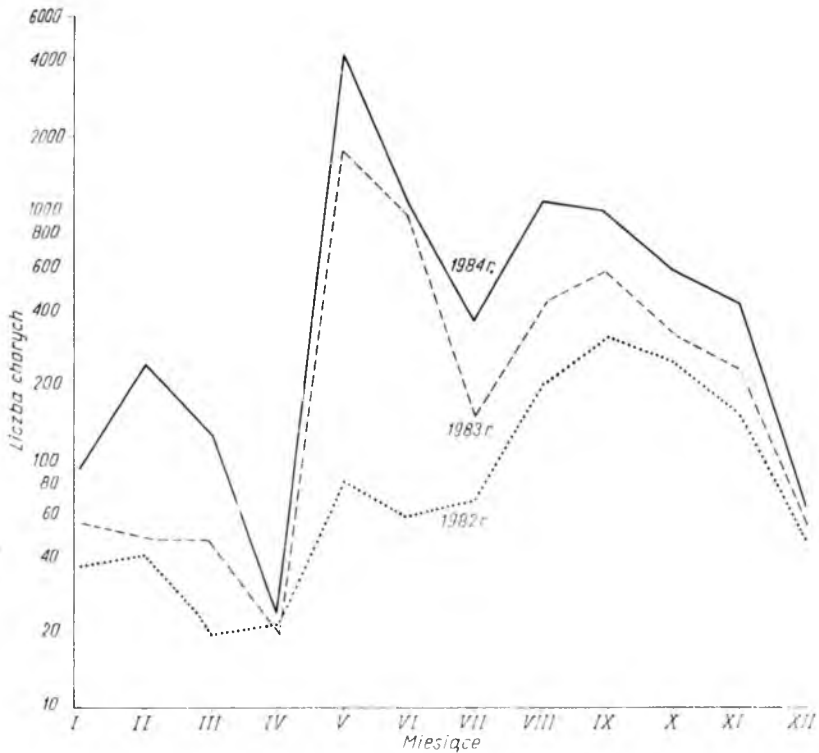
	1	2	3	4	5	6	7
27	Opolskie	16	1,7	2	0,2	1	0,1
28	Ostrołęckie	4	1,1	68	18,0	5	1,3
29	Piłskie	1	0,2	14	3,1	25	5,5
30	Piotrkowskie	50	8,1	1	0,2	2	0,3
31	Płockie	2	0,4	3	0,6	197	38,9
32	Poznańskie	30	2,5	16	1,3	765	59,6
33	Przemyskie	42	11,1	64	16,6	26	6,7
34	Radomskie	1	0,1	1	0,1	—	—
35	Rzeszowskie	147	23,1	78	11,7	84	12,4
36	Siedleckie	24	3,9	8	1,3	6	0,9
37	Sieradzkie	2	0,5	2	0,5	4	1,0
38	Skierniewickie	5	1,3	10	2,5	1	0,3
39	Słupskie	25	6,8	19	5,0	5	1,3
40	Suwalskie	196	46,7	9	2,1	6	1,4
41	Szczecińskie	46	5,2	23	2,5	363	39,1
42	Tarnobrzeskie	122	22,2	59	10,4	51	8,9
43	Tarnowskie	31	5,0	1335	214,8	42	6,7
44	Toruńskie	34	3,9	7	1,1	5	0,8
45	Wałbrzyskie	35	4,9	12	1,7	23	3,2
46	Włocławskie	1	0,2	—	—	5	1,2
47	Wrocławskie	65	6,0	74	6,8	4528	409,8
48	Zamojskie	47	9,9	23	4,8	7	1,4
49	Zielonogórskie	32	5,2	5	0,8	13	2,1

Na wysoką liczbę zachorowań i zapadalność rzutowała głównie sytuacja epidemiologiczna czerwonki w 4 województwach: wrocławskim — 4528 zachorowań, zapad. — 409,8; legnickim — 805 zachor., zapadal. — 167,2; poznańskim — 765 zachor., zapadal. — 59,6; jeleniogórskim — 236 zachor., zapadal. — 46,7. Łączna liczba zachorowań w wymienionych województwach stanowiła 76,8% całości zgłoszonych zachorowań na czerwonkę w 1984 r. W województwach — szczecińskim, katowickim i płockim — liczba zachorowań wahała się od ok. 200 do ponad 400. W 18 województwach notowano pojedyncze przypadki, a w woj. radomskim nie zanotowano żadnego zachorowania na czerwonkę, co budzi niepokój co do właściwego rozpoznawania. W 1984 r. nie notowano zgonów z powodu czerwonki.

Zaznacza się w 1984 r. nietypowa sezonowość czerwonki (podobnie jak w roku 1983). Obserwowano wzrost liczby zachorowań w zimie (luty), a po spadku w marcu i kwietniu szczyt epidemiczny wystąpił w maju i czerwcu. W okresie letnim i jesiennym, od lipca do listopada notowano wahania liczby zachorowań od 369 do 577, następnie znaczny spadek w grudniu (ryc. 1).

Zapadalność w mieście — 28,5 na 100 000 była ponad dwukrotnie wyższa niż na wsi — 13,1. Najwyższa zapadalność — 32,3 dotyczyła dużych miast o liczbie ludności powyżej 100 000, ale była również wysoka — 29,9 — w małych miastach, poniżej 20 tys. mieszkańców (tab. II).

Zapadalność na czerwonkę w miastach była 2—3 krotnie wyższa niż na wsi we wszystkich grupach wieku. Najwyższa zapadalność na wsi wystąpiła w 2 roku życia, a w mieście w 4 roku życia (tab. III). Ogólnie biorąc, zarówno w mieście jak i na wsi, obserwowano wysoką zapadalność na czerwonkę wśród dzieci w wieku od 2 do 9 lat, a najwyższą w wieku od 2 do 4 lat. Również wśród starszych dzieci i mło-



Ryc. 1. Czerwonka w Polsce. Zmiany sezonowości zachorowań w latach 1982—1984.

dzieży od 10 do 19 lat zapadalność znajduje się jeszcze na wysokim poziomie (39,1 miasto, 15,8 — wieś). Spadek zapadalności występuje wśród dorosłych w wieku powyżej 20 lat. Dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 lat stanowią 81,0% całości zachorowań na czerwonkę w 1984 r.

Porównanie zapadalności z uwzględnieniem płci wykazuje, że ogólna zapadalność jest prawie jednakowa dla obu płci (mężczyźni — 22,1,

Tabela II. Czerwonka w Polsce w 1984 r. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 wg liczby ludności w miastach

Wyszczególnienie		Liczba zachorow.	Zapad.
Ogółem:		6308	28,5
w tym:			
Miasto	<20 tys.	1329	29,9
	20—50 tys.	653	17,2
	50—100 tys.	761	26,8
	>100 tys.	3565	32,3
Wieś		1935	13,1
Ogółem		8243	22,3

Tabela III. Czerwonka w Polsce w 1984 roku. Zachorowania, zapadalność na 100 000 i podział procentowy wg wieku i środowiska

Wiek w latach	Miasto			Wieś			Ogółem		
	zach.	zap.	%	zach.	zap.	%	zach.	zap.	%
0—4	2222	113,2	35,2	761	52,1	39,3	2983	87,1	36,2
0	270	68,0	4,3	144	46,0	7,4	414	53,3	5,0
1	361	91,5	5,7	164	54,2	8,5	525	75,3	6,4
2	490	126,6	7,8	197	62,4	10,2	687	101,8	8,3
3	532	136,6	8,4	133	47,6	6,9	665	99,4	8,1
4	569	144,1	9,0	123	44,3	6,3	692	102,8	8,4
5—9	1714	91,6	27,2	450	34,7	23,3	2164	63,3	26,3
10—19	1167	39,1	18,5	360	15,8	18,6	1527	29,0	18,5
20—29	418	19,9	6,6	144	6,0	7,5	562	9,0	6,8
30—39	336	3,7	3,3	96	5,1	4,9	432	7,5	5,3
40—49	189	7,5	3,0	35	2,5	1,8	224	5,7	2,7
50—59	140	5,8	2,2	41	2,4	2,1	181	4,4	2,2
60+	122	4,5	2,0	48	2,0	2,5	170	3,4	2,0
Ogółem	6308	28,5	100,0	1935	13,1	100,0	8243	22,3	100

kobiety — 22,5), jednakże w poszczególnych grupach wieku zaznaczają się nieznaczne różnice. Wyższa zapadalność kobiet jest szczególnie wyraźna w starszych grupach wieku: od 10 do 19 lat, od 20 do 29 lat, a także od 40 do 59 lat; również wśród dzieci w wieku 1 roku, 2 lat, 4 lat i od 5—9 lat — zapadalność wśród dziewczynek jest wyższa niż wśród chłopców (tab. IV).

W 1984 r. obserwowano rozległe epidemie, które wystąpiły we wczesnej porze roku, poza okresem typowego, letnio-jesiennego wzrostu zachorowań na czerwonkę, stanowiąc jakby kontynuację epidemii z roku poprzedniego w województwach: tarnowskim, elbląskim i w szczególności w olsztyńskim, gdzie wystąpiła epidemia zachorowań czerwonkopodobnych, wywołanych przez enteroinwazyjny szczep *E. coli*.

W roku 1984 najwcześniejszą była epidemia rozpoznana w woj. szczecińskim. Rozpoczęła się w rejonie Kamienia Pomorskiego w okresie zimowej przerwy zajęć szkolnych w końcu stycznia, w końcu lutego przeniosła się do Gryfic i prawobrzeżnego Szczecina, a w marcu dotarła do Swinoujścia. W sumie zgłoszono 303 zachorowania. *S. sonnei* izolowano od 253 osób z 1043 (25%) bakteriologicznie badanych chorych z objawami nieżytu żołądkowo-jelitowego.

Największa epidemia wystąpiła w woj. wrocławskim w maju i czerwcu 1984 r. W sumie zachorowało 4495 osób głównie w Miliczu (1934 osoby) i dzielnicy Wrocław-Fabryczna (1744), ale 807 osób chorowało na innych terenach woj. wrocławskiego a 10 zachorowań kontaktowych zgłoszono z innych województw. Pierwsze zachorowania z objawami zatrucia pokarmowego wystąpiły w dniach 9—10 maja 1984 r. wśród dzieci w żłobkach i przedszkolach, następne zgłoszono z poradni dziecięcych. Drugi rzut zachorowań obserwowano w dniach 14 i 15 maja 1984 r.; 70% zachorowań dotyczyło dzieci do lat 14. Przebieg zachorowań był na ogół łagodny, hospitalizowano 203 osoby.

Jest to jedyna epidemia czerwonki w roku 1984, w której ustalono

źródło zakażenia: twaróg wyprodukowany w Zakładach Mleczarskich w Miliczu. Pobrane próbki sera, również i śmietany wykazywały znaczne zakażenie pałeczką okrężnicy, a ponadto u 8 pracowników mleczarni i 3 pracowników zlewni mleka stwierdzono w kale obecność *S. sonnei*; trzy osoby podawały dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

W ramach dochodzeń epidemiologicznych zbadano 29185 próbek kału, izolując *S. sonnei* od 745 chorych i 180 osób zdrowych zakażonych bezobjawowo.

Również w maju (14.V) wystąpiły zachorowania we Wrześni a następnie w okolicznych wsiach i gminach na terenie woj. poznańskiego. Do 30 czerwca zarejestrowano 1031 przypadków podejrzanych, hospitalizowano 164 chorych. Potwierdzono bakteriologicznie 261 zachorowań oraz izolowano *S. sonnei* od 62 osób mających styczność z chorymi.

Epidemia czerwonki w Głogowie i jego okolicach na terenie woj. legnickiego trwała od 20.VI. do 3.IX. Rozpoznano czerwonkę u 690 chorych głównie do lat 14. Badaniami bakteriologicznymi objęto 6912 osób uzyskując najwyższy procent potwierdzeń bakteriologicznych — 36%. Izolację *S. sonnei* uzyskano od 584 osób spośród 1625 chorych z objawami biegunki i od 69 spośród 511 osób badanych z otoczenia chorych. Ponadto u 67 osób stwierdzono bezobjawowe nosicielstwo.

W okresie sezonowego wzrostu zachorowań na czerwonkę, epidemie czerwonki o różnym zasięgu wystąpiły w różnych instytucjach dziecięcych na terenie województw: legnickiego (27 chorych), wałbrzyskiego, miejskiego łódzkiego, lubelskiego, bydgoskiego i koszalińskiego.

Niektóre epidemie czerwonki rozpoczynały się objawami zatrucia pokarmowego jak np. w woj. poznańskim — 13 osób, legnickim — 40 osób i w Zabrze w woj. katowickim, gdzie zarejestrowano 767 zachorowań; od 224 chorych izolowano *S. sonnei*, w otoczeniu chorych wy-

Tabela IV. Czerwonka w Polsce w 1984 r. Zachorowania, zapadalność na 100 000 i podział procentowy wg wieku i płci

Wiek w latach	Mężczyźni			Kobiety			Ogółem		
	zach.	zap.	%	zach.	zap.	%	zach.	zap.	%
0—4	1479	84,3	37,1	1504	90,1	35,3	2983	87,1	36,2
0	221	60,8	5,5	193	55,7	4,5	414	58,3	5,6
1	256	71,6	6,4	269	79,2	6,3	525	75,3	6,4
2	321	92,8	8,1	366	111,3	8,6	687	101,8	8,3
3	350	102,2	8,8	315	96,5	7,4	665	99,4	8,1
4	331	96,0	8,3	361	110,1	8,5	692	102,8	8,4
5—9	1097	67,7	27,5	1067	68,9	25,1	2164	68,3	26,3
10—19	727	27,0	18,3	300	31,1	18,8	1527	29,0	18,5
20—29	257	8,1	6,4	305	10,0	7,2	562	9,0	6,8
30—39	208	7,2	5,2	224	7,9	5,2	432	7,5	5,3
40—49	78	4,0	2,0	146	7,3	3,4	224	5,7	2,7
50—59	73	3,8	1,8	108	5,0	2,6	181	4,4	2,2
60+	67	3,3	4,2	103	3,4	2,4	170	3,4	2,0
Ogółem	3986	22,1	100	4257	22,5	100,0	8243	22,3	100,0

kryto 109 nosicieli *S. sonnei*. Również w Raciborzu było 192 chorych podejrzanych i 118 potwierdzonych jako zachorowania na czerwonkę.

Na ogół w epidemiach czerwonki występowały zachorowania z objawami nieżytu żołądkowo-jelitowego.

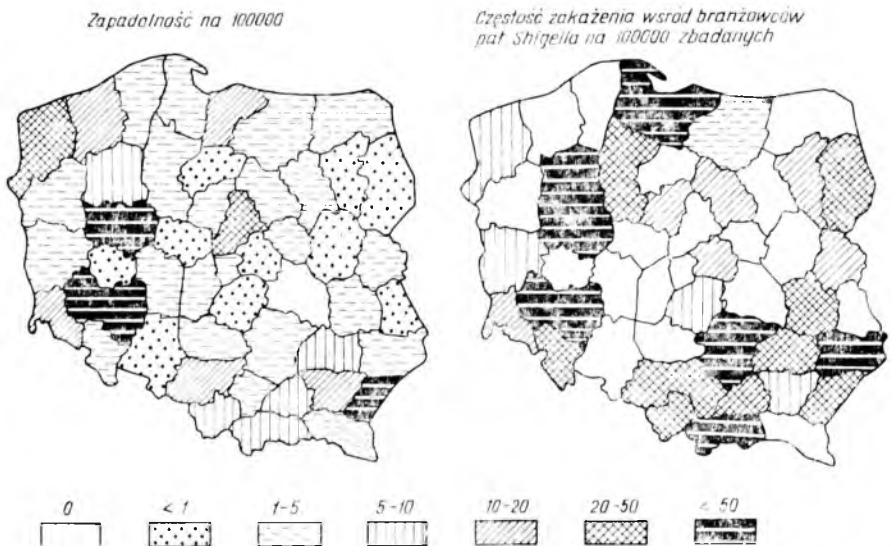
W Płocku zarejestrowano 578 chorych z objawami nieżytu żołądkowo-jelitowego; u 190 osób rozpoznano czerwonkę przy czym w środowiskach przedszkolnych chorowało 13,6% dzieci, a tylko 1,2% osób z personelu.

Rozpoznanie czerwonki uzależnione jest od wyniku bakteriologicznego badania kału, toteż w roku 1984 wzrosła liczba osób zbadanych o 160 417 w porównaniu do roku 1983. Wzrosła liczba zbadanych osób chorych (o 19%), ozdrowieńców (o 75%), nosicieli (o 67%) i osób ze styczności z chorym (o 38%). W niewielkim tylko stopniu wzrosła liczba zbadanych pracowników branżowych (o 3,9%). O poprawie efektywności badań bakteriologicznych świadczy wzrost liczby osób, u których stwierdzono zakażenie pałeczką czerwonki — 5046 (w 1983 roku tylko 3301). Poprawa wykrywalności wydalania pałeczki czerwonki dotyczy tylko niektórych województw: w 19 województwach nie wykryto ani jednego pracownika branżowego wydalającego *Shigella* a w woj. radomskim nie wykryto nawet ani jednego chorego na czerwonkę (ryc. 2).

Nadal głównie izoluje się *S. sonnei* 96,8%, znacznie rzadziej *S. flexneri* — 3,1%, tylko wyjątkowo *S. boydii* 0,05% i *S. dysenteriae* 0,05%. Dominującym wśród *S. flexneri* stał się typ 6 (tab. V).

Przegląd lekooporności szczepów nadesłanych do Krajowego Ośrodka *Shigella* wykazał, że w większości są one wrażliwe na sulfonamidy — 60% i biseptol — 70%; około 95% szczepów jest wrażliwych na tetracykliny, kolistynę i gentamycynę, a 100% na furazolidon i chloramfenikol.

Typowanie szczepów *S. sonnei*, pochodzących z różnych województw wykazało, że różnią się one właściwościami kolicynogennymi i zawarto-



Ryc. 2. Czerwonka bakteryjna w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000. Częstość zakażenia wśród branżowców pał. *Shigella* na 100 000 zbadanych.

Tabela V. Występowanie zakażenia pałeczką *Shigella* wśród osób badanych w 1984 r. (materiał opracowano na podstawie sprawozdań rocznych — WSSE, formularz Mz/E-II-17/)

Badani	Liczba zbadanych osób	Liczba osób od których izolowano <i>Shigella</i>	S. sonnei	Gatunki							S. boydii	S. dysenteriae	Częstość wyhodowania <i>Shigella</i> w ‰
				S. flexneri									
				razem	typ 6	typ 3a	typ 2a	typ 4a	inne	nieok.			
Chorzy	311909	3224	3163	58	9	7	3	—	24	15	1	2	1,0
Ozdrowieńcy	34251	485	479	6	1	2	—	—	1	2	—	—	1,4
Nosiciele zarejestrowani	16266	79	72	7	2	—	3	—	1	1	—	—	0,5
Osoby ze styczności z chorym	197465	950	921	29	11	4	2	3	4	5	—	—	0,5
Pracownicy branżowi	929697	308	250	57	25	4	2	3	12	11	1	—	0,03
Razem	1489588	5046	4885	157	48	17	10	6	42	34	2	2	0,33
% udział	—	100,0	96,8	3,1							0,05	0,05	—

ścią plazmidów, co świadczy o braku związku przyczynowego między tymi epidemiami.

Wzrost liczby rejestrowanych w 1984 r. zachorowań na czerwonkę, można uznać jako wskaźnik postępującej poprawy jakości badań laboratoryjnych i aktywniej działalności służby sanitarno-epidemiologicznej; należy jednak przypuszczać, że zachorowania na czerwonkę nie są jeszcze w dostatecznym stopniu rejestrowane; dla porównania można dodać, że w NRD zapadalność na czerwonkę jest na ogół wyższa (np. w 1982 r. wyniosła 30,0 na 100 000).

X. Стыпулковска - Мисюревич, А. Адонайло

БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ — 1984 ГОД

Резюме

Отмечено 8243 заболевания дизентерией, заболеваемость равнялась 22,3 на 100 000 и была сверх 2,5 раза высшая чем медиана заболеваний в годах 1978—1982. Заболеваемость в городах — 28,5 была больше чем двухкратно высшая как в селах — 13,1 на 100 000. Самая высокая заболеваемость появилась в больших городах с числом населения выше 100 000. В городах дизентерией болели чаще всего дети возраста 4 лет (заболеваемость 144,1), в селах — дети возраста 2 лет (заболеваемость 68,4). Не было значительных различий заболеваемости в зависимости от пола, но в отдельных группах возраста отмечено высшую заболеваемость у женщин. Среди больших эпидемии в 1984 году к самым многочисленным принадлежала эпидемия во вроцлавском воеводстве, когда зарегистрировано 4495 заболеваний, а источником инфекции был творог, произведенный в молочном заведении. В дальнейшем изолируется главным образом *S. sonnei* (96,8‰), реже — *S. flexneri* (3,1‰) а исключительно *S. boydii* (0,05‰) и *S. dysenteriae* (0,05‰).

H. Stypułkowska-Misiurewicz, A. Adonajło

BACTERIAL DYSENTERY

Summary

In 1984 the morbidity due to the dysentery was 8242, the incidence was 22.3 per 100 thousand, and it was over 2.5 times higher than the median incidence in the years 1978—1982. The incidence in towns was 20.5 and it was over twice as high as in rural areas — 13.1. The highest morbidity — 32.3 was observed in large towns with over 100 000 populations. In towns the disease was most frequent in children aged 4 years (incidence 144.1) and in villages those aged 2 years (incidence 68.4). There were no significant differences in the incidence related to sex, but in various age groups the incidence was somewhat higher in females. Among major epidemics occurring in 1984 the greatest was that in the Province of Wrocław with 4495 cases, and the source of infection was cottage cheese produced in a dairy plant. The isolated *Shigella* species were: *S. sonnei* (96.8%), *S. flexneri* (3.1%), *S. boydii* (0.05%) and *S. dysenteriae* (0.05%).

Aniela Adonajło, Marta Maruszczyk

ZATRUCIA POKARMOWE — 1984 ROK

W 1984 r. w Polsce zanotowano 16 791 przypadków zatruc pokarmowych; zapadalność wyniosła 45,5 na 100 000. Był to znaczny wzrost liczby zachorowań i zapadalności w porównaniu z 1983 r. (10 870 przypadków, zapad. 29,7), jak również z medianą w latach 1978—1982 (9443 zachor., zapad. 27,0) (tab. I).

Tabela I. Zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg województw

Lp.	Województwo	Mediana 1978—1982		1983		1984	
		zacho- row.	zapa- daln.	zacho- row.	zapa- daln.	zacho- row.	zapa- daln.
1		2	3	4	5	6	7
	POLSKA	9443	27,0	10870	29,7	16791	45,5
1	St. warszawskie	196	8,5	249	10,5	763	32,0
2	Białkopodlaskie	41	14,4	121	41,5	144	48,8
3	Białostockie	236	36,9	184	28,1	266	40,1
4	Bielskie	261	32,0	428	50,1	263	30,5
5	Bydgoskie	473	45,6	249	23,5	583	54,6
6	Chełmskie	10	4,4	76	32,3	63	26,4
7	Ciechanowskie	10	2,4	348	84,7	120	28,9
8	Częstochowskie	33	4,4	41	5,4	54	7,1
9	Elbląskie	109	25,1	105	23,1	174	37,8
10	Gdańskie	303	23,2	317	23,2	1188	86,0
11	Gorzowskie	246	52,2	373	79,2	425	89,2
12	Jeleniogórskie	189	38,4	155	31,0	266	52,6
13	Kaliskie	54	8,1	39	5,7	53	7,7
14	Katowickie	496	13,1	257	6,6	418	10,8
15	Kieleckie	273	25,6	715	65,9	968	88,2
16	Konińskie	113	26,3	91	20,3	77	17,0
17	Koszalińskie	144	38,8	423	89,1	599	124,6
18	M. krakowskie	194	16,6	119	10,0	285	23,7
19	Krośnieńskie	351	79,6	210	45,6	489	104,5
20	Legnickie	221	47,1	147	30,9	49	10,2
21	Leszczyńskie	29	8,1	40	10,9	303	81,8
22	Lubelskie	69	7,4	318	33,1	931	95,8
23	Łomżyńskie	26	8,0	53	16,0	103	30,7
24	M. łódzkie	226	20,2	114	10,0	179	15,6
25	Nowosądeckie	68	10,7	151	23,4	75	11,4

	1	2	3	4	5	6	7
26	Olsztyńskie	125	18,0	550	78,3	469	65,8
27	Opolskie	147	15,2	192	19,4	255	25,5
28	Ostrołęckie	18	4,9	41	10,9	5	1,3
29	Pilskie	234	54,4	379	84,1	180	39,3
30	Piotrkowskie	67	11,1	47	7,6	170	27,2
31	Płockie	180	36,1	264	52,6	277	54,7
32	Poznańskie	238	19,7	294	23,2	759	59,1
33	Przemyskie	80	21,2	192	49,7	383	98,0
34	Radomskie	24	3,4	55	7,7	319	44,2
35	Rzeszowskie	102	15,5	72	10,8	516	76,0
36	Siedleckie	207	33,4	407	65,0	358	56,7
37	Sieradzkie	100	25,9	48	12,1	151	37,9
38	Skierniewickie	110	28,0	272	67,6	59	14,5
39	Słupskie	130	35,4	260	68,1	266	68,5
40	Suwalskie	111	26,4	341	78,6	216	49,0
41	Szczecińskie	567	63,4	503	54,7	782	84,2
42	Tarnobrzeskie	69	12,6	152	26,8	313	54,3
43	Tarnowskie	116	18,8	30	4,8	356	56,4
44	Toruńskie	79	12,8	120	19,2	660	104,7
45	Wałbrzyskie	258	35,8	295	40,7	330	45,2
46	Włocławskie	112	27,1	176	42,0	206	48,7
47	Wrocławskie	313	29,6	573	52,3	476	43,1
48	Zamojskie	71	14,9	227	47,3	134	27,7
49	Zielonogórskie	116	19,3	57	9,1	313	49,3

Hospitalizacją objęto 5750 chorych (34,2%).

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: koszalińskim — 124,6, krośnieńskim — 104,5, toruńskim — 104,7, przemyskim — 98,0 i lubelskim — 95,8 na 100 000. Najniższą zapadalność, poniżej 10 zachorowań na 100 000 stwierdzono w woj.: częstochowskim, kaliskim, ostrołęckim (tab. I).

W miastach notowano większą liczbę zatruc pokarmowych i większą zapadalność niż na wsi; miasto — liczba zachorowań — 10 277, zapad. 46,3; wieś — liczba zachorowań — 6564, zapad. 44,3 na 100 000 (tab. II). Szczególnie wysoką zapadalność notowano w małych miastach, o liczbie ludności poniżej 20 tysięcy — 84,6/100 000. W miastach o większej liczbie ludności zapadalność ulegała obniżeniu do 62,7 (od 20 do 50 tys. ludności), 32,5 (od 50 do 100 tys. ludności) i 28,8 w miastach liczących powyżej 100 000 mieszkańców.

Tabela II. Zatrucia pokarmowe w Polsce w 1984 r. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach

	L. zachor.	Zapadal.	
	Ogółem	10 227	46,3
	w tym:		
Miasto	20 tys.	3 758	84,6
	20—50 tys.	2 375	62,7
	50—100 tys.	921	32,5
	100 tys.	3 173	28,8
Wieś	6 564	44,3	
Razem	16 791	45,5	

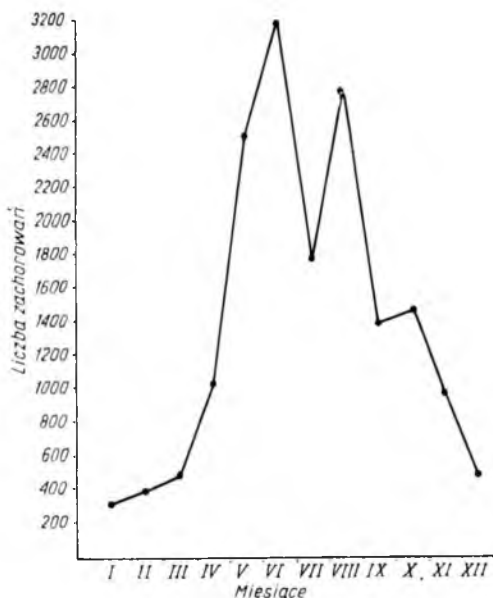
Tabela III. Zatrucia pokarmowe w Polsce w 1984 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 wg wieku, płci i środowiska

Grupy wieku	Miasto			Wieś			Ogółem			zapadal.
	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	
0—4 zapad.	365 36,3	318 33,2	683 34,8	261 34,9	231 32,4	492 33,7	626 35,7	549 32,9	1175	34,3
0	30	23	53	41	31	72	71	54	125	17,6
1	45	43	88	41	38	79	86	81	167	23,9
2	72	65	137	39	47	86	111	112	223	33,0
3	101	91	192	60	56	116	161	147	308	46,0
4	117	96	213	80	59	139	197	155	352	52,3
5—9 zapad.	618 64,6	642 70,2	1260 67,3	373 56,3	386 60,8	759 58,5	991 61,2	1028 66,4	2019	63,7
5	127	135	262	65	72	137	192	207	399	60,9
6	142	131	273	75	73	148	217	204	421	66,8
7	104	112	216	65	70	135	169	182	351	55,5
8	114	114	228	72	75	147	186	189	375	59,0
9	113	150	281	96	96	192	227	246	473	76,9
10—14	544	658	1202	468	418	886	1012	1076	2088	75,9
15—19	588	487	1075	277	355	632	865	842	1707	67,8
20—24	419	414	833	228	346	574	647	760	1407	49,2
25—29	432	497	929	302	282	584	734	779	1513	44,9
30—34	382	516	898	257	275	532	639	791	1430	43,9
35—39	307	421	728	223	205	428	530	626	1156	46,4
40—44	207	308	515	141	134	275	348	442	790	42,4
45—49	220	284	504	128	171	299	348	455	803	38,7
50—54	201	313	514	133	184	317	334	497	831	39,1
55—59	150	217	367	139	125	264	289	342	631	32,2
60—64	97	161	258	81	140	221	178	301	479	30,6
65—74	116	190	306	84	128	212	200	318	518	25,0
75+	45	110	155	38	51	89	83	161	244	17,2
Ogółem zapad.	4691 44,2	5536 48,2	10227 46,3	3133 42,4	3431 46,2	6564 44,3	7824 43,5	8967 47,4	16791	45,5

Ogólna zapadalność kobiet — 47,4 była wyższa niż mężczyzn — 43,5; przewaga kobiet w zapadalności była zaznaczona zarówno w mieście, jak i na wsi (tab. III).

Porównanie zapadalności według grup wieku wykazuje: wśród dzieci od 0 do 4 lat średnia zapadalność wynosi 34,3 na 100 000 i wzrasta z wiekiem; od 17,6 wśród niemowląt do 52,3 wśród dzieci w wieku 4 lata. Znacznie wyższą zapadalność notuje się wśród dzieci w wieku od 5 do 9 lat; wynosi ona średnio — 63,7 na 100 000, a wśród dzieci w wieku 9 lat — 76,9. Wysoką zapadalność stwierdzono też wśród starszych dzieci od 10 do 14 lat — 75,9 oraz wśród młodzieży od 15 do 19 lat — 67,8/100 000. W starszych grupach wieku zapadalność stopniowo spada do najniższego poziomu — 17,2 u osób w wieku 75 lat i więcej (tab. III).

Rozkład sezonowy zatruc pokarmowych według miesięcy wykazuje



Ryc. 1. Zatrucia pokarmowe w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

największe nasilenie zachorowań w okresie wiosenno-letnim, od maja do sierpnia, ze szczytem w czerwcu i najmniejszą liczbę zachorowań w styczniu i lutym (ryc. 1).

Porównanie zapadalności na zatrucia pokarmowe według czynnika etiologicznego wykazuje, że największą rolę odgrywają pał. *Salmonella*, które były przyczyną 11 910 zachorowań, przy zapadalności 32,3/100 000. Wartości te były znacznie wyższe, niż w 1983 r. gdy pał. *Salmonella* wywołały 6312 zachorowań, a zapadalność wyniosła 17,3 na 100 000 (tab. IV).

Tabela IV. Zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1978—1984. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 wg czynnika etiologicznego

Czynnik etiologiczny	1978—1982 mediana		1983		1984	
	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l zach.	zapad.
Czynnik bakter. ogółem	8541	24,4	10369	28,4	16230	44,0
<i>Cl. botulinum</i>	387	1,1	643	1,8	538 *)	1,5
<i>Salmonella</i>	5133	14,7	6312	17,3	11910	32,3
Gronkowce	586	1,6	985	2,7	635	1,7
Inne	2852	8,1	2429	6,6	3147	8,5
Grzyby	503	1,4	381	1,0	512	1,4
Chemiczne	97	0,3	120	0,3	49	0,1
Ogółem	9443	27,0	10870	29,7	16791	45,5

*) wg danych zweryfikowanych w PZH — liczba zachorowań wyniosła 541

Tabela V. Zatrucia pokarmowe w Polsce w 1984 r. wg czynnika etiologicznego i kwartałów roku

Czynnik		Kwartały				Ogółem
		I	II	III	IV	
Zatrucia bakter. ogółem	liczba %	826 5,1	5417 33,4	6037 37,2	3050 24,3	16230 100,0
Zatrucia pałecz. <i>Salmonella</i>	liczba %	351 1,9	4500 37,8	4299 36,1	2760 23,2	11960 100,0
Zatrucia enterotoksyną gronk.	liczba %	51 8,0	127 20,1	300 47,2	157 24,7	635 100,0
Zatrucia jadem kielbasianym	liczba %	124 23,0	137 25,5	173 32,2	104 19,3	538 100,0
Zatrucia grzybami	liczba %	13 2,5	15 3,0	164 32,0	320 62,5	512 100,0
Zatrucia środ. chemicznymi	liczba %	3 6,1	7 14,3	25 51,0	14 28,6	49 100,0
Ogółem						16791

Tabela VI. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w Polsce w latach 1983—1984. Liczba ognisk, liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 wg województw

Lp.	Województwo	1983			1984		
		liczba ognisk	liczba zachor.	zapad. na 100 00	liczba ognisk	liczba zachor.	zapad. na 100 00
	1	2	3	4	5	6	7
	POLSKA	229	7396	20,2	322	11080	30,0
1	St. warszawskie	7	163	6,9	14	687	28,8
2	Białkopodlaskie	6	111	38,1	5	124	42,1
3	Białostockie	10	186	38,4	7	175	26,4
4	Bielskie	17	370	43,3	8	209	24,3
5	Bydgoskie	4	38	3,6	15	293	27,4
6	Chełmskie	1	26	11,0	1	36	15,1
7	Ciechanowskie	5	322	1,7	7	103	24,8
8	Częstochowskie	3	63	8,3	2	37	4,9
9	Elbląskie	1	12	2,6	8	82	17,8
10	Gdańskie	3	136	9,9	5	127	9,2
11	Gorzowskie	10	321	68,2	10	241	50,6
12	Jeleniogórskie	7	123	24,6	5	180	35,6
13	Kaliskie	—	—	—	—	—	—
14	Katowickie	7	161	4,2	12	326	8,4
15	Kieleckie	11	606	55,9	10	771	70,3
16	Konińskie	3	56	12,5	2	30	6,6
17	Koszalińskie	11	405	85,3	17	473	98,4

	1	2	3	4	5	6	7
18 M. krakowskie		2	55	4,6	—	—	—
19 Krośnieńskie		5	70	15,2	7	356	76,1
20 Legnickie		4	75	15,7	1	5	1,0
21 Leszczyńskie		1	13	3,5	4	418	112,8
22 Lubelskie		6	241	25,1	21	950	97,7
23 Łomżyńskie		—	—	—	2	89	26,5
24 M. łódzkie		3	44	3,8	3	89	7,8
25 Nowosądeckie		9	139	21,5	5	70	10,7
26 Olsztyńskie		1	472	67,2	3	253	35,5
27 Opolskie		1	47	4,7	—	—	—
28 Ostrołęckie		3	65	17,3	—	—	—
29 Piłskie		1	186	41,3	1	106	23,1
30 Piotrkowskie		2	19	3,1	8	112	17,9
31 Płockie		4	132	26,3	10	96	19,0
32 Poznańskie		6	121	31,3	22	647	50,4
33 Przemyskie		6	180	46,6	7	345	88,2
34 Radomskie		4	46	6,4	5	300	41,6
35 Rzeszowskie		2	19	2,8	—	—	—
36 Siedleckie		2	286	45,7	6	243	38,5
37 Sieradzkie		1	10	2,5	4	109	27,4
38 Skierniewickie		3	207	51,4	2	29	7,1
39 Słupskie		2	222	58,1	6	179	46,1
40 Suwalskie		4	143	33,0	4	210	47,7
41 Szczecińskie		5	275	3,0	5	528	56,8
42 Tarnobrzeskie		3	116	20,4	8	166	28,9
43 Tarnowskie		1	8	1,3	14	319	50,6
44 Toruńskie		5	35	5,6	13	540	85,6
45 Wałbrzyskie		12	239	33,0	10	277	37,9
46 Włocławskie		7	130	31,0	4	109	25,8
47 Wrocławskie		12	462	42,2	9	254	23,0
48 Zamojskie		4	211	44,0	4	89	18,4
49 Zielonogórskie		2	29	4,6	6	298	46,9

W 1984 r. spadła liczba zatruc pokarmowych, wywołanych enterotoksyną gronkowcową: notowano 635 zachorowań, zapad. — 1,7. Mniej było niż w poprzednim okresie zatruc pokarmowych wywołanych środkami chemicznymi: 49 przypadków, zapad. 0,1. Wzrosła natomiast liczba zatruc grzybami: 512 przypadków, zapad. — 1,4.

Sezonowy rozkład zatruc pokarmowych według kwartałów roku i czynnika etiologicznego wykazuje, że zatrucia bakteryjne występują najczęściej w III kwartale (37,2%) i w II kwartale (33,4%); w wymienionych okresach notuje się najwięcej zatruc pokarmowych, wywołanych pałeczką *Salmonella*. Zatrucia o etiologii gronkowcowej występują głównie w III kwartale (47,2%). To samo dotyczy zatruc jadem kiełbasianym (32,2%). Zatrucia grzybami występują najczęściej w IV kwartale (62,5%) i mniej w III kwartale (32,0%). Zatrucia pokarmowe środkami chemicznymi notuje się głównie w III kwartale — 51,0% i rzadziej w IV kwartale — 28,6% (tab. V).

W ogólnej liczbie 16 230 zatruc pokarmowych o etiologii bakteryjnej, 11 080 zachorowań — 68,3% przypada na zbiorowe zatrucia pokarmowe (obejmujące po 4 i więcej przypadków). Zbiorowe zatrucia pokarmowe wystąpiły w 322 ogniskach na terenie 44 województw. W porównaniu z 1983 r. zaznaczył się wzrost liczby ognisk, liczby zachorowań i zapadalności (tab. VI). Liczne ogniska zbiorowych zatruc pokarmowych występowały w wojew.: poznańskim, koszalińskim, bydgoskim, st. warszawskim, tarnowskim (od 18 do 22 ognisk). Nie rejestrowano ognisk zbioro-

wych zatruc pokarmowych w woj.: kaliskim, m. krakowskim, opolskim, ostrołęckim, rzeszowskim.

W ogólnej liczbie chorych odsetek dzieci do lat 14 stanowił 32,5%.

W 8 województwach wystąpiły duże epidemie zatruc pokarmowych, liczące powyżej 200 zachorowań każda. Największą epidemię notowano w woj. kieleckim — 510 zachorowań (tab. VII). Przyczyną zachorowań w tym ognisku był salceson, a czynnikiem etiologicznym *S. enteritidis*. Ten sam czynnik etiologiczny, pał. *S. enteritidis*, odegrał rolę w pozostałych dużych epidemiach, a źródłem zakażenia były lody (3 ogniska w woj. przemyskim, radomskim i toruńskim), ciastka (2 ogniska w woj. leszczyńskim i szczecińskim), kielbasa (1 ognisko w woj. krośnieńskim) i potrawy różne w woj. siedleckim.

Ogólnie biorąc, w ogniskach zbiorowych zatruc pokarmowych, pałeczki *Salmonella* stanowiły czynnik etiologiczny w 222 ogniskach (75,5%), w których wystąpiło 8462 zachorowania (80,3%). W tej liczbie ognisk i zachorowań największą rolę odegrała pałeczka *S. enteritidis* (79,3% ognisk, 84,4% zachorowań). Znacznie mniejszą rolę wykazała pałeczka *S. typhimurium* (16,7% ognisk, 12,6% zachor.). W nielicznych ogniskach stwierdzono jako czynniki etiologiczne: *S. newport*, *S. manhattan*, *S.*

Tabela VII. Zbiorowe zatrucia pokarmowe w Polsce w 1984 r. Duże epidemie — powyżej 200 zachorowań

Województwo (miejscowość)	Liczba zachor.	Czynnik etiologiczny	Zakażony produkt	Środowi- sko	Miesiąc
1. Przemyskie (Przemysł)	247	<i>S. enteritidis</i>	lody	rozsiane	IV
2. Radomskie (Warka)	228	<i>S. enteritidis</i> <i>S. gallinarum</i> <i>Staphylococ- cus</i>	lody	rozsiane	V
3. Kieleckie (Gminy: Charsznice, Zarogów, Pojełowice)	510	<i>S. enteritidis</i>	salceson	rozsiane	V
4. Leszczyńskie (Gostyń)	367	<i>S. enteritidis</i>	ciastka	rozsiane	VI
5. Toruńskie (Brodnica)	410	<i>S. enteritidis</i>	lody	rozsiane	VI
6. Krośnieńskie (Iwonicz Zdrój)	223	<i>S. enteritidis</i>	kielbasa	hotele i zakł. śl. zdr.	VIII
7. Siedleckie (Łazy)	206	<i>S. enteritidis</i>	potr. różne	kolonie	VIII
8. Szczecińskie (Swinoujście)	257	<i>S. enteritidis</i>	ciastka	rozsiane	X
Razem	2448				

Tabela VIII. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w Polsce w latach 1983—1984. Liczba ognisk, liczba zachorowań i procent w zależności od czynnika etiologicznego

Czynnik etiologiczny	1983				1984			
	Ogniska		Zachorow.		Ogniska		Zachorow.	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bakteryjny (określ.)	201	87,8	6944	93,9	294	91,3	10535	95,1
<i>Salmonella</i> (ogółem)	131	65,2	5250	75,6	222	75,5	8462	80,3
w tym:								
<i>S. enteritidis</i>	92	70,2	3482	66,3	176	79,3	7139	84,4
<i>S. typhimurium</i>	35	26,7	1589	30,3	37	16,7	1064	12,6
<i>S. bovis morbilligans</i>	1	0,8	5	0,1	—	—	—	—
<i>S. heidelberg</i>	1	0,8	6	0,1	2	0,9	25	0,3
<i>S. newport</i>	—	—	—	—	1	0,4	19	0,1
<i>S. manhattan</i>	—	—	—	—	1	0,4	4	0,05
<i>S. thompson</i>	—	—	—	—	1	0,4	126	1,5
<i>S. hadar</i>	—	—	—	—	2	0,9	21	0,3
<i>S. ent.</i> + <i>S. typhim.</i>	2	1,5	168	3,2	2	0,9	73	0,9
<i>Staphylococcus</i>	30	14,9	940	13,5	20	6,8	433	4,6
<i>Cl. botulinum</i>	9	4,5	44	0,6	11	3,7	42	0,4
Inny czynnik bakteryjny (określ.)	13	6,5	317	4,6	19	3,4	340	3,2
Mieszana flora bakteryjna	18	9,0	393	5,7	31	10,5	1208	11,5
Bakteryjny określ.	201	100,0	6944	100,0	294	100,0	10535	100,0
Bakteryjny nieokreślony	28	12,2	452	6,1	28	8,7	545	4,9
Bakteryjne — ogółem	229	100,0	7396	100,0	322	100,0	11080	100,0

thompson — w pojedynczych ogniskach oraz *S. heidelberg*, *S. hadar* — po 2 ogniska (tab. VIII). Porównanie z 1983 rokiem wykazuje znaczny spadek liczby ognisk i zachorowań, wywołanych przez pał. *S. typhimurium* oraz enterotoksynę gronkowcową.

W większości ognisk źródłem zakażenia były potrawy mięsne, zwłaszcza potrawy z mięsa rozdrobnionego i podrobów (38,5% ognisk, 35,1% zachorowań). Na drugim miejscu pod względem częstości zakażonych produktów znajdowały się lody, ciastka i desery: 26,1% ognisk i 36,2% zachorowań (tab. IX). Mniejszą rolę odegrały ryby, nabiał i jaja. Analiza zbiorowych zatruc pokarmowych z uwzględnieniem środowiska wykazała, że większą rolę niż w 1983 r. odgrywały środowiska rodzinne: w sumie notowano 174 ogniska rodzinne (54,7%) z liczbą 4191 zachorowań (37,8%) (tab. X). Ognisk rozsianych (związanych wspólnym źródłem zakażenia) było 31 (9,6%), ale objęły one 2251 zachorowań (20,3%). W porównaniu z 1983 r. było więcej ognisk i zachorowań w ośrodkach wypoczynkowych i znacznie więcej w zakładach służby zdrowia (19 ognisk 5,9%) oraz 1247 zachorowań (11,3%).

W 1984 r. z powodu bakteryjnych zatruc pokarmowych (nr klas. 005) zmarły 2 osoby; umieralność ogólna — 0,06. W województwie katowickim zmarły 4 osoby (umier. — 0,1), w woj. elbląskim — 3 osoby (umie-

Tabela IX. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w Polsce w 1984 r. Udział poszczególnych grup produktów żywnościowych w zależności od czynnika etiologicznego

Produkt żywnościowy	Czynnik etiologicz.		Salmonella		Staphylococcus		Cl. botulinum		inny czyn. bakteryjny		Nieokreśl.		Ogółem		‰	
			O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z
			O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z	O	Z
Potrawy z mięsa rozdrobnionego i podroby	42	1692	6	117	—	—	9	367	5	181	62	2357	19,3	21,3		
Wędliny, drób, inne mięsne	34	1052	8	226	8	33	7	179	5	39	62	1529	19,3	13,8		
Ogółem potrawy mięsne	76	2744	14	343	8	33	16	546	10	220	124	3886	38,5	35,1		
Ryby	4	58	—	—	2	4	1	17	3	28	10	107	3,1	1,0		
Lody, ciastka, desery	72	3554	3	42	—	—	5	384	4	34	84	4014	26,1	36,2		
Nabiał	4	132	—	—	—	—	3	67	—	—	7	199	2,2	1,8		
Jaja	8	342	—	—	—	—	2	85	—	—	10	427	3,1	3,8		
Potrawy różne	58	1632	3	98	1	5	14	449	11	263	87	2447	27,0	22,1		
Ogółem	222	8462	20	483	11	42	41	1548	28	545	322	11080	100,0	100,0		
‰	68,9	76,4	6,2	4,2	3,4	0,4	12,7	14,0	8,7	4,9	100,0	100,0				

Uwaga: O — ognisko, Z — zachorowania

Tabela X. Zbiorowe zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej w Polsce w latach 1983—1984. Liczba ognisk i zachorowań wg środowiska

Środowisko	1983 r.				1984 r.			
	l. ognisk	‰	l. zach.	‰	l. ognisk	‰	l. zach.	‰
Rodzinne	113	49,3	1719	23,2	176	54,7	4191	37,8
Rozsiane	20	8,7	2402	32,5	31	9,6	2251	20,3
Ośr. wypoczynkowe	16	7,0	406	5,5	20	6,2	910	8,2
Otwarte zakłady żywienia zbiorowego	22	9,6	447	6,0	19	5,9	456	4,1
Szkoły i zakłady dla dzieci i młodzieży	18	7,9	841	11,4	23	7,1	754	6,8
Kolonie, obozy	19	8,3	588	8,0	11	3,4	491	4,4
Zakłady pracy	11	4,8	348	4,7	14	4,4	576	5,2
Zakłady sł. zdrowia	5	2,2	207	2,8	19	5,9	1247	11,3
Inne	5	2,2	438	5,9	9	2,8	204	1,8
Ogółem	229	100,0	7396	100,0	322	100,0	11080	100,0

ralność 0,65), po 2 osoby w woj. warszawskim, łódzkim, szczecińskim, wrocławskim oraz po jednej osobie w województwach: bydgoskim, częstochowskim, gdańskim, kaliskim, pilskim, poznańskim i rzeszowskim.

A. Adonajło, M. Marużak

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году в Польше отмечено 16 791 случаев пищевых отравлений, заболеваемость — 45,5 на 100 000. Это было значительное повышение заболеваний и заболеваемости в сравнении с 1983 годом и с медианой годов 1978—1982. В городах отмечено высшее число пищевых отравлений (10 277) и высшую заболеваемость (46,3) чем в селах (6564 заболевания, заболеваемость — 44,3). Особенно высокую заболеваемость (84,6/100 000) отмечено в небольших городах с числом населения ниже 20 тысяч. Общая заболеваемость женщин — 47,4 была высшая чем мужчин — 43,5. Сравнение заболеваемости по группам возраста указывает самую высокую заболеваемость среди детей от 5 до 9 лет (63,7) и от 10 до 14 лет (75,9) а также среди молодежи от 15 до 19 лет (67,8). Среди этиологических факторов в пищевых отравлениях самую большую роль сыграла палочка сальмонеллы, которая была поводом 11 910 заболеваний (заболеваемость 32,3/100 000).

В общем числе 16 230 пищевых отравлений с бактериальной этиологией 11 080 заболеваний это массовые пищевые отравления, которые появились в 322 очагах в 44 всеводствах. В общем числе больных процент детей до 14 лет составлял 32,5. В очагах массовые отравлений самым частым этиологическим фактором была палочка *S. enteritidis* (79,3% очагов, 84,4% заболеваний). В сравнении с 1983 годом отмечено значительное понижение числа очагов и заболеваний вызванных *S. typhimurium* и стафилококковым энтеротоксином. В большинстве очагов источником инфекции были мясные блюда, далее в отношении частоты зараженных продуктов: мороженое, пирожное и десерты. Массовые пищевые отравления появлялись чаще всего в семьях (54,7% очагов, 37,8% заболеваний). В сравнении с 1983 годом было больше очагов и заболеваний в центрах отдыха и заведениях медицинской службы.

A. Adonajło, M. Maruszczak

ALIMENTARY POISONINGS — 1984

Summary

In 1984 the number of notified cases of alimentary poisoning was in Poland 16 791, the incidence was 45.5 per 100 thousand. This morbidity and incidence were considerably higher than in 1983, and the median for the years 1978—1982. The number of cases in towns was higher (10 277) and the incidence was also higher (46.3) in relation to villages (6564 cases and incidence 44.3). The incidence was particularly high (84.6) in small towns with population under 20 thousand. The general incidence was higher in females (47.4) than in males (43.5). A comparison of the incidence in various age groups showed that it was highest in children aged 5—9 years (63.7) and aged 10—14 years (75.9), as well as in the age group 15—19 years (67.8). The most frequent aetiological factor in these cases was *Salmonella* which caused 11 910 cases (incidence 32.3).

Out of the total number of 16 230 cases of alimentary poisoning of bacterial origin 11 080 (68.3%) were due to mass poisonings in 322 foci in 44 Provinces. In the total number of cases children up to 14 years of age accounted for 32.5%. In the foci of mass poisonings the most frequent cause was *S. enteritidis* (79.3% of foci and 84.4% of cases). In relation to 1983 a considerable reduction was observed in the number of foci and cases caused by *S. typhimurium* and staphylococcal enterotoxin. In most foci the source of poisoning were meat dishes, followed by ice-cream, cakes and desserts. Mass poisonings occurred most frequently in families (54.7% of foci and 37.8% of cases). In relation to 1983 the number of foci and cases was higher in health resorts and health service institutions.

Zbigniew Anusz

ZATRUCIA JADEM KIEŁBASIANYM

W 1984 roku zarejestrowano 541 zatruc \acute{e} jadem kiełbasianym, o 104 mniej ni \acute{z} w roku ubiegłym i o 149 (38,1%) wi \acute{e} ccej od mediany z lat 1978—1982. Zapadalnoś \acute{c} wynosiła 1,5 na 100 000 mieszkańców, oznacza to spadek zapadalnoś \acute{c} w stosunku do roku 1983 o 0,3, wobec mediany wzrost o 0,4 (tab. I). Analiz \acute{e} przeprowadzono wedł \acute{o} g dat zachorowania.

Tabela I. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalnoś \acute{c} na 100 000 mieszkańców

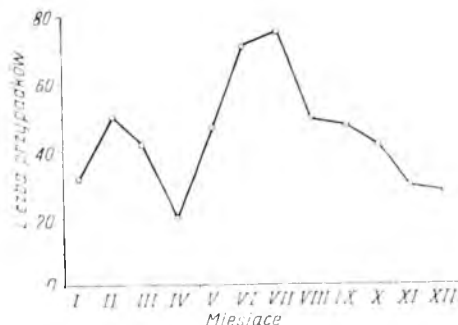
Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.
	1	2	3	4	5	6	7
	P O L S K A	392	1,1	645	1,8	541	1,5
1	St. warszawskie	2	0,1	6	0,3	11	0,5
2	Białkopodlaskie	2	0,7	5	1,7	2	0,7
3	Białostockie	22	3,5	29	4,4	19	2,9
4	Bielskie	2	0,2	13	1,5	4	0,5
5	Bydgoskie	67	6,5	84	7,9	69	6,5
6	Chełmskie	3	1,3	5	2,1	17	7,1
7	Ciechanowskie	—	—	1	0,2	—	—
8	Częstochowskie	4	0,5	3	0,4	2	0,3
9	Elbląskie	3	0,7	2	0,4	7	1,5
10	Gdańskie	14	1,1	16	1,2	8	0,6
11	Gorzowskie	6	1,3	29	6,2	20	4,2
12	Jeleniogórskie	1	0,2	2	0,4	3	0,6
13	Kaliskie	17	2,5	25	3,7	11	1,6
14	Katowickie	6	0,2	4	0,1	1	0,0
15	Kieleckie	2	0,2	5	0,5	4	0,4
16	Konińskie	12	2,8	23	5,1	16	3,5
17	Koszalińskie	5	1,1	9	1,9	12	2,5
18	Miejskie krakowskie	5	0,4	7	0,6	9	0,7
19	Krośnieńskie	3	0,7	1	0,2	1	0,2
20	Legnickie	1	0,2	3	0,6	5	1,0
21	Leszczyńskie	19	5,3	17	4,6	21	5,7
22	Lubelskie	2	0,2	10	1,0	14	1,4
23	Łomżyńskie	4	1,2	9	2,7	—	—
24	Miejskie łódzkie	5	0,4	4	0,3	3	0,3
25	Nowosądeckie	3	0,5	2	0,3	4	0,6

	1	2	3	4	5	6	7
26 Olsztyńskie		9	1,3	9	1,3	14	2,0
27 Opolskie		12	1,2	19	1,9	10	1,0
28 Ostrołęckie		—	—	—	—	—	—
29 Piłskie		29	6,8	20	4,4	22	4,8
30 Piotrkowskie		1	0,2	7	1,1	—	—
31 Płockie		11	2,2	4	0,8	16	3,2
32 Poznańskie		26	2,1	74	5,8	63	4,9
33 Przemyskie		2	0,5	6	1,6	2	0,5
34 Radomskie		1	0,1	—	—	3	0,4
35 Rzeszowskie		5	0,8	4	0,6	3	0,4
36 Siedleckie		2	0,3	12	1,9	2	0,3
37 Sieradzkie		2	0,5	6	1,5	2	0,5
38 Skierniewickie		2	0,5	8	2,0	1	0,2
39 Słupskie		4	1,0	6	1,6	13	3,4
40 Suwalskie		23	5,5	22	5,1	24	5,5
41 Szczecińskie		5	0,6	11	1,2	13	1,4
42 Tarnobrzeskie		2	0,3	1	0,2	—	—
43 Tarnowskie		4	0,7	3	0,5	—	—
44 Toruńskie		19	3,1	50	8,0	30	4,8
45 Wałbrzyskie		1	0,1	3	0,4	5	0,7
46 Włocławskie		24	5,8	18	4,3	13	3,1
47 Wrocławskie		7	0,7	20	1,8	11	1,0
48 Zamojskie		13	2,8	15	3,1	17	3,5
49 Zielonogórskie		8	1,3	13	2,1	14	2,2

Najwyższą zapadalność notowano w województwie chełmskim (7,1), bydgoskim (6,5), leszczyńskim (5,7), suwalskim (5,5), poznańskim (4,5), piłskim (4,8), toruńskim (4,8), gorzowskim (4,2); najniższą w krakowskim (0,0), krośnieńskim (0,2) i skierniewickim (0,2). Nie rejestrowano zachorowań w województwie ciechanowskim, łomżyńskim, ostrołęckim, piotrkowskim, tarnobrzeskim, tarnowskim (tab. I).

Sezonowy rozkład zatruc jadłem kiełbasianym wg dat zachorowania przedstawia rycina 1. Zwiększoną liczbę zachorowań obserwowano od czerwca do września; najwyższą liczbę zatruc obserwowano w czerwcu i lipcu (27,7%), a najniższą w kwietniu (3,7%).

Udział ludności wsi w zatruciach jadłem kiełbasianym był wyższy niż ludności miast (70,4%; 29,6%); zapadalność na wsi wynosiła 2,6 na 100 000, zapadalność w mieście — 0,7 (tab. II).



Ryc. 1. Zatrucia jadłem kiełbasianym w 1984 roku. Sezonowość zachorowań.

Tabela II. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1984 r. Zachorowania, zapadalność i zgony wg. środowiska

Lp.	Województwo	Wieś		Miasto		Liczba zgonów
		I. zach.	zapad. na 100 tys.	I. zach.	zapadal.	
	P O L S K A	391	2,6	150	0,7	13
1	St. warszawskie	—	—	11	0,5	—
2	Białkopodlaskie	1	0,5	1	1,1	—
3	Białostockie	10	3,5	9	2,4	1
4	Bielskie	4	0,9	—	—	—
5	Bydgoskie	46	11,5	23	3,4	1
6	Chełmskie	15	10,5	2	2,1	—
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	—
8	Częstochowskie	2	0,5	—	—	—
9	Elbląskie	5	2,6	2	0,7	4
10	Gdańskie	4	1,2	4	0,4	1
11	Gorzowskie	9	4,8	11	3,8	—
12	Jeleniogórskie	1	0,6	2	0,6	—
13	Kaliskie	9	2,4	2	0,7	—
14	Katowickie	—	—	1	0,0	1
15	Kieleckie	2	0,3	2	0,4	—
16	Konińskie	15	5,4	1	0,6	—
17	Koszalińskie	10	5,3	2	0,7	—
18	Miejskie krakowskie	6	1,6	3	0,4	—
19	Krośnieńskie	1	0,3	—	—	—
20	Legnickie	2	1,2	3	0,9	—
21	Leszczyńskie	19	9,5	2	1,2	—
22	Lubelskie	11	2,5	3	0,6	—
23	Łomżyńskie	—	—	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	1	1,0	2	0,2	1
25	Nowosądeckie	3	0,7	1	0,4	—
26	Olsztyńskie	11	3,5	3	0,8	1
27	Opolskie	8	1,6	2	0,4	—
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	—
29	Pilskie	16	7,5	6	2,4	1
30	Piotrkowskie	—	—	—	—	—
31	Płockie	11	4,0	5	2,2	—
32	Poznańskie	44	11,3	19	2,1	1
33	Przemyskie	2	0,8	—	—	—
34	Radomskie	3	0,7	—	—	—
35	Rzeszowskie	3	0,7	—	—	—
36	Siedleckie	2	0,4	—	—	—
37	Sieradzkie	1	0,4	1	0,8	—
38	Skierniewickie	1	0,4	—	—	—
39	Ślupskie	9	5,0	4	1,9	—
40	Suwałskie	16	7,2	8	3,7	—
41	Szczecińskie	12	4,9	1	0,1	1
42	Tarnobrzeskie	—	—	—	—	—
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—
44	Toruńskie	30	12,1	—	—	—
45	Wałbrzyskie	1	0,5	4	0,8	—
46	Włocławskie	12	5,1	1	0,5	—
47	Wrocławskie	4	1,3	7	0,9	—
48	Zamojskie	16	4,4	1	0,8	—
49	Zielonogórskie	13	5,0	1	0,3	—

Najwyższą zapadalność notowano w wieku 25—39 lat (od 2,3 do 2,5), najniższą wśród dzieci poniżej 10 lat, oraz powyżej 60 roku życia (0,8) (tab. III). Zarówno w miastach, jak i na wsi zapadalność wśród mężczyzn (2,0) wyższa niż u kobiet (1,0) (tab. III).

Tabela III. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1984 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg wieku i płci

Grupy wieku	Mężczyźni			Kobiety			Razem			
	l. zach.	za-pad.	l. zgo-nów	l. zach.	za-pad.	l. zgo-nów	l. zach.	%	za-pad.	l. zgo-nów
0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1—4	5	0,4	—	1	0,1	—	6	1,1	0,2	—
5—9	8	0,5	—	5	0,3	—	13	2,4	0,4	—
10—14	17	1,2	—	18	1,3	—	35	6,5	1,3	—
15—19	30	2,3	—	12	1,0	—	42	7,8	1,7	—
20—24	27	1,8	—	24	1,7	—	51	9,4	1,8	—
25—29	57	3,3	—	22	1,3	—	79	14,6	2,3	—
30—39	100	3,5	1	42	1,5	—	142	26,2	2,5	1
40—49	49	2,5	2	24	1,2	2	73	13,5	1,9	4
50—59	36	1,9	2	22	1,0	1	58	10,8	1,4	3
60 i >	23	1,2	3	19	0,6	2	42	7,8	0,8	5
Razem	353	2,0	8	189	1,0	5	541	100,0	1,5	13

Tabela IV. Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce w 1984 r. Zachorowania w zależności od liczby chorych w ognisku

Wielkość ogniska	Liczba ognisk	Liczba chorych w ognisku	%
1 — osobowe	288	288	53,2
2 — osobowe	56	112	20,7
3 — osobowe	23	69	12,8
4 — osobowe	6	24	4,4
5 — osobowe	6	30	5,6
powyżej 5 osób	3	18	3,3
R a z e m	382	541	100,0

Najwięcej chorych pochodziło z ognisk 1 osobowych (53,2%) i 2 osobowych (20,7%) — co stanowiło 73,9% ogólnej liczby przypadków w 1983 roku (tab. IV).

Spośród 1990 osób narażonych na zatrucia jadem kiełbasianym uległo zatruciu 481 osób (24,7%). Najwięcej chorych spośród narażonych na zatrucie uległo zatruciu po spożyciu ryby 29,7%, warzywa 33,3%, mięsa 23,7%. Produktem spożywczym wywołującym najczęściej zatrucie było mięso — 89,6% (w tym konserwy mięsne — 58,5%), ryby — 8,9% (w tym konserwy — 5,9%), rośliny — 1,5% (tab. V). Przetwory produkcji domowej były częściej źródłem zatrucia (76,3%), niż przetwory produkcji przemysłowej (23,7%). Podobnie jak w latach poprzednich uwagę zwraca duży odsetek zatruc spowodowanych spożyciem konserw produkcji przemysłowej zwłaszcza mięsnych i rybnych (tab. V).

W roku 1984 najczęściej występowały zatrucia jadem kiełbasianym typu B — 95,8%, toksyną typu A — 1,2%, typu E — 3,0%, typu F — nie stwierdzono. Zatrucia jadem kiełbasianym typu B stwierdzono w 35 województwach; typu A w 3 województwach, typu E w 7 województwach (tab. VI).

W 1984 roku najczęstszy był przebieg średnio-ciężki — 63,8%, lek-

ki 18,8%, ciężki 13,3%, bardzo ciężki 2,6%, bezobjawowy 1,1%. Uwagę zwraca znaczny odsetek chorych, którym nie podano surowicy (89,5%). Zanotowano 6 przypadków powtórnego zatrucia jadem kielbasianym.

1. Chory K. Z., lat 50, rolnik, data zach. 17.III.84 r., okres wylegania — 2 dni, objawy choroby — zamglone widzenie, wymioty, bóle brzucha, ogólne osłabienie; typ B i E; źródło zakażenia — wątrobianka i mięso mielone z weka; liczba osób narażonych 7, zachorowało 6, hospitalizowano 1; wyzdrowienie. Pierwsze zatrucie — 1973 r.

2. Chora W. Z., lat 42 data zach. 13.X.84 r., okres wylegania 2 dni, przebieg choroby — ciężki; objawy choroby — mdłości, wymioty, bóle głowy, zawroty głowy, bóle brzucha, ogólne osłabienie, zamglone widzenie, obrzęk powiek, chrypka, bezgłos, bóle gardła, utrata przytomności; typ B; źródło zakażenia — golonka z weka; liczba osób narażonych 4, zachorowała 1; wyzdrowienie. Pierwsze zatrucie jadem kielbasianym — 1965 rok (nie hospitalizowany).

3. Chory K. M., lat 32, rolnik, data zach. 21.VI.84 r., okres wylegania 3 dni, przebieg choroby — lekki; objawy choroby — bóle głowy, zawroty głowy, ogólne osłabienie, zamglone widzenie, podwójne widzenie, szerokie źrenice, trudności w mówieniu, uczucie pieczenia w przełyku, suchość jamy ustnej, trudności polykania, wzdęcie brzucha, zaparcie, senność, obrzęk gardła i śliniaki, źródło zakażenia — kaszanka z weka, kielbasa surowa wędzona, szynka surowa wędzona; liczba osób narażonych na zakażenie — 2, zachorowały 2; typ B; następne zatrucie 23.VIII.84 r. po ponownym spożyciu surowej szynki wędzonej (nie hospitalizowany); wyzdrowienie.

4. Chory G. T., lat 58, traktorzysta, data zach. 8.VII.84 r., okres wylegania 6 dni, przebieg choroby — średniociężki. Objawy chorobowe —

Tabela V. Zatrucia jadem kielbasianym w Polsce w 1984 roku. Zachorowania w zależności od produktu spożywczego

Produkt	Produkcja domowa		Produkcja przemysłowa		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Mięso:						
konserwy	213	68,9	24	25,0	237	58,5
kielbasa	23	7,4	36	37,5	59	14,6
kaszanka	1	0,3	4	4,2	5	1,2
smażone	5	1,6	1	1,0	6	1,5
gotowane	8	2,6	2	2,1	10	2,5
surowe	5	1,6	2	2,1	7	1,7
paszтет	3	1,0	2	2,1	5	1,2
szynka	9	2,9	3	3,1	12	3,0
boczek	19	6,2	—	—	19	4,7
salceson	1	0,3	2	2,1	3	0,7
ryby:						
konserwy	10	3,2	14	14,5	24	5,9
marynowane	6	1,9	2	2,1	8	2,0
wędzone	2	0,7	2	2,1	4	1,0
rośliny:						
konserwy	2	0,7	2	2,1	4	1,0
sałatka	2	0,7	—	—	2	0,5
	309	100,0	96	100,0	405	100,0

Tabela VI. Zatrucia jadem kielbasianym w Polsce w 1984 roku. Geograficzne rozmieszczenie typów toksyny botulinowej oraz wykonawstwo testu seroneutralizacji wg. województw

Lp.	Województwo	Typ toksyny botulinowej B	Typ nieokreślony	Liczba zachorowań	Liczba badanych próbek krwi		
					wynik +	wynik -	nie badano
	P O L S K A	251	33	541	296	124	121
		84,9	11,3	100,0	54,7	22,9	22,4
1	St. warszawskie	4	—	11	5	6	—
2	Białkopodlaskie	2	—	2	2	—	—
3	Białostockie	1	—	19	1	—	18
4	Bielskie	2	—	4	3	1	—
5	Bydgoskie	52	6	69	58	9	2
6	Chełmskie	4	1	17	5	3	9
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	—	—
8	Częstochowskie	—	—	2	—	—	2
9	Elbląskie	—	—	7	1	—	6
10	Gdańskie	3	—	8	7	—	1
11	Gorzowskie	8	2	20	10	10	—
12	Jeleniogórskie	—	—	3	—	1	2
13	Kaliskie	7	—	11	7	1	3
14	Katowickie	—	—	1	1	—	—
15	Kieleckie	—	—	4	—	2	2
16	Konińskie	3	1	16	4	7	5
17	Koszalińskie	3	—	12	4	4	4
18	Miejskie krakowskie	5	—	9	5	4	—
19	Krośnieńskie	1	—	1	1	—	—
20	Legnickie	—	—	5	—	1	4
21	Leszczyńskie	11	1	21	13	1	7
22	Lubelskie	11	—	14	11	2	1
23	Łomżyńskie	—	—	—	—	—	—
24	Miejskie łódzkie	1	—	3	1	2	—
25	Nowosądeckie	—	2	4	2	1	1
26	Olsztyńskie	11	1	14	12	2	—
27	Opolskie	2	—	10	2	1	7
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	—	—
29	Piłskie	11	—	22	11	3	8
30	Piotrkowskie	—	—	—	—	—	—
31	Płockie	1	3	16	4	11	1
32	Poznańskie	27	1	63	29	23	11
33	Przemyskie	1	—	2	1	—	1
34	Radomskie	2	—	3	2	—	1
35	Rzeszowskie	2	—	3	2	1	—
36	Siedleckie	1	—	2	1	—	1
37	Sieradzkie	1	—	2	1	1	—
38	Skierniewickie	—	—	1	—	1	—
39	Słupskie	10	—	13	10	3	—
40	Suwalskie	3	1	24	4	13	7
41	Szczecińskie	12	—	13	12	—	1
42	Tarnobrzeskie	—	—	—	—	—	—
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—	—
44	Toruńskie	17	8	30	25	1	4
45	Wałbrzyskie	1	—	5	1	—	4
46	Włocławskie	10	—	13	10	3	—
47	Wrocławskie	5	2	11	7	1	3
48	Zamojskie	7	2	17	10	2	5
49	Zielonogórskie	9	2	14	11	3	—

Typ toksyny botulinowej A stwierdzono w woj. gdańskim (2; 0,7%), leszczyńskim (1; 0,3%), poznańskim (1; 0,3%).

Typ E stwierdzono w woj. st. warszawskim (1; 0,3%), bielskim (1; 0,3%), elbląskim (1; 0,3%), gdańskim (2; 0,7%), katowickim (1; 0,3%), koszalińskim (1; 0,3%), zamojskim (1; 0,3%).

mdłości, wymioty, biegunka (płynna), bóle głowy, zawroty głowy, bóle brzucha (rozlane), ogólne osłabienie, zamglone widzenie, podwójne widzenie, ból gardła, uczucie pieczenia w przelyku, suchość jamy ustnej, trudności polykania, utrudnione oddawanie moczu, osłabienie siły mięśniowej; liczba osób narażonych — 5, zachorowała 1, źródło zakażenia — mięso wieprzowe z weka; typ B; wyzdrowienie. Poprzednie zatrucie jadem kiełbasianym w 1977 r.

5. Chora G. R., lat 29, rolnik, data zach. 18.II.84 r., okres wylegania 3 dni; przebieg choroby — średniociężki; objawy choroby — mdłości, zawroty głowy, ogólne osłabienie, zamglone widzenie, szerokie źrenice, ból gardła, trudności w mówieniu, uczucie pieczenia w przelyku, suchość jamy ustnej, trudności polykania, zaparcie; źródło zakażenia — kiełbasa produkcji przemysłowej; liczba osób narażonych — 7, zachorowała 1; typ B; wyzdrowienie. Pierwsze zatrucie jadem kiełbasianym — czerwiec, 1983 r.

6. Chory R. J., lat 44, murarz, data zachorowania 8.VIII.84 r., okres wylegania — 11 godzin; przebieg choroby średni; objawy chorobowe — mdłości, wymioty, bóle głowy, zamglone widzenie, podwójne widzenie, szerokie źrenice, opadnięcie powieki (obustronne), chrypa, ból gardła, uczucie pieczenia w przelyku, suchość jamy ustnej, trudność polykania; źródło zakażenia — śledź w occie produkcji przemysłowej; typ B; liczba osób narażonych 1, zachorowała 1; wyzdrowienie. Pierwsze zatrucie jadem kiełbasianym — w 1982 r.

W 1984 roku zmarło z powodu zatrucia jadem kiełbasianym 13 osób (śmiertelność 2,4%), 8 mężczyzn w wieku 37, 48, 49, 54, 58, 64, 65, 84 lat — i 5 kobiet w wieku 43, 49, 58, 61 i 62 lat. Umieralność 0,03 na 100 000 mieszkańców.

Przedstawione dane świadczą o niedostatecznym nasileniu oświaty w walce z zatruciem jadem kiełbasianym. Szczególnie niepokojąca jest duża liczba zatruc spowodowanych spożyciem konserw produkcji przemysłowej. Niezbędne jest przeanalizowanie tego zjawiska przez zakłady przemysłu mięsnego. Niezbędna jest ścisła współpraca mikrobiologów żywności nie tylko z technologami żywności lecz również z epidemiologami. W programach nauczania na wydziałach technologii żywienia winny być uwzględnione wykłady z zakresu epidemiologii zatruc pokarmowych.

3. А н н ш

ОТРАВЛЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКИМ ТОКСИНОМ — 1984 ГОД

Р е з ю м е

В 1984 году зарегистрировано 541 случаев отравлений ботулиническим токсином т.е. о 83 менее чем в предыдущем году и о 149 более чем медиана годов 1798—1982. Заболеваемость равнялась 1,5 на 100 000 жителей, это обозначает ей понижение в отношении к 1983 году о 0,8. Сезонный возраст заболеваний наблюдало от июня до сентября. Процент сельского населения был высший (70,4) чем городского (29,6), а заболеваемость в селах равнялась 2,6, а в городах — 0,7.

Самую высокую заболеваемость отмечено в возрасте 25—39 лет (2,3—2,5), самое большое число больных из одиночных очагов (53,2) и двухличных (20,7). Продовольственными продуктами чаще всего вызывающими отравление было

мясо (89,6%), в этом мясные консервы — 58,5%, рыбы — 8,9% (в этом консервы — 5,9%) и растения — 1,5%.

Самым частым источником отравления были изделия домашнего производства (76,3%), чаще всего появлялись отравления ботулиническим токсином типа В (95,8%), реже типа А (1,2%) и типа Е (3,0%), типа Ф не констатировано. Отмечено 6 случаев вторичного отравления ботулиническим токсином. Умерло 13 больных (смертность 2,4%), показатель смертности — 0,03 на 100 000 жителей.

Z. Anusz

BOTULISM — 1984

Summary

In 1984 the number of botulism cases was 541, that is 83 less than in 1983 and 149 more than the median for 1978—1982. The incidence was 1.5 per 100 thousand, and that meant that the incidence was 0.8 lower than in 1983. A seasonal increase of the number of cases was observed in the time period from June to September. The morbidity was higher in village population (70.4% of cases) than in urban population (29.6%), the incidence in the village population was 2.6 per 100 thousand, and in towns 0.7.

The highest incidence was in the age group 25—39 years (2.3—2.5). Most patients came from one-case foci (53.2%) and two-case foci (20.7%). The food product causing most frequently botulism was meat (89.6%) (canned meat — 58.5%), fish — 10.4% (canned fish — 5.9%), vegetables (1.5%).

The most frequent source of poisoning were food products processed in the households (76.3%). The most frequent cases were caused by botulinum toxin type В (95.8%) followed by type А (1.2%), type Е (3.0%); while type F was never observed. Six cases of repeated botulism were noted. Thirteen patients died (mortality 2.4%); the death rate was 0.03 per 100 thousand of the population.

Anna Przybylska

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY — 1984 ROK

W 1984 roku zarejestrowano w Polsce ogółem 52 287 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby (wzw). Liczba ta jest o 9442 (15,3%) zachorowania mniejsza niż w 1983 r., lecz o 2259 (4,5%) zachorowań wyższa niż mediana za lata 1978—1982. Zapadalność na wzw w Polsce wyniosła w 1984 r. 141,6 na 100 000 i była o 16,1% niższa od zapadalności w 1983 r., a o 2,6% wyższa niż mediana za lata 1978—1982.

Najwyższa zapadalność w kraju występowała w pasie województw centralno-wschodnich, najniższa zaś na obszarze województw północno-zachodnich i czterech województw wschodnich i południowo-wschodnich. Poniższa analiza danych z 1984 r. odnośnie jest do wartości odnotowanych w 1983 r. i zbliżonych do mediany za lata 1978—1982, wartości z 1982 r.

W 1984 r. zanotowano najwyższą zapadalność (powyżej 300 na 100 000) w województwach: wrocławskim (413,6), radomskim (328,2) i ostrołęckim (304,2). Wysoką zapadalność (powyżej 200) odnotowano również w województwach: siedleckim, łomżyńskim, ciechanowskim i elbląskim. Liczba województw o wysokiej zapadalności w porównaniu z 1983 r. obniżyła się w porównaniu z wartościami z 1983 r. Niską zapadalność, w granicach od 47,9 do 66,4, zanotowano w województwach: szczecińskim, chełmskim, poznańskim i leszczyńskim (tab. I, ryc. 1).

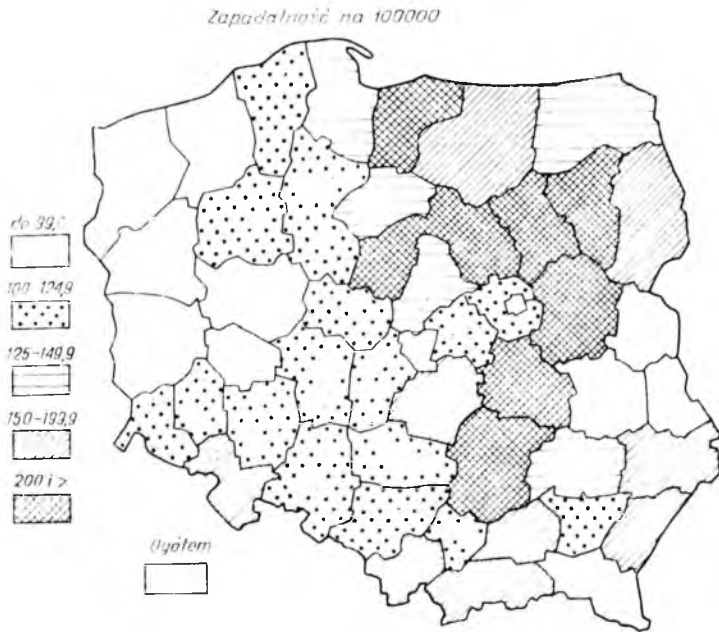
Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby — ogółem w Polsce w latach 1978—1984

Lp.	Województwo	Mediana 1978—1982		1983		1984			
		zachor.	zapadal.	zachor.	zapadal.	zachor.	zapadal.	zgony	umieral
1		2	3	4	5	6	7	8	9
POLSKA		50028	138,1	61729	168,8	52287	141,7	331	0,90
1	St. warszawskie	2743	119,0	3237	136,4	2804	117,4	32	1,34
2	Białkopodlaskie	507	177,3	374	128,3	237	80,4	2	0,68
3	Białostockie	1156	179,6	1687	257,4	1109	167,3	8	1,21
4	Bielskie	1273	152,3	1829	214,2	1720	199,7	7	0,81
5	Bydgoskie	1444	141,2	1309	123,7	1105	103,4	9	0,84
6	Chełmskie	415	178,1	379	160,9	149	62,5	1	0,42
7	Ciechanowskie	931	229,3	1276	310,5	1043	251,5	2	0,48

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Częstochowskie	1157	154,0	1038	137,3	764	100,4	9	1,18
9	Elbląskie	857	197,4	1152	253,7	1056	229,4	3	0,65
10	Gdańskie	1767	133,3	2431	177,7	1836	133,0	12	0,87
11	Gorzowskie	486	107,3	490	104,0	377	79,1	7	1,47
12	Jeleniogórskie	992	201,1	635	127,0	594	117,5	5	0,99
13	Kaliskie	1023	153,6	831	121,9	776	108,3	5	0,73
14	Katowickie	4710	126,4	5158	133,0	4831	124,6	54	1,39
15	Kieleckie	1911	177,4	2597	239,5	2976	271,1	8	0,73
16	Konińskie	585	133,0	699	155,6	547	120,5	4	0,88
17	Kozalińskie	756	164,5	546	115,0	462	96,1	2	0,42
18	M. krakowskie	1355	117,4	2153	180,5	1452	120,8	17	1,41
19	Krośniceńskie	525	115,3	401	87,1	446	95,4	2	0,43
20	Legnickie	583	127,2	595	124,9	594	123,3	2	0,42
21	Leszczyńskie	292	81,0	255	69,6	246	66,4	1	0,27
22	Lubelskie	1377	148,6	1066	111,1	958	98,5	5	0,51
23	Łomżyńskie	612	188,7	1611	486,3	842	250,8	3	0,89
24	M. łódzkie	1514	134,7	1448	126,6	1104	96,2	16	1,39
25	Nowosądeckie	924	146,4	1219	188,8	1062	162,0	6	0,92
26	Olsztyńskie	1128	167,5	1292	183,9	1242	174,2	1	0,14
27	Opolskie	1404	142,9	1589	160,2	1229	122,7	3	0,30
28	Ostrołęckie	688	187,5	1330	353,0	1157	304,2	3	0,79
29	Piłskie	772	179,7	520	115,3	474	103,5	3	0,66
30	Piotrkowskie	1155	192,9	1333	214,6	1022	163,2	7	1,12
31	Płockie	720	170,0	703	140,1	647	127,9	5	0,99
32	Poznańskie	1081	87,2	1055	83,1	831	64,7	12	1,40
33	Przemyskie	383	100,6	776	201,0	746	190,8	2	0,51
34	Radomskie	1381	201,0	2200	307,9	2370	328,2	4	0,55
35	Rzeszowskie	505	79,3	983	147,2	794	117,2	5	0,74
36	Siedleckie	791	127,7	2897	493,0	1795	284,5	16	2,54
37	Sieradzkie	533	135,6	576	145,8	467	117,2	3	0,75
38	Skierniewickie	618	155,2	573	142,3	449	110,5	1	0,25
39	Ślupskie	615	166,3	655	171,6	476	122,6	2	0,77
40	Suwalskie	608	144,4	668	154,0	595	135,1	1	0,23
41	Szczecińskie	767	85,8	658	71,5	445	47,9	—	0
42	Tarnobrzeskie	664	118,9	1247	219,5	846	147,2	5	0,87
43	Tarnowskie	886	147,8	1240	199,5	957	151,7	1	0,16
44	Toruńskie	928	151,3	1122	179,8	892	141,5	5	0,79
45	Wałbrzyskie	1036	144,8	1022	141,2	1322	180,9	3	0,41
46	Włocławskie	543	131,6	1968	469,4	1749	413,6	5	1,18
47	Wrocławskie	1152	108,8	1372	125,2	1230	111,3	8	0,72
48	Zamojskie	892	189,1	733	152,8	844	174,2	2	0,41
49	Zielonogórskie	812	133,8	801	127,9	618	97,3	5	0,79

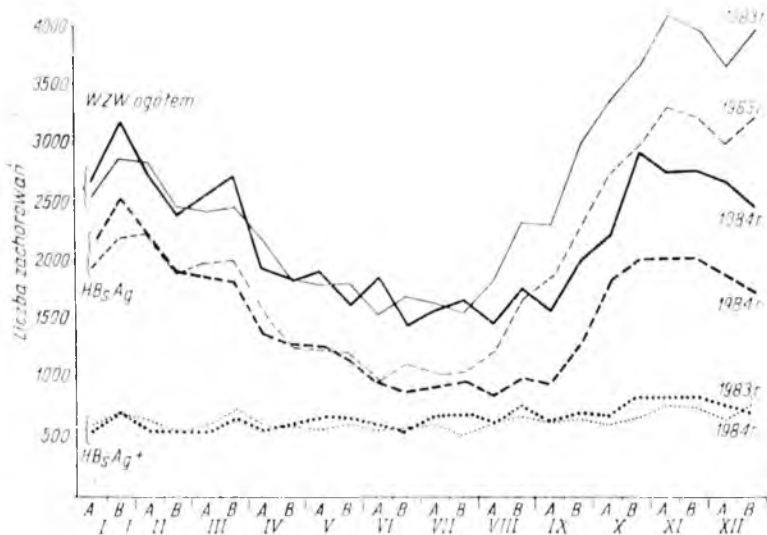
Krzywa sezonowa zachorowań na wzw w 1984 roku przebiega poniżej krzywej z 1983 roku i powyżej krzywej z 1982 roku, z zachowaniem różnic sezonowych (ryc. 2). Wzrost liczby zachorowań w drugiej połowie roku jest związany ze wzrostem zachorowań na wzw osób, u których nie wykryto HBsAg.

Podobnie jak w poprzednich latach, najwyższa zapadalność występowała u dzieci w wieku od 6 do 14 lat (tab. II, ryc. 3). W porównaniu z 1982 rokiem nastąpił wzrost zapadalności u dzieci i młodzieży od 5 do 9 lat (o 12,5%), od 10 do 14 lat (o 13,0%), od 15 do 19 lat (o 6,7%), oraz u osób dorosłych w grupach od 20 do 24 lat (o 4,5%) i od 25 do 29 lat (o 3,6%). W porównaniu z 1983 rokiem, we wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem osób powyżej 60 r.ż. (wzrost o 1,1%), nastąpił spadek zapadalności, przy czym najwyraźniej (powyżej 20%) — w grupach wieku od 0 do 19 lat. Wysoka zapadalność na wzv wśród dzieci i młodzieży była głównie wynikiem zachorowań na wzv bez wykrytego we krwi antygenu HBs (tab. III, ryc. 3).



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby ogółem w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000.

Ogólna zapadalność mężczyzn (146,3) była wyższa o 6,6% od zapadalności kobiet (137,2). Analizując jednak zachorowania wg płci i wieku, zauważa się, że wśród kobiet w wieku rozrodczym, a zwłaszcza od 20 do 29 lat, zapadalność jest wyższa niż wśród mężczyzn z tej grupy wieku (ryc. 3).



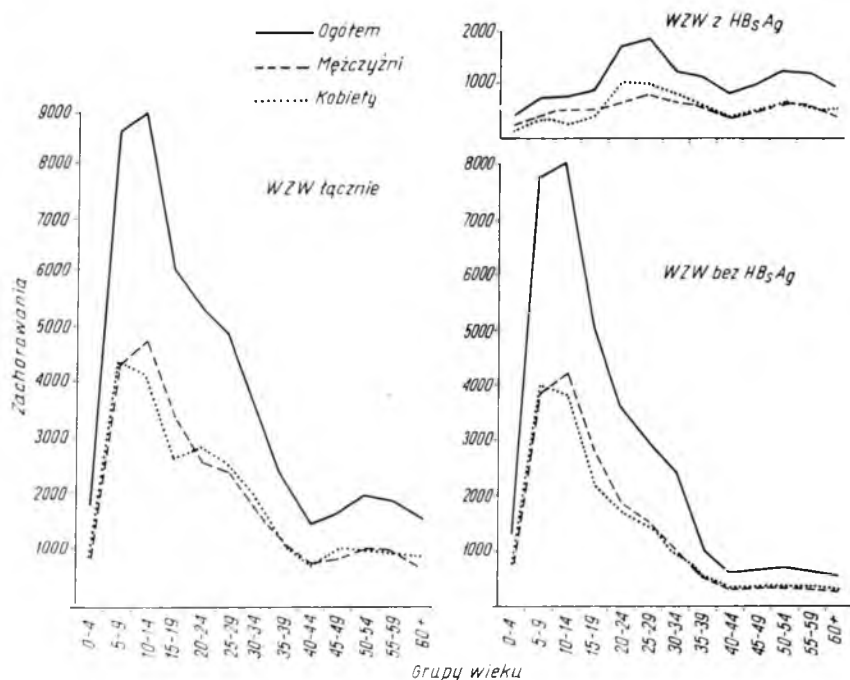
Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w 1984 r. Liczba zachorowań na WZW ogółem, z wykrytym HBsAg i przypadków, w których nie wykryto antygeny HBs, z uwzględnieniem okresów dwutygodniowych.

Tabela II. Wirusowe zapalenie wątroby — ogółem w Polsce w 1984 r. Zapadalność na 100 000 i podział procentowy wg płci i wieku

Grupy wieku	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Zapadalność	%	Zapadalność	%	Zapadalność	%
0—4	51,2	3,4	54,0	3,6	48,2	3,1
0	14,7	0,2	19,8	0,3	9,2	0,1
1	19,4	0,3	21,8	0,3	16,8	0,2
2	37,9	0,5	37,0	0,5	38,9	0,5
3	70,5	0,9	72,4	0,9	68,6	0,9
4	116,7	1,5	122,4	1,6	110,7	1,4
5—9	269,6	16,3	260,2	16,0	279,5	16,7
5	176,4	2,2	173,2	2,2	179,7	2,2
6	235,7	2,8	223,1	2,7	248,9	3,0
7	281,9	3,4	271,5	3,3	292,8	3,5
8	315,1	3,8	299,6	3,7	331,3	4,0
9	344,0	4,1	338,5	4,1	349,8	4,0
10—14	320,7	16,9	335,8	17,9	304,9	15,8
15—19	238,3	11,5	261,8	12,8	213,8	10,1
20—24	185,7	10,1	171,6	9,6	200,5	10,7
25—29	143,5	9,2	136,7	8,9	150,5	9,6
30—34	107,4	6,7	99,6	6,2	115,4	7,2
35—39	88,9	4,2	87,9	4,2	89,9	4,3
40—44	76,7	2,7	80,6	2,8	72,9	2,6
45—49	78,5	3,1	79,5	3,1	77,5	3,2
50—54	91,4	3,7	94,4	3,7	88,6	3,8
55—59	92,6	3,5	104,1	3,5	83,0	3,4
60—64	98,6	3,0	105,9	2,7	92,9	3,2
65—74	94,8	3,8	106,6	3,4	86,9	4,1
75+	70,4	1,9	88,3	1,6	61,3	2,2
Ogółem	141,6	100,0	146,3	100,0	137,2	100,0

Zapadalność wśród mężczyzn była wyższa od zapadalności kobiet, zarówno w miastach (127,3 i 118,2), jak i na wsi (173,6 i 166,5). Zapadalność na wsi ogółem wyniosła 170,1 i była wyższa o 38,7% niż w miastach (122,6). Zapadalność na wsi spadła o 18,7% w porównaniu z 1983 rokiem (208,5), ale była wyższa niż w latach poprzednich; w porównaniu z danymi z 1982 r., wzrosła o 9,7%. Ogólna zapadalność w miastach zmniejszyła się zarówno w porównaniu z rokiem 1983 (o 13,4%), jak i z 1982 (o 3,1%). Zapadalność w 1984 r. w miastach od 20 do 50 tysięcy mieszkańców zmniejszyła się w odniesieniu do danych z 1982 r. o 4,2%, a w odniesieniu do danych z 1983 r. o 5,5%. W 1984 r. w miastach do 20 tys. mieszkańców w porównaniu z 1982 r. zapadalność wzrosła o 1,4%, a w porównaniu z 1983 r., obniżyła się o 14,1%. W miastach od 50 do 100 tys. mieszkańców — w porównaniu z 1982 r. zapadalność zmniejszyła się o 36,6%, a z 1983 r. — wzrosła o 23,4%. W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców zapadalność wzrosła o 11,1% w odniesieniu do wartości z 1982 r., a w porównaniu z 1983 r. zmniejszyła się o 22,5% (tab. IV).

Zapadalność na wzw ogółem w miastach i na wsi była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W grupie wieku od 5 do 9 lat na wsi za-



Ryc. 3. Wirusowe zapalenie wątroby w Polsce w 1984 r. Zachorowania na wzw ogółem, wzw z HBsAg i wzw bez HBsAg, z uwzględnieniem płci i grup wieku.

padalność wśród kobiet przewyższała jednak zapadalność mężczyzn (odpowiednio 396,9 i 347,3). W grupie od 20 do 39 lat zapadalność wśród kobiet zarówno w miastach, jak i na wsi, była wyższa niż wśród mężczyzn (tab. V).

Tabela III. Wirusowe zapalenie wątroby — ogółem w Polsce. Zapadalność na 100 000 w latach 1982, 1983, 1984 oraz procent spadku lub wzrostu zapadalności między 1982 a 1984 r. i 1983 a 1984 r., z podziałem na grupy wieku

Wiek	Zapadalność			% spadku lub wzrostu zapad.	
	1982	1983	1984	1982—1984	1983—1984
0—4	54	67	51	—5,6	—23,9
5—9	240	349	270	+12,5	—22,6
10—14	284	412	321	+13,0	—22,1
15—19	223	304	238	+6,7	—21,7
20—24	178	212	186	+4,5	—12,3
25—29	139	163	144	+3,6	—11,7
30—34	111	120	107	—3,6	—10,8
35—39	93	98	89	—4,3	—9,2
40—44	90	90	77	—14,4	—14,4
45—49	89	89	79	—11,2	—11,2
50—54	105	96	91	—13,3	—5,2
55—59	98	100	93	—5,1	—7,0
60 i	90	88	89	—1,1	+1,1
Ogółem	138,1	168,8	141,6	+2,5	—16,1

Tabela IV. Wirusowe zapalenie wątroby — ogółem w Polsce. Zapadalność na 100 000 w latach 1982, 1983, 1984 oraz procent spadku lub wzrostu zapadalności między 1982 a 1984 i 1983 a 1984 rokiem, z podziałem na środowisko miejskie i wiejskie

Środowisko	Zapadalność			% spadku lub wzrostu zapadalności	
	1982	1983	1984	1982—1984	1983—1984
Miasta — razem	127	142	123	— 3,1	—13,4
do 20 tys.	144	170	146	+ 1,4	—14,1
20—50 tys.	144	146	138	— 4,2	— 5,5
50—100 tys.	183	94	116	—36,6	+23,4
pow. 100 tys.	99	142	110	+11,1	22,5
Wieś	155	209	170	+ 9,7	—18,7
Ogółem	138,1	168,8	141,6	+ 2,5	16,1

Tabela V. Zapadalność na wzw — ogółem z uwzględnieniem płci, grup wieku i środowiska (miasto, wieś) w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, w Polsce w 1984 r.

Grupy wieku	Miasto			Wieś			Ogółem		
	mężczyż.	kobiety	ogółem	mężczyż.	kobiety	ogółem	mężczyż.	kobiety	ogółem
0—4	51,4	42,0	46,8	57,6	56,4	57,0	54,0	48,2	51,2
5—9	199,8	198,0	198,9	347,3	396,9	371,6	260,2	279,5	269,6
10—14	232,8	210,6	232,2	441,3	425,4	433,6	335,8	304,9	320,7
15—19	185,0	139,0	162,8	362,4	316,6	340,3	261,8	213,8	238,3
20—24	159,2	175,6	167,5	188,2	241,0	212,4	171,6	200,5	185,7
25—29	124,6	133,3	129,1	154,7	183,8	167,8	136,7	150,5	143,5
30—34	90,9	104,9	98,1	115,5	138,6	125,1	99,6	115,4	107,4
35—39	88,4	90,5	89,4	87,0	88,5	87,7	87,9	89,9	88,9
40—44	87,2	75,6	81,3	68,6	67,8	68,2	80,6	72,9	76,7
45—49	84,3	88,5	86,5	71,6	58,7	65,1	79,5	77,5	78,5
50—54	99,6	101,6	100,6	86,7	69,3	77,7	94,4	88,6	91,4
55—59	116,2	91,5	102,7	87,9	71,5	79,0	104,1	83,0	92,6
60—64	113,9	109,8	111,6	96,6	71,8	82,0	105,9	92,9	98,6
65—74	120,2	100,8	108,2	93,3	70,3	80,2	106,6	86,9	91,9
75 i >	99,9	75,4	82,9	77,6	43,9	56,5	88,3	61,3	70,4
Ogółem	127,3	118,2	122,6	173,6	166,5	170,1	146,3	137,2	141,6

W 1984 r. zmarło w Polsce z powodu wzv 331 osób, tzn. o 7 osób (2,4%) mniej, niż w 1983 r. Śmiertelność w 1984 r. wyniosła 0,63% i była wyższa niż w 1983 r. (0,55%). W ostatnich latach najwyższa śmiertelność wystąpiła w 1981 r. i wyniosła 0,77%.

Umieralność w Polsce w 1984 r. wyniosła 0,90 na 100 000 mieszkańców i była niższa niż w 1983 r. (0,92), lecz wyższa niż w 1982 r. (0,86). Najwyższa umieralność w 1984 r. (2,54) wystąpiła w województwie siedleckim, a najwyższa liczba zgonów — 54 przyp. w województwie katowickim. Wysoką umieralność zarejestrowano w województwach: gorzowskim (1,47), miejskim krakowskim (1,41) oraz poznańskim (1,40). Niską umieralność odnotowano w województwach: olsztyńskim (0,14), tarnowskim (0,16), suwalskim (0,23) i skierniewickim (0,25). W województwie szczecińskim w 1984 r. zgony z powodu wzv nie wystąpiły.

Na terenie miast umieralność wyniosła 1,01 i była wyższa od umieralności na wsi (0,72).

Najwyższą umieralność odnotowano w grupie wieku od 75 do 79 lat (6,42), najniższą zaś w grupach wieku: od 15 do 19 lat (0,04) i od 10 do 14 lat (0,11). Ogólna umieralność mężczyzn była wyższa od umieralności kobiet (odpowiednio 0,93 i 0,86), z tym, że w grupach wieku od 20 do 34 lat umieralność kobiet przekraczała prawie dwukrotnie wartości tego współczynnika odnotowanego wśród mężczyzn. Wśród niemowląt (do 12 miesiąca życia) umieralność wśród chłopców była czterokrotnie wyższa niż wśród dziewcząt (chłopcy — 2,2, dziewczynki — 0,58). Wśród dzieci z tej grupy wieku umieralność w 1984 r. była wyższa niż w 1983 r. i wynosiła odpowiednio 1,41 i 1,28.

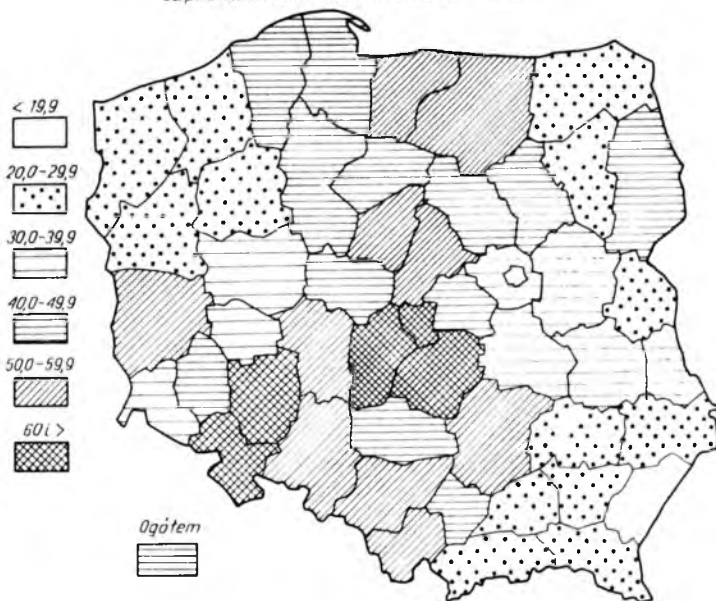
WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY — TYP B (ZACHOROWANIA Z HBsAg+)

W 1984 roku zarejestrowano 16 285 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby z wykrytym we krwi antygenem HBs (wzv HBsAg+, wzv B), tj. o 913 zachorowań więcej niż w 1983 roku. Zapadalność 44,1 była o 5% wyższa, niż zapadalność w 1983 r. (42,0). Zapadalność w kraju wahała się od 16,9 w województwie przemyskim do 92,5 w województwie piotrkowskim. Najwyższa zapadalność występowała, podobnie jak w poprzednich latach — w województwach centralnych i południowo-zachodnich, a najniższa w województwach południowo-wschodnich i północno-zachodnich.

W 1984 r. wysoka zapadalność (powyżej 60) wystąpiła w województwach: piotrkowskim (92,5), sieradzkim (75,8), łódzkim (66,8), wałbrzyjskim (63,4) i wrocławskim (63,3). Niską zapadalność, poniżej 19,9, notowano jedynie w woj. przemyskim. W porównaniu z 1983 r., najwyższy wzrost zapadalności wystąpił w województwach: lubelskim (z 19,6 do 34,4) — o 75,5%, krośnieńskim (z 19,6 do 25,4) — o 50,3%, oraz wałbrzyjskim (z 43,1 do 63,4) — o 47,0% (ryc. 4). Największy spadek zapadalności w porównaniu z 1983 rokiem wystąpił w województwach: łomżyńskim (z 43,2 do 29,8) — o 31,0%, miejskim krakowskim (z 52,4 do 41,4) — o 21,0% i leszczyńskim (z 47,8 do 37,8) — o 20,9%.

Udział procentowy zachorowań na wzv typu B w ogólnej liczbie zachorowań na wzv był w 1984 r. wyższy niż w 1983, i wyniósł 31,1%. W poprzednich latach udział ten kształtował się następująco: w 1983 r. —

Zapadalność na 100000 w Polsce w 1984 r.



Ryc. 4. Wirusowe zapalenie wątroby z wykrytym we krwi antygenem HBs. Zapadalność na 100 000 w Polsce w 1984 r.

24,9%, w 1982 r. — 30,6%, w 1981 r. — 32,6%, w 1980 r. — 33,3%. W 1984 r. na terenie kraju udział procentowy wzv B/wzv ogółem wahał się od 8,8% w woj. przemyskim do 69,5% w woj. łódzkim. W 1984 r. 50 i więcej % zachorowań na wzv HBsAg+ stwierdzono w województwach: miejskim łódzkim (69,5%), sieradzkim (64,7%), leszczyńskim (59,9%), wrocławskim (56,8%), piotrkowskim (56,7%), zielonogórskim (53,2%) i poznańskim (51,6%).

Niski udział procentowy zachorowań na wzv typu B (poniżej 10,0%) zarejestrowano jedynie w województwie przemyskim (8,8%) (tab. VI).

Podobnie jak w poprzednich latach, nie stwierdzono sezonowości zachorowań na wzv B.

Największa liczba zachorowań na wzv HBsAg+ wystąpiła w grupach wieku od 20 do 24 lat (1715 zachorowań), od 25 do 29 lat (1843 zachorowania) i od 30 do 34 lat (1504 zachorowania), na co miała wpływ wysoka liczba zachorowań wśród kobiet w wieku rozrodczym. Wysoka liczba zachorowań występowała też u osób powyżej 45 r.ż. Zapadalność była najwyższa w grupie wieku od 55 do 59 lat (61,2), od 50 do 54 lat (60,2) i w grupie wieku od 20 do 24 lat (60,0).

Analiza zachorowań w zależności od wieku i płci wskazuje na wyraźną przewagę zapadalności kobiet w wieku 20—29 lat oraz mężczyzn powyżej 50 lat. Ogólna zapadalność wśród mężczyzn i kobiet była zbliżona (odpowiednio 44,0 i 44,3) (tab. VII). Najniższa zapadalność wystąpiła w grupie wieku od 0 do 4 lat (9,7), wahając się od 7,3 w pierwszym roku życia do 18,2 w piątym roku życia.

Zapadalność w miastach wynosiła ogółem 49,0 i była wyższa od zapadalności na wsi (36,9). Najwyższa zapadalność (51,7) wystąpiła w miastach o liczbie ludności od 20 do 50 tys.

Tabela VI. Wirusowe zapalenie wątroby z wykrytym we krwi HBsAg+ w latach 1979—1983

Województwo	Mediana 1980—1982		1983		1984		za- pad.	
	l. zach.	za- pad.	l. zach.	%	l. zach.	%		
P O L S K A	15371	42,8	15372	24,9	42,0	16285	31,1	44,1
1. St. warszawskie	1186	45,3	991	30,6	41,8	1010	36,0	42,3
2. Białkopodlaskie	49	16,9	52	13,9	17,8	68	28,7	23,1
3. Białostockie	268	41,3	331	19,6	50,5	305	27,5	46,0
4. Bielskie	420	50,5	458	25,0	53,6	484	28,1	56,2
5. Bydgoskie	331	32,2	406	31,0	38,4	445	40,3	41,7
6. Chełmskie	89	38,4	68	17,9	28,9	74	49,7	31,1
7. Ciechanowskie	178	43,6	199	15,6	48,4	207	19,8	49,9
8. Częstochowskie	472	62,7	340	32,8	45,0	315	41,2	41,4
9. Elbląskie	200	44,5	211	18,3	46,5	235	22,3	51,1
10. Gdańskie	627	46,4	543	22,3	39,7	605	33,0	43,8
11. Gorzowskie	157	33,8	154	31,4	32,7	134	35,5	28,1
12. Jeleniogórskie	185	37,3	182	28,7	36,4	173	29,1	34,2
13. Kaliskie	266	40,2	326	39,2	47,8	383	49,4	55,6
14. Katowickie	2384	63,1	2153	41,7	55,5	2086	43,2	53,8
15. Kieleckie	449	42,0	419	16,1	38,6	564	19,0	51,4
16. Konińskie	258	54,0	233	33,3	51,9	199	36,4	43,9
17. Koszalińskie	157	34,4	116	21,2	24,4	115	24,9	23,9
18. M. krakowskie	504	42,7	625	29,0	52,4	498	34,3	41,4
19. Krośnieńskie	96	21,3	78	19,5	16,9	119	26,7	25,4
20. Legnickie	193	41,1	217	36,5	45,5	238	40,1	49,4
21. Leszczyńskie	138	38,4	175	68,6	47,8	140	56,9	37,8
22. Lubelskie	243	25,9	188	17,6	19,6	334	34,9	34,4
23. Łomżyńskie	88	26,9	143	8,9	43,2	100	11,9	29,8
24. M. łódzkie	760	67,7	940	64,9	82,2	767	69,5	66,8
25. Nowosądeckie	167	26,6	143	11,7	22,2	171	16,1	26,1
26. Olsztyńskie	254	37,6	259	20,0	36,9	373	30,0	52,3
27. Opolskie	384	39,3	404	25,4	40,7	532	43,3	53,1
28. Ostrołęckie	112	30,4	118	8,9	31,3	159	13,7	41,8
29. Piłskie	185	42,1	135	26,0	29,9	107	22,6	23,4
30. Piotrkowskie	558	92,7	489	36,7	78,7	579	56,7	92,5
31. Płockie	229	46,5	274	39,0	54,6	268	41,4	53,0
32. Poznańskie	509	40,9	525	49,8	41,4	429	51,6	33,4
33. Przemyskie	78	20,9	58	7,5	15,0	66	8,9	16,9
34. Radomskie	232	27,0	203	9,2	28,4	277	11,7	38,4
35. Rzeszowskie	113	17,3	119	12,1	17,8	163	20,5	24,0
36. Siedleckie	210	33,8	222	7,7	35,5	210	11,7	33,3
37. Sieradzkie	299	76,0	362	62,8	91,6	302	64,7	75,8
38. Skierniewickie	153	38,4	160	27,9	39,7	196	43,7	48,2
39. Słupskie	187	50,2	135	20,6	35,4	169	35,5	43,5
40. Suwalskie	71	16,9	87	13,0	20,1	99	16,6	22,5
41. Szczecińskie	223	24,7	266	40,4	28,9	206	46,3	22,2
42. Tarnobrzeskie	112	19,9	142	11,4	25,0	148	17,5	25,8
43. Tarnowskie	128	20,8	156	12,6	25,1	144	15,1	22,8
44. Toruńskie	286	46,7	237	21,1	38,0	265	29,7	42,0
45. Wałbrzyskie	311	62,3	312	30,5	43,1	463	35,0	63,4
46. Włocławskie	174	42,0	183	9,3	43,7	223	12,8	52,7
47. Wrocławskie	422	39,2	476	34,7	43,5	699	56,8	63,3
48. Zamojskie	144	30,4	132	18,0	27,5	110	13,0	22,7
49. Zielonogórskie	283	46,2	227	28,3	36,3	329	53,2	51,8

Tabela VII. Wirusowe zapalenie wątroby *HBsAg+* w Polsce w 1984 roku
Zapadalność na 100 000 i odsetek zachorowań na wzv *HBsAg+* w stosunku do
wszystkich zachorowań na wzv wg płci i wieku

Grupy wieku	Zapadalność			Odsetek *)		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
0—4	11,7	13,7	9,7	25,3	20,1	22,9
5—9	23,5	24,9	22,1	9,6	7,9	8,7
10—14	27,5	34,0	20,8	10,1	6,8	8,6
15—19	35,5	31,9	31,9	14,9	14,9	14,9
20—24	60,0	45,6	75,2	26,5	37,5	32,3
25—29	54,7	47,9	61,9	34,9	41,2	38,1
30—34	45,2	42,1	50,4	42,3	43,7	43,0
35—39	47,9	47,6	48,2	54,1	53,7	53,9
40—44	45,2	47,3	43,1	58,7	59,1	58,9
45—49	48,7	49,7	47,8	62,5	61,6	62,1
50—54	60,2	61,6	59,0	65,2	66,6	65,9
55—59	61,2	70,9	53,1	68,1	64,0	66,1
60 i >	57,3	65,6	52,0	64,3	64,3	64,3
Ogółem	44,1	44,0	44,3	30,0	32,3	31,1

*) — odsetek zachorowań na wzv *HBsAg+* w stosunku do ogólnej liczby zachorowań na wzv.

Odsetek zachorowań na wzv *HBsAg+* w ogólnej liczbie zachorowań na wzv wynosił wśród mężczyzn 32,3%, a wśród kobiet 31,1%. Odsetek ten najwyższy był w grupach wieku ludności od 45 r.ż. wzwyż, a najniższy w grupach od 5 do 14 lat, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.

Reasumując:

Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby ogółem w 1984 r. w odniesieniu do 1983 r. uległa poprawie, lecz w porównaniu z medianą za lata 1978—1982 — pogorszyła się. Liczba zgonów i umieralność z powodu wzv w porównaniu z sytuacją w 1983 r. nieznacznie zmniejszyła się.

Sytuacja epidemiologiczna wzv typu B uległa w 1984 r. pogorszeniu. Wzrosła liczba zachorowań i zapadalność. Najwyższa zapadalność wystąpiła wśród kobiet w wieku rozrodczym i mężczyzn w wieku proprodukcyjnym, co może mieć związek z zabiegami medycznymi dokonywanymi z naruszeniem ciągłości tkanek.

Niepokojącym jest fakt, że w grupie wieku od 0 do 4 lat wysoki jest odsetek zachorowań na wzv B w odniesieniu do wzv ogółem, co może mieć związek z występowaniem nosicielstwa *HBsAg* u matek.

A. П р и з ы б ы л ь с к а

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ — 1984 ГОД

Резюме

Зарегистрировано вообще 52 287 заболеваний вирусным гепатитом (9442 заболеваний т.е. 15,3% менее чем в 1983 году). Заболеваемость равнялась 141,7 на 100 000 жителей и была низшая чем в 1983 году (168,8) но высшая чем медиана годов 1978—1982 (138,1). Общая заболеваемость мужчин (146,3) была выс-

шая чем женщин (137,2). Заболеваемость в селах вообще равнялась 170,1, а в городах — 122,6. По поводу вирусного гепатита было 331 летальных исходов. Летальность равнялась 0,63% а паказатель смертности — 0,90 на 100 000 жителей. Вирусный гепатит типа В (с обнаруженным HBsAg) в 1984 году составляли 16 285 заболеваний, т.е. о 913 (5,9%) больше чем в 1983 году. Заболеваемость на 100 000 равнялась 44,1 (в 1983 году — 42,0), при чём у мужчин и женщин была сходная (44,0 и 44,3). Заболеваемость в селах равнялась 36,9 и была низшая чем в городах (49,0).

A. Przybylska

VIRUS HEPATITIS — 1984

Summary

The total number of notified cases was 52 287 (that is 9442 less or 15.3% less than in 1983). The incidence was 141.7 per 100 thousand and it was lower than in 1983 (168.8) but higher than the median value for the years 1978—1982 (138.1). The general incidence in males (146.3) was higher than in females (137.2). The total incidence in rural areas was 170.1 and in urban areas 122.6. Virus hepatitis caused death of 331 subjects. The mortality was 0.62% and the fatality rate per 100 000 was 0.90. Type B virus hepatitis (with demonstrated HBsAg). In 1984 the number of cases was 16 285, that is 913 (5.9%) more than in 1983. The incidence per 100 000 was 44.1 (in 1983 it was 42.0). The incidence in males and females was similar (44.0 and 44.3). The incidence in rural areas was 36.9 and it was lower than in urban areas (49.0).

Zbigniew Anusz

TĘŻEC — 1984 ROK

W 1984 roku zarejestrowano 85 zachorowań na tężec, o 27 mniej niż w roku 1983 i o 16 mniej w porównaniu do mediany za lata 1978—1982. Zapadalność wynosiła 0,2 na 100 000 mieszkańców. Najwyższą zapadalność notowano w województwach: nowosądeckim (1,1), tarnowskim (1,1), tarnobrzeskim (0,7), rzeszowskim (0,6) i ostrołęckim (0,5).

Nie rejestrowano zachorowań w 14 województwach (w 1983 r. w 13 województwach): ciechanowskie, gdańskie, jeleniogórskie, konińskie, lubelskie, miejskie łódzkie, olsztyńskie, pilskie, płockie, skierniewickie, suwalskie, szczecińskie, wrocławskie, zamojskie.

Spadek zapadalności w stosunku do 1983 r. obserwowano w 19 województwach. Szczególnie wyraźny spadek zapadalności osiągnięto w województwach częstochowskim, kaliskim, krośnieńskim (tab. I).

Wzrost zapadalności notowano w 10 województwach. Szczególnie wyraźny w województwie nowosądeckim (z 0,6 na 1,1). Służba przeciwepidemiczna tych terenów winna zwrócić szczególną uwagę na to zjawisko. Obserwacje te świadczą o niedociągnięciach w wykonywaniu szczepień. Na tych terenach należy nasilić akcję szczepień zapobiegawczych anatoksyną tężcową wśród dorosłych.

Na wsi zarejestrowano 73% ogółu zachorowań, w miastach 27%. Zapadalność była znacznie wyższa na wsi (0,5/100 000) niż w mieście (0,1) (tab. II).

Najwyższa zapadalność występowała w wieku powyżej 60 roku życia (zap. 0,9; 56,5%). W grupie wieku od 0 do 24 roku życia nie rejestrowano zachorowań (tab. III).

Zapadalność wśród kobiet i mężczyzn była identyczna (0,2). W 1984 r. zarejestrowano 37 zgonów (śmiertelność 43,5%), w tym 22 kobiety i 15 mężczyzn. Wśród osób w wieku powyżej 60 roku życia było 26 zgonów (70,3%) (tab. III). Sezonowy wzrost zachorowań obserwowano w marcu a następnie od sierpnia do grudnia. Szczyt zachorowań przypadł na miesiące październik (24,7%) i listopad (12,8%) (ryc. 1).

Okres wylegania kształtował się następująco: do 7 dni — 33,0% chorych, od 8 do 14 dni u 34,1%, od 15 do 21 dni u 10,6%, powyżej 21 dni u 12,9%, u 9,4% chorych nie zdołano ustalić. Łącznie okres wylegania tężca do 15 dni obejmował 67,1% ogółu chorych.

Najczęstsze miejsca zranienia stanowiły kończyny dolne (47,3%) i kończyny górne (40,7%), następnie głowa (11,0%) i inne (1,0%). Najczęstszy rodzaj zranienia stanowiły rany cięte (33,0%), następnie rany klute (18,7%), otarcia i pęknięcia (16,5%), rany tłuczone (12,0%), rany szar-

Tabela I. Tężec w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.
		POLSKA					
		101	0,3	112	0,3	85	0,2
1	St. warszawskie	—	—	2	0,1	2	0,1
2	Białkopodlaskie	1	0,3	1	0,3	1	0,3
3	Białostockie	3	0,5	—	—	1	0,2
4	Bielskie	7	0,9	5	0,6	5	0,6
5	Bydgoskie	—	—	1	0,1	2	0,2
6	Chełmskie	1	0,4	1	0,4	1	0,4
7	Ciechanowskie	1	0,2	1	0,2	—	—
8	Częstochowskie	4	0,5	13	1,7	3	0,4
9	Elbląskie	1	0,2	—	—	1	0,2
10	Gdańskie	1	0,1	1	0,1	—	—
11	Gorzowskie	1	0,2	2	0,2	1	0,2
12	Jeleniogórskie	2	0,4	2	0,4	—	—
13	Kaliskie	1	0,1	6	0,9	1	0,1
14	Katowickie	4	0,1	7	0,2	11	0,3
15	Kieleckie	2	0,2	3	0,3	3	0,3
16	Konińskie	1	0,2	2	0,4	—	—
17	Kozalińskie	—	—	—	—	2	0,4
18	Miejskie krakowskie	10	0,9	4	0,3	4	0,3
19	Krośnieńskie	2	0,4	4	0,9	1	0,2
20	Legnickie	—	—	1	0,2	1	0,2
21	Leszczyńskie	1	0,3	—	—	1	0,3
22	Lubelskie	1	0,1	—	—	—	—
23	Łomżyńskie	—	—	—	—	1	0,3
24	Miejskie łódzkie	1	0,1	—	—	—	—
25	Nowosądeckie	7	1,1	4	0,6	7	1,1
26	Olsztyńskie	—	—	—	—	—	—
27	Opolskie	3	0,3	4	0,4	4	0,4
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	2	0,5
29	Pilskie	1	0,2	—	—	—	—
30	Piotrkowskie	2	0,3	1	0,2	1	0,2
31	Płockie	—	—	1	0,2	—	—
32	Poznańskie	3	0,2	1	0,1	1	0,1
33	Przemyskie	5	1,3	3	0,8	1	0,3
34	Radomskie	1	0,1	4	0,6	2	0,3
35	Rzeszowskie	5	0,8	4	0,6	4	0,6
36	Siedleckie	2	0,3	2	0,3	1	0,2
37	Sieradzkie	2	0,5	3	0,8	1	0,3
38	Skierniewickie	—	—	—	—	—	—
39	Słupskie	1	0,3	—	—	1	0,3
40	Suwalskie	2	0,4	2	0,5	—	—
41	Szczecińskie	—	—	1	0,1	—	—
42	Tarnobrzeskie	1	0,1	6	1,1	4	0,7
43	Tarnowskie	11	1,9	11	1,8	7	1,1
44	Toruńskie	—	—	—	—	2	0,3
45	Wałbrzyskie	1	0,1	3	0,4	3	0,4
46	Włocławskie	—	—	1	0,2	1	0,2
47	Wrocławskie	2	0,2	1	0,1	—	—
48	Zamojskie	2	0,4	1	0,2	—	—
49	Zielonogórskie	2	0,3	3	0,5	1	0,2

Tabela II. Teżec w Polsce w 1984 roku. Zachorowania, zapadalność na 100 000 mieszkańców wg środowiska i zgony

Lp.	Województwo	Wieś		Miasto		Liczba zgonów
		l. zach.	zapadal- ność na 100 000	l. zach.	zapadal- ność	
	P O L S K A	65	0,4	20	0,1	37 (57,0‰)
1	St. warszawskie	2	0,7	—	—	—
2	Białkopodlaskie	1	0,5	—	—	1
3	Białostockie	1	0,4	—	—	—
4	Bielskie	3	0,7	2	0,5	—
5	Bydgoskie	2	0,5	—	—	2
6	Chełmskie	1	0,7	—	—	2
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	1
8	Częstochowskie	3	0,8	—	—	—
9	Elbląskie	—	—	1	0,4	2
10	Gdańskie	—	—	—	—	—
11	Gorzowskie	—	—	1	0,3	—
12	Jeleniogórskie	—	—	—	—	—
13	Kaliskie	1	0,3	—	—	—
14	Katowickie	3	0,6	8	0,2	1
15	Kieleckie	3	0,5	—	—	6
16	Konińskie	—	—	—	—	2
17	Koszalińskie	1	0,5	1	0,3	—
18	Miejskie krakowskie	3	0,8	1	0,1	—
19	Krośnieńskie	1	0,3	—	—	2
20	Legnickie	1	0,6	—	—	—
21	Leszczyńskie	1	0,5	—	—	1
22	Lubelskie	—	—	—	—	—
23	Lomżyńskie	—	—	1	0,8	—
24	Miejskie łódzkie	—	—	—	—	1
25	Nowosądeckie	6	1,4	1	0,4	—
26	Olsztyńskie	—	—	—	—	2
27	Opolskie	4	0,8	—	—	—
28	Ostrołęckie	2	0,8	—	—	1
29	Piłskie	—	—	—	—	1
30	Piotrkowskie	1	0,3	—	—	—
31	Płockie	—	—	—	—	1
32	Poznańskie	1	0,3	—	—	—
33	Przemyskie	1	0,4	—	—	1
34	Radomskie	1	0,2	1	0,3	1
35	Rzeszowskie	4	0,9	—	—	—
36	Siedleckie	1	0,2	—	—	2
37	Sieradzkie	1	0,4	—	—	—
38	Skierniewickie	—	—	—	—	—
39	Słupskie	—	—	1	0,5	—
40	Suwalskie	—	—	—	—	1
41	Szczecińskie	—	—	—	—	—
42	Tarnobrzeskie	4	1,1	—	—	—
43	Tarnowskie	7	1,7	—	—	3
44	Toruńskie	1	0,4	1	0,3	2
45	Wałbrzyskie	3	1,5	—	—	—
46	Włocławskie	—	—	1	0,5	1
47	Wrocławskie	—	—	—	—	—
48	Zamojskie	—	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	1	0,4	—	—	—

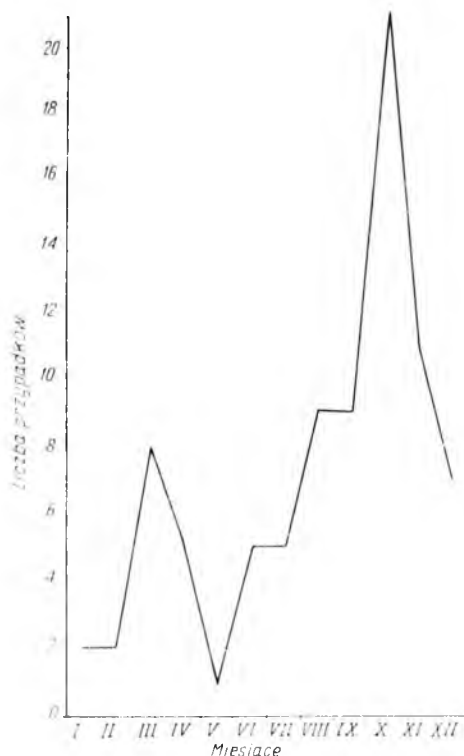
Tabela III. Tężec w Polsce w 1984 roku. Zachorowania, zapadalność na 100 000 ludności oraz zgony wg. płci i wieku

Grupy wieku	Mężczyźni			Kobiety			Razem			
	l. zach.	za-pad.	l. zgonów %	l. zach.	za-pad.	l. zgonów %	l. zach.	za-pad.	%	l. zgonów %
25—29	3	0,2	1(6,7)	1	0,1	—	4	0,1	4,7	1(2,7)
30—39	5	0,2	1(6,7)	2	0,1	—	7	0,1	8,2	1(2,7)
40—49	3	0,2	—	8	0,4	2(9,1)	11	0,3	12,9	2(5,4)
50—59	8	0,4	4(26,6)	7	0,3	3(13,6)	15	0,4	17,7	7(18,9)
pow. 60	15	0,8	9(60,0)	33	1,1	17(77,3)	48	0,9	56,5	26(70,3)
Razem	34	0,2	15(100,0)	51	0,3	22(109,0)	85	0,2	100,0	37(100,0)

Brak zachorowań w grupach wieku od 0—24 lat.

pane (9,9%), zwichnięcia i złamania (2,2%), oparzenia (2,2%), rany miażdżone (1,1%), rany ropne (1,1%) i inne (3,3%).

Podobnie jak w latach poprzednich wiele zastrzeżeń nasuwa niezgodnie z „wytycznymi” zapobiegawcze stosowanie anatoksyny i antytoksyny tężcowej. Tylko 4,7% chorych otrzymało zapobiegawczo anatoksynę tężcową i antytoksynę tężcową, 5,9% otrzymało tylko anatoksynę, 10,6% chorych otrzymało tylko antytoksynę tężcową, a 74,1% chorych nie otrzymało ani surowicy ani anatoksyny tężcowej.



Ryc. 1. Tężec w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań

W roku 1984 zanotowano jedno zakażenie szpitalne *Cl. tetani*.

Chora C.K., lat 47, woj. wałbrzyskie, uraz — zabieg operacyjny na przedniej zatoce szczękowej i przegrodzie nosa; okres wylegania — 3 tygodnie; przebieg choroby; bóle szyi, utrudnione połykanie, szczękoscisk, sztywność karku, wzmożone napięcie mięśni kończyn górnych i dolnych; zapobiegawczo przed zabiegiem anatoksyny nie otrzymała; leczenie — 100 tys. J.A. surowicy p. tężcowej; wyzdrowienie.

Obserwowano 1 przypadek tężca u osoby nie uodpornionej p. tężcowi poddanej zabiegowi chirurgicznemu w następstwie zranienia:

1. Chory P.A., lat 56, woj. katowickie, uraz — oparzenie okolicy podłopatkowej oraz zanokcica palców obu kończyn trwająca pół roku; okres wylegania 23 dni po zabiegu operacyjnym; anatoksyny tężcowej nie podano; przebieg choroby — sztywność karku, wzmożone napięcie mięśni żwaczy i całego układu mięśniowego, silne prężenie po dotknięciu ciała; leczenie — podano surowicę (48 tys. J.A.) i anatoksynę tężcową; zmarł w 16 dniu choroby.

3. А н у ш

СТОЛЬНЯК — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году зарегистрировано 85 заболеваний столбняком, о 22 менее чем в 1983 году и о 16 менее чемедианы годов 1978—1982. Заболеваемость равнялась 0,2 на 100 000 жителей, среди мужчин и женщин была та-же самая (0,2). В селах отмечено 73% всех заболеваний в городах — 27%. Заболеваемость была значительно высшая в селах (0,5/100 000) чем в городах (0,1). Самая высокая заболеваемость была в возрасте выше 60 года жизни (0,9; 56,5%). В группе возраста от 0 до 24 года жизни заболеваний не отмечено. В 1984 году зарегистрировано 37 летальных исходов (смертность — 43,5%, показатель смертности — 0,1/100 000).

Z. Anusz

TETANUS — 1984

Summary

In 1984 the number of tetanus cases was 22 less than in 1983 and 16 less than the median value for the years 1978—1982. The general incidence was 0.2 per 100 thousand, the incidence in males and females was identical (0.2). In 73% of cases the patients were living in villages, only 27% were living in towns. The incidence was much higher in rural areas (0.5) than in towns (0.1). The highest incidence was in the age group over 60 years (0.9, 56.5%). In the age group 0—24 years no cases were notified. The number of death in 1984 was 37 (mortality 43.5%), the death rate was 0.1 per 100 thousand.

Danuta Seroka, Elżbieta Łabuńska

WŚCIEKLIZNA — 1984 ROK

1. ZACHOROWANIA ZWIERZĄT

W roku 1984 wściekliznę zwierząt zanotowano w 42 województwach. Województwa: warszawskie, łódzkie, kieleckie, łomżyńskie, ostrołęckie, rzeszowskie i sieradzkie nie notowały wścieklizny w 1984 r.

Wśród zwierząt, u których laboratoryjnie potwierdzono wściekliznę zanotowano*): 111 psów, 151 kotów, 90 hodowlanych zwierząt domowych, 942 lisy, 20 borsuków, 60 jenotów, 113 saren i jeleni, 34 kuny, 12 tchórzcy, 7 dzików, 7 wiewiórek, 3 zające, 1 wilka i 4 jeże — łącznie 1555 zwierząt.

Rozpoznanie wścieklizny u nietypowych w naturalnych warunkach zakażenia gospodarzy wirusa — gryzoni i jeży — opierano wyłącznie na szybkich metodach diagnostycznych, bez próby izolacji wirusa.

Jeżeli jakiś gatunek zwierzęcia może być zakażony w naturalnych warunkach, to pokąsanie przez to zwierzę stanowi wskazanie do podjęcia szczepień przeciw wściekliznie pokąsanego człowieka, jeżeli nie można u tego zwierzęcia wykluczyć laboratoryjnie wścieklizny.

Z tego względu wprowadzenie do rejestrów źródła zakażenia wścieklizną nowych gatunków zwierząt powinno być zawsze oparte na pełnym potwierdzeniu wirusologicznym, zaś charakterystykę antygenową wyizolowanych szczepów należy określić przy pomocy przeciwciał monoklonalnych.

Od 1975 r., kiedy to zanotowano 1687 przypadków wścieklizny wśród zwierząt, jest to największa liczba rozpoznanych przypadków zwierzęcych. Pomimo tego, tendencje w kształtowaniu się sytuacji epizootologicznej wścieklizny w kraju pozostają wciąż niezmiennione, tzn. lis rudy stanowi źródło zakażenia dla zwierząt domowych i dzikich. Należy sądzić, że rozpoznanie wścieklizny u gryzoni i jeży może stanowić zapowiedź nowych problemów epizootologicznych i epidemiologicznych w szerzeniu się wścieklizny.

2. ZACHOROWANIA LUDZI

W październiku 1984 r. zmarła na wściekliznę w Polsce w woj. elbląskim jedna osoba, nie szczepiona, mężczyzna — lat 27, z zawodu technik weterynaryjny. Nie udało się ustalić źródła zakażenia, sposobu

* Informacja zebrana na podstawie danych z ankiet osób szczepionych i danych uzyskanych z Departamentu Weterynarii

Tabela 1. Rejestracja szczepień ludzi przeciw wścieklicznie w Polsce w 1984 r.

Lp.	Województwo	Liczba osób szczepionych z powodu zwierząt			Łącznie *	Rejestracja MZ-E-II-13
		AB	C	D		
	Łącznie	1868	1523	223	3614+61*)= 3675	4382
1	St. warszawskie	1	45	—	46	85
2	Białkopodlaskie	12	12	2	26	32
3	Białostockie	23	5	1	29	29
4	Bielskie	8	16	—	24	22
5	Bydgoskie	93	62	4	159	166
6	Chełmskie	7	2	—	9	9
7	Ciechanowskie	—	2	—	2	15
8	Częstochowskie	13	21	6	40	55
9	Elbląskie	88	54	4	146	186
10	Gdańskie	52	100	10	162	215
11	Gorzowskie	310	82	16	408	402
12	Jeleniogórskie	33	106	9	148	121
13	Kaliskie	33	20	12	65	64
14	Katowickie	8	61	2	71	75
15	Kieleckie	—	17	6	23	19
16	Konińskie	6	6	—	12	12
17	Koszalińskie	96	86	47	229	250
18	Miejskie krakowskie	6	48	5	59	78
19	Krośnieńskie	5	14	—	19	20
20	Legnickie	42	58	1	101	137
21	Leszczyńskie	53	22	3	78	79
22	Lubelskie	23	4	—	27	34
23	Łomżyńskie	—	2	—	2	—
24	Miejskie łódzkie	—	44	7	51	64
25	Nowosądeckie	—	1	—	1	28
26	Olsztyńskie	70	84	34	188	194
27	Opolskie	47	48	2	97	118
28	Ostrołęckie	—	1	—	1	1
29	Piłskie	39	12	4	55	67
30	Piotrkowskie	1	12	1	14	11
31	Płockie	31	44	2	77	70
32	Poznańskie	—	2	—	2	372
33	Przemyskie	—	7	—	7	8
34	Radomskie	19	28	—	47	49
35	Rzeszowskie	—	—	—	—	3
36	Siedleckie	19	9	—	28	27
37	Sieradzkie	—	6	—	6	6
38	Skierniewickie	2	—	—	2	22
39	Ślupskie	190	55	20	265	211
40	Suwalskie	57	31	—	88	103
41	Szczecińskie	143	63	6	212	245
42	Tarnobrzесьkie	—	4	6	10	12
43	Tarnowskie	—	14	—	14	14
44	Toruńskie	188	64	1	253	286
45	Wałbrzyskie	53	4	—	57	67
46	Włocławskie	16	28	1	45	41
47	Wrocławskie	17	44	2	63	65
48	Zamojskie	7	38	6	51	55
49	Zielonogórskie	57	35	3	95	138

*) 61 osób zaszczepiono z powodu kontaktu z chorym człowiekiem

AB zwierzę wściekle, wściekliczna potwierdzona laboratoryjnie lub klinicznie

C wściekliczna u zwierzęcia niewykłuczona

D zwierzę zdrowe w mom. ekspozycji, obserwowane przez lekarza wet.

Różnica pomiędzy zgłoszeniem a liczbą ankiet wynosi 707 szt. ankiet

bu zakażenia i okresu inkubacji choroby. Wprawdzie pacjent w okresie nasilających się objawów klinicznych usiłował przekonać lekarzy, że jest chory na wściekliznę, lecz przy wstępnym rozpoznaniu tęcza, a następnie choroby psychicznej — nie zebrano właściwego wywiadu. Objawy kliniczne trwały 19 dni.

3. REJESTRACJA OSÓB NARAŻONYCH

Dane dotyczące rejestracji szczepień zawiera tab. I. Ocena sytuacji epidemiologicznej wścieklizny w Polsce w 1984 r. oparto na 3614**) ankietach osób szczepionych przeciw wściekliznie, nadesłanych do Zakładu Epidemiologii PZH przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz na danych epizootiologicznych udostępnionych Zakładowi przez Departament Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa. Ankiety osób szczepionych przeciw wściekliznie stanowią jedyne źródło informacji, na podstawie którego można prowadzić ocenę szczepień w zakresie ich skuteczności, bezpieczeństwa, wykonawstwa i organizacji. W roku 1984 otrzymano o 707 ankiet mniej, niż liczba osób zarejestrowanych w formularzu E-II-13.

Różnice liczbowe w tabeli I pomiędzy liczbą nadesłanych ankiet a danymi w formularzu E-II-13, mogą być wynikiem rejestracji przez Stacje przypadków pokąsań, nie wg daty pokąsania, a wg daty nadesłania ankiety; informacje te nadsyłane w końcu lub na przełomie roku wpływają w ten sposób na różnice liczbowe, jeżeli chce się uwzględnić czas ekspozycji, a nie nadesłania ankiety osoby szczepionej.

Z tabeli II wynika, że w roku 1984 nadesłano ankiety informujące o stopniu zagrożenia ludności wścieklizną ze strony 496 zwierząt (30%) chorych na wściekliznę. Można więc przypuszczać, że pozostała liczba około 1000 zwierząt wściekłych (70%) nie zagrażała ludziom lub — że do Stacji Sanitarnych w jakimś procencie nie dociera informacja o zagrożeniu ludności wścieklizną. Ponownie polecamy ten problem uwadze Wojewódzkich Stacji San.-Epid., aby po co miesięcznej wymianie informacji o sytuacji epizootiologicznej i epidemiologicznej terenu z wojewódzkim lekarzem weterynarii, przypominać terenowym stacjom o ewentualnym zagrożeniu ludności wścieklizną na ich terenie i zebraniu wywiadu w tym kierunku.

4. CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE WSKAZANIA DO SZCZEPIEŃ LUDZI PRZECIW WŚCIEKLIŹNIE W POLSCE W 1984 R.

a) źródło zakażenia.

Wykaz zwierząt z powodu których podejmowane są szczepienia zawiera tabela II.

W dalszym ciągu narażenie ludzi na szczepienie przeciw wściekliznie w Polsce nie jest bezpośrednio kształtowane przez główne źródło zakażenia, jakie stanowią dzikie drapieżniki (26,5% szczepionych); przeważają szczepienia powodowane kontaktami ze zwierzętami domowymi

**) 61 osób szczepiono z powodu chorego człowieka — łączna więc liczba nadesłanych ankiet wynosiła 3675.

Tabela II. Zwierzęta kształtujące wskazania do szczepień ludzi przeciw wściekliznie w Polsce w 1984 r.

Zwierzę	Liczba osób szczepionych z powodu styczności ze zwierzętami kategorii			Łącznie *)
	AB	C	D	
Pies	574	829	211	1614
Kot	324	233	9	566
Lis	550	150	—	700
Jenot	36	5	—	41
Sarna	123	61	—	184
Kuna	25	22	—	47
Borsuk	13	3	—	16
Dzik	22	7	—	29
Wiewiórka	2	30	—	32
Tchórz	6	18	—	24
Zając	3	4	—	7
Szczur	—	88	—	88
Tchórzofretka	2	1	—	3
Lis hodowlany	19	1	—	20
Krowa	145	11	—	156
Baran	15	2	—	17
Swinia	6	—	1	7
Koń	—	6	1	7
Nutria	—	7	1	8
Mysz	—	6	—	6
Łasica	—	2	—	2
Piżmowiec	—	1	—	1
Małpa	—	1	—	1
Popielica leśna	—	1	—	1
Nietoperz	—	1	—	1
Jastrząb	—	1	—	1
Świnka morska	—	2	—	2
Chomik hodowlany	—	4	—	4
Jeż	3	8	—	11
Niezidentyfikowane	—	18	—	18
Razem	1868	1523	223	3614

*) 61 osób zaszczepiono z powodu kontaktu z chorym człowiekiem

Łączna liczba szczepionych wynosiła więc 3675 osób.

AB — wścieklizna u zwierzęcia potwierdzona laboratoryjnie lub klinicznie

C — wścieklizna u zwierząt niewykluczona

D — zwierzę zdrowe w momencie ekspozycji

chorymi, a głównie podejrzanymi o zakażenie, u których nie można wykluczyć wścieklizny (66,5%).

b) diagnostyka zwierząt w kierunku wścieklizny. Przyżyciową diagnostykę zwierząt w kierunku wścieklizny wykonują Państwowe Zakłady Lecznicze dla Zwierząt (tab. III). Laboratoryjną diagnostykę posmiertną wykonują Zakłady Higieny Weterynaryjnej, stosując głównie odczyn immunofluorescencji bezpośredniej, uzupełniany w niektórych przypadkach próbą biologiczną. Izolacja wirusa może trwać do 30 dni, więc wyniki próby biologicznej często nie mają żadnego wpływu na tok szczepienia, uszkodzowanego przez zwierzę człowieka.

Z tego względu laboratoria nie w pełni doświadczone w zakresie

różnicowania swoistości wyników odczynu immunofluorescencji nie są w stanie pomóc w ustalaniu prawidłowych wskazań do szczepień ludzi.

Z drugiej strony — osoby szczepiące nie zawsze są kompetentne w zakresie interpretacji wyników przyżyciowych lub pośmiertnych badań zwierząt i wykorzystanie ich dla właściwego ustalenia wskazań do szczepień.

Tabela III. Analiza przyczyn szczepień ludzi z powodu zwierząt kategorii C w 1984 r.

Wyszczególnienie		Liczba
Liczba osób szczepionych z powodu *)	zwierząt domowych	1096
	zwierząt dzikich	409
Liczba osób szczepionych ponieważ	zwierzę zbiegło	986
	zwierzę zabite lub padłe nie badane laboratoryjnie	335
	nie uwzględniono wyników badań laboratoryjnych **)	37
	nie zebrano wywiadu dotyczącego zwierzęcia	27
	brak informacji w ankiecie	10

*) w 18 przypadkach nie rozpoznano zwierzęcia

***) w 128 przypadkach wykluczono laboratoryjnie wściekliznę u zwierząt i przerwano szczepienie człowieka

Tabela IV. Postępowanie zapobiegawcze u osób narażonych na zakażenie wścieklizną w Polsce w 1984 r.

Dane	Liczba osób szczepionych z powodu zwierząt kategorii			
	AB	C	D	
Łączna liczba szczepionych	1868	1523	223	
surowicę podano	do 72 godz. po ekspozycji	6	11	2
	powyżej 72 godz. po ekspozycji	7	5	—
szczepionkę podano	do 72 godz. po ekspozycji	238	625	173
	4—6 dni po ekspozycji	441	345	26
	7—14 dni po ekspozycji	823	334	15
	powyżej 14 dni po ekspozycji	322	201	5
Brak informacji w ankiecie o czasie podania szczepionki	44	18	4	
Szczepiono zgodnie z instrukcją szczepienia	1687 ²⁾	1332 ²⁾	174 ¹⁾	
Podano anatoksynę tęączową	9	251	24	
Podano antytoksynę tęączową	—	36	1	
Podano ana- i antytoksynę tęączową	—	9	2	

1) 49 osób szczepiono nieprawidłowo: szczepień nie przerywano lub rozpoczynano je powyżej 5 dni od pokąsania, pomimo tego, że zwierzę nie odbiegało od normy klinicznej

2) przeważnie nie podawano dawek przypominających szczepionki.

Tabela V. Narażenie ludzi na zakażenie wścieklizną w Polsce w 1984 r.

Liczba osób podejrzanych o zakażenie wścieklizną przez

Rodzaj narażenia	psy i koty			zwierzęta gospodarskie hodowlane			zwierzęta dzikie ¹⁾			zwierzęta dzikie ²⁾			Nieidentyfikowane	Łącznie (%)		Łącznie (%)	
	AB	C	D	AB	C	D	AB	C	D	AB	C	D		C	AB	C	D
Brak kontaktu, mleko, kontakty pośrednie, dotykane skóry	329	30	3	70	7	1	383	101	—	87	34	—	—	869 (47)	172 (11)	4 (2)	1045 (29)
Oślinienia	414	69	10	117	13	—	202	61	—	58	19	—	1	791 (43)	163 (11)	10 (4)	964 (27)
Podrapania	21	28	2	—	—	—	2	3	—	—	1	—	—	23 (1)	32 (2)	2 (1)	57 (2)
Pokąsania powierzchowne głowy lub dłoni	71	336	74	—	9	—	24	111	—	1	7	—	9	96 (5)	472 (31)	74 (33)	642 (18)
Pokąsania głębokie głowy lub dłoni	7	71	46	—	3	1	5	21	—	—	1	—	1	12 (0,5)	97 (6)	47 (21)	156 (4)
Pokąsania powierzch. tułowia lub kończyn, ramion	33	443	58	—	—	—	7	27	—	1	11	—	6	41 (2)	487 (32)	58 (26)	586 (16)

Pokąsania głębokie tułowia lub kończyn, ramion	7	77	25	—	2	1	3	1	—	1	5	—	1	11 (0,5)	86 (6)	26 (12)	123 (3)
Brak danych w ankiecie o ekspozycji	16	8	2	—	—	—	6	3	—	3	3	—	—	25 (1)	14 (1)	2 (1)	41 (1)
Łącznie	898	1062	220	187	34	3	632	328	—	151	81	—	18	1868 * (100)	1523 (100)	223 (100)	3614 (100)

1) zwierzęta drapieżne takie jak lis, borsuk, jenot, kuna piżmowiec, wilk, tchórz, wiewiórka, szczur, mysz, łasica, nietoperz. popielica, jastrząb;

2) zwierzęta niedrapieżne takie jak sarna, zając, dzik, jeź itp., małpa;

*) 61 osób szczepiono z powodu kontaktu z chorym człowiekiem. Łącznie więc w tej kategorii szczepiono 1929 osób.

W ankietach osób szczepionych, w wielu przypadkach rubryki dotyczące diagnozy u zwierzęcia wypełniane są nieporadnie, bez zrozumienia istoty rzeczy.

Dane z tego zakresu zawierają tabele IV i V. Wciąż pozostaje aktualna uwaga, że w najkorzystniejszej dla pacjenta sytuacji, gdy zwierzę jest uchwytne do badania i przyżyciowego wykluczenia wścieklizny, lekarze szczepiący rozpoczynają szczepienie i kontynuują je, pomimo tego, że zwierzę jest w pełni zdrowe (szczepienia można w ogóle nie zaczynać lub przerwać 5-go dnia po pokąsaniu) lub rozpoczynają szczepienie, gdy upłynęło więcej niż 5 dni od dnia pokąsania i zwierzę cały czas nie odbiegało od normy (szczepienia nie należy już w ogóle rozpoczynać). Okres klinicznej obserwacji przyżyciowej psa oparty jest na okresie możliwej zaraźliwości zwierzęcia przed wystąpieniem pierwszych u niego objawów klinicznych.

W grupie 223 osób uchybienie w tym zakresie popełniono w odniesieniu do 49 osób (22%), narażając je na niepotrzebne podawanie potencjalnie neuropatogennego preparatu.

C. Rozcznianie w zakresie patogenezы wścieklizny przez osoby szczepiące

W wielu przypadkach stwierdza się zbyt pochopne naznaczenie wskazań do szczepień przeciw wściekliznie nieusprawiedliwionych patogenezą i dynamiką tego zakażenia, przede wszystkim w sytuacjach gdy zwierzę nie ugryzło i zachodzi potrzeba interpretacji pojęcia oślinienia.

Zakażenie następuje wtedy, gdy ślina zawierająca wirus dostaje się do zakończenia nerwów obwodowych w skórze lub błonach śluzowych. Dzieje się to w momencie ugryzienia lub oślinienia uszkodzonej skóry lub błon śluzowych — przy czym samo oślinienie musi być dostatecznie intensywne (zabiegi w jamie ustnej, obciążanie tuszy ze skóry, pielęgnacja zwierzęcia przez cały okres jego choroby i wydalania wirusa ze śliną itp.). Świadczy o tym suma obserwacji epidemiologicznych zebranych przez dziesiątki lat na całym świecie. Umierają ludzie pokąsani przez chore zwierzęta — szczególnie niebezpieczne są głębokie rany zadawane przez dzikie drapieżniki. Postępowanie w roku 1984 w tym zakresie ilustruje tabela VI.

W grupie 1868 osób szczepionych z powodu kontaktu ze zwierzętami chorymi (AB) — aż 90% szczepionych nie miało naruszonych powłok przez zwierzęta, w tym 869 osób (47%) w ogóle nie miało wskazań do szczepień; w niektórych przypadkach wskazania te miały cechy nawet humorystyczne — np. pranie torby, w której przewożono kota do badania, wspólny ręcznik do rąk z osobą, która dotykała skóry zwierzęcia itp.

Pozostałym 791 osobom w tej grupie, przynajmniej w połowie można było też zaoszczędzić szczepienia przeciw wściekliznie, przeprowadzając prawidłowo wywiad i rozważając okoliczności narażenia. W grupie osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o chorobę (grupy osób C i D) niepotrzebnie podjęto szczepienia w 11% przypadków. Wynika to z faktu, że osoby, które uległy pokąsaniu przez zwierzę, same szukają pomocy lekarskiej, podczas gdy w ognisku stwierdzonej wścieklizny — retrospektywnie prowadzi się wywiad i poszukuje wszystkich, którzy mogli mieć jakikolwiek kontakt z chorym zwierzęciem. Każdy przypadek kwalifikowania do szczepienia należy rozpatrywać indywidualnie. Jest to szczególnie ważne, gdy wścieklizny u zwierzęcia nie

Tabela VI. Szczepienia ludzi w ogniskach wścieklizny w Polsce w 1984 r.¹⁾

Lp.	Województwo	Liczba ognisk wścieklizny zwierząt	Liczba chorych zwierząt			Liczba osób szczepionych		
			dzi- kich	domo- wych	łą- cz- nie	z uszkodzeniem powł. skór.	bez uszkodzeń powł. skórnych	
	Łącznie	489	290	206	1868	184	1684	
1	St. warszawskie	1	—	1*	1	0	1	* mater. bad.
2	Białkopodlaskie	5	2	3	12	3	7	
3	Białostockie	6	5	1	23	2	21	
4	Bielskie	1	—	1	8	2	6	
5	Bydgoskie	36	24	13	93	17	76	
6	Chełmskie	5	3	2	7	3	4	
7	Ciechanowskie	—	—	—	—	—	—	
8	Częstochowskie	2	1	1	13	1	12	dod. 61 osób z pow. czł.
9	Elbląskie	26	11	15	88	6	82	
10	Gdańskie	12	7	8	52	3	49	
11	Gorzowskie	46	32	15	310	15	295	
12	Jeleniogórskie	4	2	2	33	2	31	
13	Kaliskie	12	11	1	33	8	25	
14	Katowickie	5	3	2	8	2	6	
15	Kieleckie	1	1	—	—	—	—	
16	Konińskie	1	1	—	6	—	6	
17	Koszalińskie	39	13	26	96	28	68	
18	Miejskie krakowskie	2	—	2	6	2	4	
19	Krośnieńskie	2	2	—	5	—	5	
20	Legnickie	11	10	2	42	1	43	
21	Leszczyńskie	21	15	6	53	5	48	
22	Lubelskie	3	1	2	23	2	21	
23	Łomżyńskie	1	1	—	—	—	—	
24	Miejskie łódzkie	—	—	—	—	—	—	
25	Nowosądeckie	—	—	—	—	—	—	
26	Olsztyńskie	22	8	14	70	4	66	
27	Opolskie	18	13	5	47	6	41	
28	Ostrołęckie	—	—	—	—	—	—	
29	Piłskie	16	12	4	39	9	30	
30	Piotrkowskie	1	1	—	1	1	0	
31	Płockie	6	2	5	31	2	29	
32	Poznańskie	—	—	—	—	—	—	
33	Przemyskie	—	—	—	—	—	—	
34	Radomskie	5	5	—	19	—	19	
35	Rzeszowskie	—	—	—	—	—	—	
36	Siedleckie	7	7	—	19	1	18	
37	Sieradzkie	1	1	—	—	—	—	
38	Skierniewickie	—	—	—	2	—	2	1868+61=1929
39	Słupskie	32	10	22	190	17	173	osób w kategorii
40	Suwalskie	18	9	9	57	5	52	AB,
41	Szczecińskie	19	10	9	143	6	137	łącznie z czło- wikiem
42	Tarnobrzeskie	—	—	—	—	—	—	
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—	—	
44	Toruńskie	48	26	20	188	16	172	
45	Wąbrzyskie	10	9	3	53	—	53	
46	Włocławskie	5	5	—	16	1	15	
47	Wrocławskie	8	8	—	17	—	17	
48	Zamojskie	4	2	2	7	1	6	
49	Zielonogórskie	27	17	10	57	13	44	

¹⁾ opracowano na podstawie ankiet osób szczepionych z powodu zwierząt z rozpoznaną wścieklizną (kat. AB)

Tabela VII. Szczepionki*) przeciw wścieklicznie stosowane w Polsce i odczynny poszczepienne w 1984 r.

Typ szczepionki	Liczba szczepionych osób	Liczba osób u których wystąpiły odczynny				
		-fajtu scowe	ogólne	aler-giczne	wstrząs	neuro-logiczne
polska liofilizowana	2972	1064	256	16	4	31
francuska z mózgow oses-ków mysich	512	52	13	5	1	—
diploidalna**) Merieux	70	—	5	—	—	—
polska typu Semple'a	14	4	1	—	—	—
polska liofilizowana i francuska oseskowa	9	1	2	—	—	—
diploidalna Behring	4	—	—	—	—	—
radziecka	2	—	—	—	—	—
brak danych o rodz. szczepionki	27	13	7	—	—	—
polska liofilizowana i Merieux — diploidalna	4	4	1	—	1	1***)
Razem	3614	1138	285	21	6	32

*) w 31 przypadkach podano surowicę odpornościową

**) 60 osób mających kontakt z chorym człowiekiem szczepiono szczepionką prod. Instytutu Merieux. Łącznie więc szczepionkę diploidalną podano 130 osobom.

***) z powodu odczynu szczepienie dokończono szczepionką diploidalną.

można potwierdzić ani wykluczyć. Np. inne jest wskazanie, gdy człowieka ugryzie lis lub blakający się na obrzeżach miasta pies, a inne — gdy ugryzie rasowy pies uwiązany przy sklepie, czekający na właściciela, niepokojony przez próbujących okazać mu czułość ludzi.

5. SKUTECZNOŚĆ SZCZEPIEŃ LUDZI PRZECIW WŚCIEKLIŻNIE W 1984 R.

Dane z tego zakresu zawierają tabele V i VI. Ocena skuteczności działania szczepionki opiera się na wynikach szczepienia osób rozlegle lub głęboko pokąsanych przez zwierzęta chore na wścieklicznę. W poszczególnych ogniskach średnio były narażone 4 osoby. Wśród 1868 osób w tej grupie — 183 (10%) miały obrażenia ciała, w tym, w 23 przypadkach były to obrażenia poważniejsze — głębokie lub liczne pokąsania. Wśród tych 183 osób — 44 osoby doznały obrażeń ze strony zwierząt dzikich, w tym w 9 przypadkach były to obrażenia głębokie lub rozległe. Surowicę odpornościową w grupie AB podano w 13 przypadkach pokąsań. Szczepienia przeciw wścieklicznie w roku 1984 były skuteczne.

6. BEZPIECZEŃSTWO SZCZEPIEŃ LUDZI PRZECIW WŚCIEKLIŻNIE W POLSCE W 1984 R. ***)

Dane z tego zakresu ilustruje tabela VII. W roku 1984 w czasowym związku z podaniem polskiej liofilizowanej szczepionki przeciw wście-

***)) weryfikację przypadków powikłań prowadził dr J. Żabicka z Zakładu Epidemiologii PZH.

kliźnie zarejestrowano 32 przypadki odczynów ze strony o.u.n., w tym trzy zgony. Stwierdzono następujące kliniczne postacie odczynów: w 3 przypadkach zapalenie mózgu i rdzenia z zejściem śmiertelnym — dwie osoby zmarłe miały w wywiadzie alkoholizm; w 10 przypadkach porażenia lub niedowład kończyn; w 7 przypadkach porażenie nerwu twarzowego; w 2 — encefalopatie i w 10 — zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W nadesłanych skróconych historiach choroby w żadnym przypadku odczynu nie wspomina się o różnicujących badaniach laboratoryjnych w kierunku zakażeń innymi wirusami neurotropowymi. W 10 przypadkach zapalenia opon, ze względu na wiek chorych i sezonowość zachorowań — mogły to być zachorowania o etiologii enterowirusowej.

Wycofano z obiegu wszystkie szczepionki typu mózgowego, wprowadzając do powszechnego użycia szczepionkę diploidalną produkcji Instytutu Merieux.

Д. Серока, Э. Лабуньска

БЕШЕНСТВО — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году умер один больной бешенством не вакцинированный против бешенства. Оценку ситуации основано на 3675 анкетах вакцинированных пациентов, среди которых 1868 было после контакта с животными с подтверждённым бешенством, но 1746 — с животными с подозреваемым бешенством. 61 пациент вакцинировано по поводу контакта с больным человеком. Степень опасности людей больными животными является невелика — 183 пациентов было покусанных или поцарапанных больными животными. в этом — 44 пациента — дикими животными. У остальных пациентов не было повреждений кожного покрова, в этом у 869 не было указаний к вакцинации. В группе пациентов после контакта с животными подозреваемыми бешенством 1381 получили повреждения тела а напрасно вакцинировано 176 пациентов (не было указаний к вакцинации). В 1984 году отмечено во временной связи с применением польской лиофилизированной вакцины против бешенства — 32 случая реакции центральной нервной системы, в этом 3 летальные исходы. В 10 случаев это могли быть заболевания энтеровирусной этиологии. В 1984 году отмечено 1555 случаев бешенства среди животных, источником инфекции является впрдь рыжая лисица.

Д. Серока, Е. Лабуньска

RABIES — 1984

Summary

In 1984 one patient died of rabies. The patient had not been vaccinated. The epidemiological situation was evaluated on the basis of 3675 vaccinated patients out of whom 1868 were exposed to contact with animals with confirmed rabies, and 1746 had contact with animals with suspected rabies, while 61 patients were vaccinated because of contact with the patient with rabies. The degree of exposure to contact with rabid animals was small — 183 patients were bitten or scratched by rabid animals. 44 patients were bitten or scratched by wild animals. The remaining patients had no damage to the coverings, and 869 had no indications to vaccination. In the group of patients with contact with the animals with suspected rabies 1381 had damage to body, while 176 received unnecessary vaccinations (no indications). In 1984 32 cases of central nervous system complications occurred in connection with the use of the Polish lyophilized rabies vaccine. In 3 cases these complications were lethal. In 10 cases they might have been due to enterovirus infections. In 1984 we recorded 1555 cases of animal rabies. The source of infection has been as usually the fox.

Aniela Adonajło

WŁOŚNICA — 1984 ROK

W 1984 r. w Polsce zaznaczył się nieznaczny spadek liczby zachorowań na włośnicę: zanotowano 370 przypadków, o 48 mniej, niż w 1983 roku. Zapadalność wyniosła 1,0 na 100 000. Zarówno liczba zachorowań, jak i zapadalność były w 1984 r. wyższe od mediany w latach 1978—1982 (246 zachorowań przy zapadalności 0,7/100 000).

Zachorowania na włośnicę notowano w 22 województwach: w 8 województwach były to pojedyncze przypadki lub po 2 zachorowania, najczęściej powiązane z większymi ogniskami włośnicy w innych województwach. Najwyższą zapadalność na włośnicę stwierdzono w województwach: koszalińskim — 20,2 na 100 000, łomżyńskim — 6,3, gorzowskim — 6,1, białkopodlaskim — 5,1 i poznańskim — 4,4 na 100 000 (tab. I).

Analiza zachorowań wg kwartałów 1984 r. wykazała największą liczbę zachorowań w I kwartale — 173 przyp. (47%); w II kwartale zanotowano 81 zachorowań (22%), w III kwartale 50 (13%), w IV zanotowano 66 zachorowań (18%). Wysoka liczba zachorowań na włośnicę w pierwszym kwartale była związana z okresem świąt w ostatniej dekadzie grudnia poprzedzającego roku, przy czym niektóre ogniska epidemiczne miały swój początek w końcu 1983 roku.

W ogólnej liczbie 370 chorych na włośnicę, było 53 dzieci do lat 14 (14,3%); udział odsetkowy dzieci wśród chorych na włośnicę był ponad dwukrotnie wyższy niż w 1983 r., gdy wynosił 6,0%.

Na podstawie sprawozdań wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, dotyczących dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach włośnicy, można wyodrębnić 21 ognisk epidemicznych włośnicy, w tym: jedno ognisko duże ((97 zachorowań), 10 ognisk średniej wielkości (poniżej 50 zachorowań w ognisku) oraz 10 ognisk małych, rodzinnych, nie przekraczających 10 zachorowań w ognisku.

W 18 ogniskach źródłem inwazji było mięso wieprzowe, zaś w 3 ogniskach mięso z dzika.

W wyniku spożycia mięsa z dzika zachorowało 37 osób, tj. 10,0% w stosunku do ogółu chorych na włośnicę.

W województwie koszalińskim zachorowania na włośnicę wystąpiły w styczniu—lutym 1984 r., u osób, które spożywały mięso wieprzowe i wędliny, pochodzące z uboju gospodarczego, dokonanego na terenie gminy Biesiekierz. Mięso nie było badane w kierunku larw włośnia krętego. Głównymi objawami u chorych były bóle brzucha, nudności, luźne stolce, obrzęk twarzy, bóle gałek ocznych, podwyższona ciepłota ciała do 40°C. Epidemia objęła 67 rodzin, zamieszkałych głównie na terenie mia-

Tabela I. Włośnica w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność według województw

Województwo *)	1978—1982 mediana		1983		1984	
	liczba	zapad.	liczba	zapad.	liczba	zapad.
POLSKA	246	0,7	418	1,1	370	1,0
St. warszawskie	7	0,3	56	2,4	20	0,8
Białkopodlaskie	0	0	0	0	15	5,1
Białostockie	42	6,6	39	6,0	19	2,9
Bielskie	0	0	0	0	1	0,1
Bydgoskie	56	5,4	18	1,7	27	3,1
Elbąskie	0	0	0	0	7	0,9
Gdańskie	34	2,6	66	4,8	6	0,4
Gorzowskie	0	0	22	4,7	29	6,1
Jeleniogórskie	1	0,2	0	0	0	0
Kaliskie	0	0	9	1,3	0	0
Katowickie	1	0,0	1	0,0	2	0,1
Koszalińskie	12	2,7	7	1,8	97	20,2
Łomżyńskie	1	0,3	50	15,1	21	6,3
Miejskie łódzkie	1	0,1	4	0,4	1	0,1
Olsztyńskie	11	1,6	12	1,7	1	0,1
Opolskie	0	0	18	1,8	0	0
Ostrołęckie	1	0,3	0	0	1	0,3
Piłskie	0	0	36	8,0	2	0,2
Płockie	0	0	0	0	10	2,0
Poznańskie	9	0,7	5	0,4	57	4,4
Radomskie	0	0	38	5,3	27	3,7
Siedleckie	0	0	7	1,1	0	0
Słupskie	21	5,6	20	5,2	13	3,4
Suwalskie	14	3,3	6	1,4	10	2,8
Szczecińskie	1	0,1	0	0	0	0
Wrocławskie	0	0	3	0,3	2	0,2
Zielonogórskie	0	0	1	0,2	2	0,4

Zródło: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

*) — w województwach nie wymienionych w tabeli nie rejestrowano w latach 1983—1984 zachorowań na włośnicę

sta Koszalina i gminy Biesiekierz. Zachorowało też 11 osób — mieszkańców innych województw — słupskiego, ostrołęckiego, bydgoskiego. Hospitalizowano 27 osób. Badania resztek mięsa i wędlin w trakcie dochodzenia epidemiologicznego — wykazały obecność larw *T. spiralis*. Ognisko włośnicy w województwie koszalińskim w 1984 r. zalicza się do największych z dotychczas opisanych na tym terenie.

Mniej liczebna, lecz o bardzo dramatycznym przebiegu była epidemia włośnicy w województwie bydgoskim. Zachorowania zaczęły występować w II połowie grudnia 1983 r., wśród osób uczestniczących w uroczystości rodzinnej na terenie gminy Sadki (objętej działalnością Terenowej Stacji San.-Epid. w Nakle). Spożywano mięso wieprzowe i jego przetwory (kaszanka, wątrobianka, kielbasa sucha wędzona), pochodzące z uboju gospodarczego; mięso nie było badane w kierunku larw włośnicy. Badania pozostałych resztek mięsa wykazały obecność larw *T. spiralis*. W ognisku tym zachorowało 19 osób, w tym 2 dzieci. Wśród chorych było 5 osób zamieszkałych w Pile i 2 osoby z Wrocławia. U

większości chorych przebieg włośnicy był bardzo ciężki; zmarło 4 chorych w wieku 19 lat, 30 lat, 56 i 58 lat; 3 osoby zmarły w Bydgoszczy, a jedna osoba we Wrocławiu.

Oprócz wymienionej epidemii, w województwie bydgoskim notowano jeszcze 2 małe ogniska rodzinne, powiązane ze źródłem inwazji w innych województwach: 3 zachorowania — po spożyciu kiełbasy wieprzowej, pochodzącej z ogniska epidemicznego w Koszalinie oraz 5 zachorowań po spożyciu mięsa i potraw z dzika, pochodzących z Braniewa.

Na terenie województwa gorzowskiego epidemia włośnicy wystąpiła w maju 1984 r. i objęła 24 osoby, w tym 9 dzieci. Źródłem inwazji było mięso wieprzowe z prywatnego i nie kontrolowanego uboju, dokonanego w połowie kwietnia na terenie gminy Miedzichowo. Spożywano mięso surowe, peklowane oraz wyroby wędliniarskie. W badaniach pozostałości mięsa stwierdzono larwy *T. spiralis*.

Mięso z opisanego wyżej ogniska inwazji trafiło ponadto do województwa poznańskiego i stanowiło źródło epidemii włośnicy, która objęła 31 osób (w tym 3 dzieci) z 14 rodzin, zamieszkałych w Poznaniu i mniejszych miejscowościach, objętych działalnością Terenowej Stacji San.-Epid. w Nowym Tomysłu.

Na terenie województwa poznańskiego wystąpiła następna epidemia w listopadzie — grudniu 1984 r., która objęła 12 rodzin z terenów — Gniezna, Poznania, Kłecka, Korniszewa, a także z Wałbrzycha. Ogółem zachorowało 26 osób, w tym 5 dzieci do lat 14. Źródłem inwazji w wymienionej epidemii było wieprzowe mięso i jego przetwory, pochodzące z prywatnego uboju, dokonanego na terenie wsi Kłecko. Mięso było rzekomo badane — z wynikiem ujemnym. Natomiast badanie pozostałego mięsa, wykonane w trakcie dochodzenia epidemiologicznego, wykazało obecność larw *T. spiralis*.

Podobne epidemie o średnim zasięgu, w których źródłem zakażenia było mięso z nie kontrolowanego uboju, wystąpiły w województwach: płockim — 10 zachorowań, w tym 1 dziecko; warszawskim — 16 zachorowań, w tym jedno dziecko; słupskim — 13 zachorowań; białkopodlaskim — 15 zachorowań, w tym 2 dzieci; łomżyńskim — 21 zachorowań. We wszystkich wymienionych ogniskach stwierdzono larwy *T. spiralis* w badaniach, wykonanych w trakcie dochodzeń epidemiologicznych.

W województwie radomskim, w kwietniu 1984 r. wystąpiło ognisko włośnicy, w którym źródłem inwazji było mięso i przetwory z dzika. Dzik pochodził z prywatnej hodowli dzików, prowadzonej na terenie gminy Białobrzegi. Zachorowaniami objętych było 27 osób, w tym 6 dzieci do lat 14, które uczestniczyły w przyjęciu rodzinnym w trzeciej dekadzie marca i spożywały mięso, szynkę półsurową, boczek, kiełbasę i inne wyroby z dzika, nie badane w kierunku larw włośnia krętego. Niektóre osoby były mieszkańcami Warszawy i okolic. Do głównych objawów choroby należały: bóle brzucha, luźne stolce lub biegunka, bóle mięśniowe — zwłaszcza kończyn górnych i dolnych, przepony, mięśni klatki piersiowej, obrzęki twarzy i powiek, wzrost temp. ciała do 39°—40°C. Badania pozostałych resztek mięsa i wędlin, jak również badania biopsyjne wycinków mięśnia naramiennego, wykonane u kilku chorych, wykazały obecność larw *T. spiralis*.

Małe epidemie rodzinne, jakie występowały (nieraz kilkakrotnie w ciągu roku) w województwach — białostockim, suwalskim, warszawskim i innych, były związane ze spożyciem mięsa wieprzowego z prywatnego

убою lub z nieznanego źródła, a w woj. elbląskim (5 zach.) z mięsem i potrawami z dzika.

Umieralność ogólna z powodu włośnicy w 1984 r. wyniosła 0,01; dla województwa bydgoskiego — 0,3; śląskiego — 0,3 i woj. wrocławskiego — 0,1 na 100 000.

A. Adonajło

ТРИХИНЕЛЛЕЗ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году в Польше отмечено 370 заболеваний трихинеллезом, заболеваемость 1,0 на 100 000. Было 5 летальных исходов, показатель смертности равнялся 0,01 на 100 000. В общем числе больных число детей до 14 лет составляло 14,3%. Вообще в стране отмечено 21 эпидемиологических очагов трихинеллеза: один большой в кошалинском воеводстве (96 заболеваний, заболеваемость 20,2 на 100 000), 10 средних очагов (ниже 50 заболеваний в очаге) и 10 малых, семейных очагов, не более 10 заболеваний в каждом. Источником инвазии была свинина в 18 очагов и мясо из кабана в 3 очагах. Во всех очагах мясо происходило из неконтролированного убоя.

A. Adonajło

TRICHINELLA SPIRALIS INFECTION — 1984

Summary

The number of cases in Poland in 1984 was 370, the incidence was 1.0 per 100 thousand. Five patients died — the death rate was 0.01 per 100 thousand. In the total number of cases the amount of children aged up to 14 years was 14.3%. In all, the number of epidemiological foci was 21 in the whole country: one large focus in the Province of Koszalin (96 cases, incidence of 20.2 per 100 thousand), 10 medium foci (below 50 cases in one focus), and 10 small familial foci, with under 10 cases in each. The source of the infection was pork in 18 foci and wild pig meat in 3 foci. In all foci the meat was obtained from private uncontrolled slaughtering.

Maria Nasiłowska

PASOŻYTY JELITOWE — 1984 ROK

Dane o tasiemczycach występujących u ludzi w Polsce w roku 1984 pochodzą z kart selekcyjnych zakładanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne i prowadzonych dla ujawnionych przypadków inwazji jako dokument niezbędny do kontroli obowiązkowego leczenia tej parazytozy.

Wskaźniki rozpowszechnienia pospolitych parazytoz uzyskano w wyniku badań środowiskowych, przeprowadzonych przez służbę sanitarno-epidemiologiczną. Do obliczeń wykorzystano dane zamieszczone w Roczniku Statystycznym z 1984 roku.

TASIEMCZYCE

Informacje uzyskane z poszczególnych województw wykazały, że w 1984 roku zarejestrowano 2928 inwazji tasiemców jelitowych, tj. 7,9 na 100 000 mieszkańców. W porównaniu z rokiem 1983 (2991 inwazji, tj. 8,2 na 100 000 mieszkańców) zaznaczył się spadek liczby zachorowań.

Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia tasiemczyc na 100 000 mieszkańców (tabela I) notowano w województwach: łódzkim m. (36,8), szczecińskim (25,7), słupskim (21,0) i olsztyńskim (19,9). Najniższe w województwach: radomskim (0,1), legnickim (0,4) i lubelskim (0,5) oraz nowosądeckim (0,9). Trzy województwa: leszczyńskie, poznańskie i siedleckie nie dostarczyły pełnych danych dotyczących tasiemczyc.

Podobnie jak w latach ubiegłych (tabela II) tasiemczyce jelitowe najczęściej występowały u osób w wieku 30—39 lat (806 przypadków, tj. 28,0%) i w wieku 20—29 lat (696 przypadków, tj. 24,2%). Rozpowszechnienie tasiemczyc jelitowych u ludzi w Polsce wzrastało z wiekiem, od 3,2% w grupie wieku 0—9 lat do 28,0% w grupie wieku 30—39 lat po czym następował spadek zachorowań i w wieku 70 lat i starszym wyniósł 1,4%.

Tasiemczyce jelitowe częściej spotykano u kobiet (1556 przypadków, tj. 54,1%) niż u mężczyzn (1319 przypadków, tj. 45,9%), jak również u osób pochodzących z miast (2295 przypadków, tj. 79,8%) niż ze wsi (580 przypadków, tj. 20,2%).

Badaniami laboratoryjnymi, potwierdzono 2761 rozpoznania tasiemczycy, tj. 94,3% przypadków (tabela III). Wśród rozpoznanych tasiemczyc dominowała tasiemczyca wywołana przez *Taenia saginata* 91,49%, tj. 6,8 przypadków na 100 000 mieszkańców. Inwazje *Taenia solium* notowano

Tabela I. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce wg środowiska i płci w 1984 roku

Województwo (st. — stołeczne m. — miejskie)	Środowisko		Płeć		Razem		
	wieś	miasto	męż- czyźni	ko- biety	liczba zacho- rowań	na 100 000	
Warszawskie st.	8	115	57	66	123	5,1	
Białkopodlaskie	—	3	3	—	3	1,0	
Białostockie	4	24	10	18	28	4,2	
Bielskie	14	15	12	17	29	3,4	
Bydgoskie	39	144	78	105	183	17,0	
Chełmskie	—	3	2	1	3	1,3	
Ciechanowskie	3	4	5	2	7	1,7	
Częstochowskie	11	15	8	18	26	3,4	
Elbląskie	8	11	8	11	19	4,1	
Gdańskie	22	232	120	134	254	18,3	
Gorzowskie	11	63	29	45	74	15,4	
Jeleniogórskie	13	44	29	28	57	11,2	
Kaliskie	63	38	47	44	91	13,2	
Katowickie	10	131	69	72	141	3,6	
Kieleckie	7	39	18	28	46	4,2	
Konińskie	13	45	26	32	58	12,7	
Koszalińskie	8	39	17	30	47	9,7	
Krakowskie m.	1	39	21	19	40	3,3	
Krośnieńskie	—	2	—	2	2	0,4	
Legnickie	6	18	13	11	24	5,0	
Lubelskie	1	4	2	3	5	0,5	
Łomżyńskie	7	12	11	8	19	5,6	
Łódzkie m.	—	423	180	243	423	36,8	
Nowosądeckie	—	6	3	3	6	0,9	
Olsztyńskie	116	27	84	59	143	19,9	
Opolskie	46	83	57	72	129	12,8	
Ostrołęckie	10	18	8	20	28	7,3	
Piłskie	8	25	16	17	33	7,2	
Piotrkowskie	10	17	11	16	27	4,3	
Płockie	5	29	14	20	34	6,7	
Przemyskie	2	3	—	5	5	1,3	
Radomskie	1	—	1	—	1	0,1	
Rzeszowskie	4	11	7	8	15	2,2	
Sieradzkie	1	6	3	4	7	1,8	
Skiernewickie	9	14	9	14	23	5,6	
Słupskie	23	59	39	43	82	21,0	
Suwalskie	8	40	18	30	48	10,8	
Szczecińskie	18	222	121	119	240	25,7	
Tarnobrzeskie	1	7	5	3	8	1,4	
Tarnowskie	1	9	7	3	10	1,6	
Toruńskie	15	44	29	30	59	9,3	
Wałbrzyskie	12	92	36	68	104	14,2	
Wrocławskie	7	22	15	14	29	6,8	
Wrocławskie	17	60	42	35	77	6,9	
Zamojskie	3	4	4	3	7	1,4	
Zielonogórskie	14	44	25	33	58	9,1	
Polska *	Liczba	580	2295	1319	1556	2875	7,9
	%	20,2	79,8	45,9	54,1	100	

Niżej wykazano województwa, w których liczba zachorowań na tasiemczyce jelitowe podana była bez podziału na środowisko i płeć.

Leszczyńskie 4 (1,1 na 100 000), Poznańskie 36 (2,8 na 100 000), Siedleckie 13 (2,1 na 100 000)

Razem 53 + 2875 = 2928

Tabela II. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1984 wg wieku chorych

Wiek — lat	Liczba przypadków	Odsetek
0—4	28	0,9
5—9	65	2,3
10—14	108	3,8
15—19	136	4,7
0—9	93	3,2
10—19	244	8,5
20—29	696	24,2
30—39	806	28,0
40—49	538	18,7
50—59	325	11,3
60—69	134	4,7
70+	39	1,4
Razem	2875 *	100

* nie wliczono 53 przypadków tasiemczyc ze względu na brak danych dotyczących wieku.

w 0,58%, tj. 0,04 na 100 000 mieszkańców. Natomiast zarażenia *Taenia species* wystąpiły w 6,66% u 184 osób (0,5 przypadków na 100 000 mieszkańców).

Poza tasiemczycami rozpoznanymi jako *Taenia* notowano 30 osób z inwazją *Hymenolepis nana* (1,09%, tj. 0,08 przypadków na 100 000 mieszkańców). Zarażenia tym pasożytem występowały w każdej grupie wieku z wyjątkiem grup wiekowych: 15—19, 60—69 i 70+ lat. *Diphyllobothrium latum* stwierdzono u 5 osób (0,18%, tj. 0,01 na 100 000 mieszkańców) w województwach: białkopodlaskim (2 przypadki) oraz gorzowskim, kaliskim i olsztyńskim (po 1 przypadku) głównie w grupie wieku 20—29 i 30—39 lat i notowano go częściej niż w latach ubiegłych.

W 1984 roku (tabela IV) zgłoszono bez rozpoznania laboratoryjnego 167 inwazji tasiemców, tj. 5,7% ogólnej liczby przypadków. Największy odsetek nierozpoznanych zarejestrowano w województwach: nowosądeckim (100%), elbląskim (63%), wrocławskim (55,2%), białostockim (42,9%) oraz lubelskim (36,2%). W porównaniu z rokiem 1983 (147 inwazji, tj. 4,9%) zaznaczył się wzrost tasiemczyc zgłoszonych bez rozpoznania laboratoryjnego (167 inwazji, tj. 5,7% ogółu przypadków).

W roku 1984 odsetek tasiemczyc zgłoszonych bez rozpoznania laboratoryjnego oraz rozpoznanych laboratoryjnie jako inwazje *Taenia species* wyniósł łącznie 351 przypadków, tj. 12,0% ogólnej liczby przypadków tasiemczyc. W liczbie tych nierozpoznanych dokładnie tasiemczyc może mieścić się pewna liczba inwazji *Taenia solium* grożących wagrzyca.

Przedstawione w pracy liczby dotyczące zachorowań na tasiemczyce nie wydają się być pełne ze względu na to, że nie wszystkie województwa dostarczyły dokładnych danych dotyczących zachorowań na tę parazytozę. Podane wyniki należy uważać więc za orientacyjne.

Tabela III. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w roku 1984 wg rozpoznania laboratoryjnie gatunku pasożyta

Województwo (st. — stołeczne, m. — miejskie)	Gatunki tasiemców					Razem *	
	<i>Taenia saginata</i>	<i>Taenia solium</i>	<i>Taenia species</i>	<i>Hymeno- lepis nana</i>	<i>Diphyllo- bothrium latum</i>		
Warszawskie st.	103	2	16	2	—	123	
Białkopodlaskie	—	—	—	—	2	2	
Białostockie	16	—	—	—	—	16	
Bielskie	21	—	8	—	—	29	
Bydgoskie	180	—	1	—	—	181	
Chełmskie	1	—	2	—	—	3	
Ciechanowskie	7	—	—	—	—	7	
Częstochowskie	17	1	—	—	—	18	
Elbląskie	7	—	—	—	—	7	
Gdańskie	211	—	—	1	—	212	
Gorzowskie	62	1	—	—	1	64	
Jeleniogórskie	53	—	4	—	—	57	
Kaliskie	77	—	13	—	1	91	
Katowickie	113	—	15	—	—	128	
Kieleckie	45	—	1	—	—	46	
Konińskie	58	—	—	—	—	58	
Koszalińskie	18	—	10	2	—	30	
Krakowskie m.	40	—	—	—	—	40	
Krośnieńskie	1	—	1	—	—	2	
Legnickie	22	—	—	2	—	24	
Leszczyńskie	—	—	4	—	—	4	
Lubelskie	2	—	2	—	—	4	
Łomżyńskie	19	—	—	—	—	19	
Łódzkie m.	403	—	2	18	—	423	
Olsztyńskie	142	—	—	—	1	143	
Opolskie	121	—	—	—	—	121	
Ostrołęckie	19	—	6	—	—	25	
Pilskie	33	—	—	—	—	33	
Piotrkowskie	18	—	9	—	—	27	
Płockie	32	—	1	1	—	34	
Poznańskie	14	—	22	—	—	36	
Przemyskie	4	—	1	—	—	5	
Radomskie	1	—	—	—	—	1	
Rzeszowskie	15	—	—	—	—	15	
Siedleckie	1	—	12	—	—	13	
Sieradzkie	6	—	—	1	—	7	
Skierniewickie	17	1	4	1	—	23	
Słupskie	78	—	4	—	—	82	
Suwalskie	41	2	—	—	—	43	
Szczecińskie	226	1	3	1	—	231	
Tarnobrzęskie	7	—	—	—	—	7	
Tarnowskie	7	—	2	—	—	9	
Toruńskie	58	—	1	—	—	59	
Wałbrzyskie	66	5	33	—	—	104	
Wrocławskie	5	2	6	—	—	13	
Wrocławskie	76	—	—	1	—	77	
Zamojskie	5	1	1	—	—	7	
Zielonogórskie	58	—	—	—	—	58	
Polska	Liczba	2526	16	184	30	5	2761
	%	91,49	0,58	6,66	1,09	0,18	100

* W tym 23 inwazje u cudzoziemców (0,83%)

PASOŻYTY JELITOWE

W 1984 roku badaniami środowiskowymi objęto 38 561 osób (7146 na wsi, tj. 18,5% i 31 415 w mieście, tj. 81,5%) wykonując 192 805 analiz (5 analiz na jedną osobę: rozmary bezpośrednie w izotonicznym roztworze NaCl i płynie Lugola, flotację w nasyconym roztworze NaCl, dekantację i wycier celofanowy wg Halla).

Do najczęściej wykrywanych pasożytów przewodu pokarmowego tak jak w latach ubiegłych należały: *Enterobius vermicularis*, *Lambliia intestinalis*, *Trichuris trichiura* i *Ascaris lumbricoides* (tabela V).

Inwazję *Enterobius vermicularis* stwierdzono u 5034 osób, tj. 13,1% ogółu badanych (1624 przypadki na wsi — 22,7% i 3410 w mieście — 10,8%). Pasożyt ten najczęściej występował u dzieci w wieku szkolnym 7—14 lat (29,7%) i młodzieży w wieku 15—19 lat (32,1%) na wsi. Zarażenia wyżej wymienionym pasożytem występowały we wszystkich grupach wiekowych z wyjątkiem ludzi powyżej 25 lat, częściej na wsi niż w mieście.

Lambliia intestinalis notowana była u 1792 osób, tj. 4,6% wszystkich badanych. Stwierdzono ją w środowisku wiejskim w 5,6%, w miejskim w 4,4%. Duży odsetek zarażonych występował u dzieci w wieku 7—14 lat (7%) oraz dzieci w wieku 0—3 lat (6,7%). Rozpowszechnienie lambliozy w grupach wiekowych 0—3 lat i 4—6 lat było większe w mieście niż na wsi, podczas gdy u pozostałych grup wiekowych stwierdzano ją częściej na wsi niż w mieście. Szczególnie duży odsetek zarażonych osób

Tabela IV. Tasiemczyce jelitowe u ludzi w Polsce w 1984 roku zgłoszone bez rozpoznania laboratoryjnego

Województwo	Liczba	% *
Białkopodlaskie	1	33,3
Białostockie	12	42,9
Bydgoskie	2	1,1
Częstochowskie	8	30,8
Elbląskie	12	63,2
Gdańskie	42	16,5
Gorzowskie	10	13,5
Katowickie	13	9,2
Koszalińskie	17	36,2
Lubelskie	1	20,0
Nowosądeckie	6	100,0
Opolskie	8	6,2
Ostrołęckie	3	12,0
Suwańskie	5	10,4
Szczecińskie	9	3,8
Tarnobrzeskie	1	12,5
Tarnowskie	1	10,0
Włocławskie	16	55,2
Razem	167	5,7

Polska — %: 1975 — 11,5; 1976 — 12,8; 1977 — 12,7; 1978 — 8,5; 1979 — 4,9; 1980 — 4,6; 1981 — 3,9; 1982 — 5,9; 1983 — 4,9; 1984 — 5,7.

* Ogólnej liczby przypadków objętych kartoteką

Tabela V. Wyniki badań fauny pasożytniczej przewodu pokarmowego człowieka w Polsce w roku 1984

Wiek — (lat)	Liczba zbadanych osób	Liczba i (odsetek) zarażonych osób				
		<i>Enterobius vermicularis</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>	<i>Trichuris trichiura</i>	<i>Lambli intestinalis</i>	
0—3	W	679	92 (13,5)	9 (1,3)	15 (2,2)	38 (5,6)
	M	6935	572 (8,2)	54 (0,8)	33 (0,5)	476 (6,9)
	O	7614	664 (8,7)	63 (0,8)	48 (0,6)	514 (6,7)
4—6	W	4016	903 (22,5)	67 (1,7)	88 (2,2)	135 (3,4)
	M	18405	2353 (12,8)	133 (0,7)	130 (0,7)	704 (3,8)
	O	22421	3256 (14,5)	200 (0,9)	218 (1,0)	839 (3,7)
7—14	W	1894	563 (29,7)	24 (1,3)	67 (3,5)	181 (9,5)
	M	1833	265 (14,5)	6 (0,3)	56 (3,0)	79 (4,3)
	O	3727	828 (22,2)	30 (0,8)	123 (3,3)	260 (7,0)
15—19	W	168	54 (32,1)	5 (3,0)	9 (5,4)	9 (5,4)
	M	499	92 (18,4)	3 (0,6)	35 (7,0)	22 (4,4)
	O	667	146 (21,9)	8 (1,2)	44 (6,6)	31 (4,6)
20—24	W	60	4 (6,7)	—	—	2 (3,3)
	M	519	15 (2,9)	1 (0,2)	8 (1,5)	11 (2,1)
	O	579	19 (3,3)	1 (0,2)	8 (1,4)	13 (2,2)
25+	W	329	8 (2,4)	2 (0,6)	5 (1,5)	33 (10,0)
	M	3224	113 (3,5)	9 (0,3)	17 (0,5)	102 (3,2)
	O	3553	121 (3,4)	11 (0,3)	22 (0,6)	135 (3,8)
Razem	W	7146	1624 (22,7)	107 (1,5)	184 (2,6)	398 (5,6)
	M	31415	3410 (10,8)	206 (0,6)	279 (0,9)	1394 (4,4)
	O	38561	5034 (13,1)	313 (0,8)	463 (1,2)	1792 (4,6)

W — wieś, M — miasto, O — ogółem.

zauważono w środowisku wiejskim w grupie wieku 7—14 lat (9,5%) oraz osób dorosłych w wieku 25 lat i wyżej (10,0%).

Zarażenia pasożytem *Trichuris trichiura* wystąpiły u 463 osób (tj. 1,2% ogółu badanych). Większość inwazji notowano w grupie wieku 15—19 lat (6,6%) i stwierdzano ją w większym procencie u osób pochodzących ze środowiska miejskiego, podczas gdy pozostałe grupy wiekowe wykazywały inwazje w większym odsetku u osób pochodzących ze środowiska wiejskiego.

Inwazje *Ascaris lumbricoides* notowano rzadziej, wystąpiły one u 313 osób (tj. 0,8% ogółu badanych). Najczęściej obserwowano je w grupach wiekowych 15—19 lat (1,2%) i 4—6 lat (0,9%). We wszystkich grupach wiekowych stwierdzano je w większym odsetku na wsi niż w mieście.

Podane liczby ilustrujące wyniki badań fauny pasożytniczej przewodu pokarmowego człowieka w 1984 roku w Polsce, należy uważać za orientacyjne ze względu na to, że nie wszystkie województwa prowadziły badania środowiskowe. 9 województw w tym: bydgoskie, elbląskie, gdańskie, leszczyńskie, pilskie, poznańskie, radomskie, sieradzkie i tarnobrzeskie badań takich nie wykonało lub też stosowało niewłaściwą metodykę badawczą. W związku z tym uzyskane wyniki nie mogły być wykorzystane w pracy.

Tak jak w latach ubiegłych również niewłaściwa była struktura populacji objętej badaniami. Wyrażała się ona przeszło czterokrotną przewagą osób pochodzących ze środowiska miejskiego (31 415) nad mieszkańcami wsi (7146) oraz znaczną przewagą dzieci w wieku 4—6 lat (22 421) nad innymi grupami wiekowymi. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 20—24 lat (579) oraz młodzież w wieku 15—19 lat (667).

М. Насиловска

КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТЫ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году в Польше зарегистрировано вообще 2928 случаев заболеваний теницидозом (заболеваемость 7,9/100 000). В сравнении с 1983 годом отмечено невеликое понижение числа заболеваний. Самые высокие показатели заболеваемости записано в воеводствах: лодзком (36,8), щецинском (25,7), слупецком (21,0) и олыштынском — (19,9), а самые низкие в воеводствах: радемском (0,1), кросьненском (0,4) и любельском (0,5). Чаще всего наблюдаемым видом была *Taenia saginata* — 91,49% случаев, т.е. 6,8 на 100 000 жителей. Массовые исследования проведено у 38 561 жителей. Обнаружено инвазии: *Enterobius vermicularis* (13,1%), *Lambliа intestinalis* (4,6%), *Trichuris trichiura* (1,2%), *Ascaris lumbricoides* (0,8%).

M. Nasiłowska

INTESTINAL PARASITES — 1984

Summary

In 1984 the number of notified cases of taeniasis was 2928 (incidence 7.9 per 100 thousand). In comparison with 1983 a slight fall was observed in the number of cases. The highest incidence was in the Province of Łódź (36.8%), followed by the Provinces of Szczecin (25.7%), Słupsk (21.0), and Olsztyn (19.9). The lowest incidence was in the Provinces of Radom (0.1), Krosno (0.4), and Lublin (0.5). The most frequently observed species was *Taenia saginata* (91.49%), that is 6.8 per 100 thousand. Mass examinations were carried out in 38 561 subjects. The detected invasions included: *Enterobius vermicularis* (13.1%), *Lambliа intestinalis* (4.6%), *Trichuris trichiura* (1.2%) and *Ascaris lumbricoides* (0.8%).

Irena Barcz

ZAKAŻENIA SZPITALNE W POLSCE — 1984 ROK

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1983 r., w sprawie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (Dz. Urz. MZiOS Nr 4, poz. 28), od 1984 r. obowiązuje rejestracja zakażeń szpitalnych — w centralnym rejestrze zakażeń szpitalnych oraz zgłaszanie do państwowego terenowego inspektora sanitarnego, a w przypadku ognisk obejmujących 4 i ponad 4 osoby, także do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego i lekarza wojewódzkiego.

W 1984 r. w meldunkach dwutygodniowych wykazano ogółem 6154 przypadki zakażeń szpitalnych. Z uwagi na to, że rejestrację tych zakażeń dopiero rozpoczęto i brak jest jeszcze nawyku ich zgłaszania, liczbę tę należy traktować z dużym zastrzeżeniem. Niemniej jednak analiza dostępnych danych pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków.

ANALIZA REJESTRACJI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Na wykazaną w dwutygodniowych meldunkach ogólną liczbę 6154 przypadków zakażeń — 5232 (85%) miało miejsce na oddziałach noworodkowych i dziecięcych, a 59,1% (3639 przypadków) wszystkich zakażeń wywołane zostało pałeczkami *Salmonella*. Jedynie 7,9% (tj. 485 zakażeń) odnotowane zostało jako następstwa zabiegów medycznych (tab. I).

Meldunki i opracowania ognisk obejmują 2063 przypadki, tj. 33,5% ogółu zakażeń. W tej liczbie, aż 96,1% (1983) dotyczy noworodków i dzieci, a 1409 (68,3%) zakażeń w ogniskach obejmujących 4 i więcej zachorowań spowodowane zostało pałeczkami *Salmonella*. Trudno jest określić odsetek zakażeń w ogniskach, które są następstwem zabiegów medycznych, ponieważ meldunki dotyczące ognisk często nie są uzupełniane wynikami dochodzeń epidemiologicznych. Zakażenia, mające czynnik etiologiczny różny od *Salmonella*, lub gdzie brak jest danych o czynniku zakażającym, zebrano w rubryce „inne zakażenia”; zawiera ona 654 przypadki, czyli 31,7% (tab. II).

Porównując oba zestawienia (tab. I i II), uwagę zwraca fakt, że opisy i meldunki dotyczące ognisk zawierają jedynie 33,5% ogółu wykazanych przypadków, w sytuacji, gdy rejestrowane zakażenia aż w 85,0% wystąpiły na oddziałach noworodkowych i dziecięcych obejmując zwykle większą liczbę pacjentów. Wydaje się mało prawdopodobne, aby wynikająca z różnicy liczba 4091 zakażeń zawierała tylko przypadki pojedyncze (ogniska obejmujące mniej niż 4 osoby).

Tabela I. Zakażenia szpitalne w 1984 r. — dane na podstawie meldunków dwutygodniowych MZiOS

Lp.	Województwo	Ogółem	Zakażenia szpitalne		
			na oddziałach noworodko- wych i dzie- cięcych 003, 041, 079, 136.9	w następ- stwie zabie- gów medycz- nych 003, 041, 079, 136.9	wywołane pał. <i>Salmo- nella</i> 003
POLSKA		6154	5232	485	3639
1	St. warszawskie	913	804	47	471
2	Białkopodlaskie	39	19	16	10
3	Białostockie	55	41	8	23
4	Bielskie	105	102	3	36
5	Bydgoskie	109	92	13	85
6	Chelmskie	24	23	—	24
7	Ciechanowskie	46	46	—	42
8	Częstochowskie	77	77	—	77
9	Elbląskie	58	58	—	58
10	Gdańskie	62	59	2	47
11	Gorzowskie	1	—	—	1
12	Jeleniogórskie	74	47	15	18
13	Kaliskie	135	86	45	85
14	Katowickie	150	148	1	60
15	Kieleckie	359	254	3	240
16	Konińskie	38	37	—	29
17	Koszalińskie	102	50	47	4
18	M. krakowskie	232	135	54	77
19	Krośnieńskie	24	24	—	—
20	Legnickie	40	40	—	22
21	Leszczyńskie	150	145	5	145
22	Lubelskie	124	120	—	88
23	Łomżyńskie	11	11	—	—
24	M. łódzkie	435	369	1	344
25	Nowosądeckie	68	15	—	40
26	Olsztyńskie	240	235	—	240
27	Opolskie	221	209	10	187
28	Ostrołęckie	76	72	4	45
29	Piłskie	96	77	11	71
30	Piotrkowskie	285	279	1	262
31	Płockie	46	25	18	24
32	Poznańskie	162	100	30	88
33	Przemyskie	33	32	—	1
34	Radomskie	56	56	—	16
35	Rzeszowskie	251	221	17	68
36	Siedleckie	73	69	4	59
37	Sieradzkie	88	88	—	88
38	Skierniewickie	135	135	—	126
39	Słupskie	16	15	—	14
40	Suwalskie	309	158	76	44
41	Szczecińskie	22	19	3	16
42	Tarnobrzeskie	66	57	2	28
43	Tarnowskie	18	18	—	5
44	Toruńskie	97	97	—	38
45	Wałbrzyskie	57	19	38	3
46	Włocławskie	146	131	8	59
47	Wrocławskie	125	121	3	111
48	Zamojskie	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	105	97	—	20

Tabela II. Zakażenia szpitalne w ogniskach obejmujących 4 i więcej zachorowań w 1984 r. — dane na podstawie meldunków WSS-E i protokołów dochodzeń epidemiologicznych

Lp.	Województwo	Zakażenia szpitalne			
		Ogółem	na oddziałach noworodko- wych i dzie- cięcych 003, 041, 079, 136.9	wywołane pał. <i>Salmonella</i> 033	inne zakażenia
		2063	1983	1409	654
1.	St. warszawskie	47	47	36	11
2.	Białkopodlaskie	—	—	—	—
3.	Białostockie	—	—	—	—
4.	Bielskie	49	49	22	27
5.	Bydgoskie	32	24	14	18
6.	Chełmskie	42	36	42	—
7.	Ciechanowskie	34	34	34	—
8.	Częstochowskie	34	34	34	—
9.	Elbląskie	13	13	13	—
10.	Gdańskie	—	—	—	—
11.	Gorzowskie	108	96	—	108
12.	Jeleniogórskie	22	18	10	12
13.	Kaliskie	—	—	—	—
14.	Katowickie	—	—	—	—
15.	Kieleckie	124	124	86	38
16.	Konińskie	26	26	26	—
17.	Koszalińskie	37	37	—	37
18.	M. krakowskie	13	13	13	—
19.	Krośnieńskie	20	20	—	20
20.	Legnickie	37	37	22	15
21.	Leszczyńskie	80	78	80	—
22.	Lubelskie	78	78	29	49
23.	Łomżyńskie	19	19	19	—
24.	M. łódzkie	11	11	—	11
25.	Nowosądeckie	40	35	40	—
26.	Olsztyńskie	18	18	—	18
27.	Opolskie	—	—	—	—
28.	Ostrołęckie	76	76	68	8
29.	Piłskie	59	59	59	—
30.	Piotrkowskie	272	262	252	20
31.	Płockie	18	6	6	12
32.	Poznańskie	70	58	50	20
33.	Przemyskie	32	32	—	32
34.	Radomskie	55	55	16	39
35.	Rzeszowskie	—	—	—	—
36.	Siedleckie	32	32	22	10
37.	Sieradzkie	16	16	16	—
38.	Skierniewickie	180	180	171	9
39.	Słupskie	7	7	7	—
40.	Suwalskie	78	75	78	—
41.	Szczecińskie	—	—	—	—
42.	Tarnobrzeskie	—	—	—	—
43.	Tarnowskie	13	13	13	—
44.	Toruńskie	47	47	16	31
45.	Wałbrzyskie	20	19	15	5
46.	Włocławskie	—	—	—	—
47.	Wrocławskie	181	180	88	93
48.	Zamojskie	—	—	—	—
49.	Zielonogórskie	23	19	12	11

Dowodem niedostatecznej informacji o ogniskach jest też fakt, że niektóre województwa, zgłaszające niemalą — w porównaniu do innych — liczbę zakażeń (w tym także na oddziałach noworodkowych i dziecięcych) — wcale lub w bardzo niewielkim stopniu nadsyłają meldunki i opisy ognisk, np. stoł. warszawskie, kaliskie, katowickie, krakowskie, łódzkie, olsztyńskie, opolskie, rzeszowskie. Wiele innych województw zgłasza wprawdzie pewną liczbę ognisk, ale zestawienie danych również nasuwa podejrzenie, iż są to informacje niepełne. Odwrotnie jest w przypadku województwa gorzowskiego, z terenu którego, w zestawieniach dwutygodniowych, wykazano tylko 1 przypadek zakażenia szpitalnego, natomiast opisy ognisk pozwalają naliczyć ich aż 108 (w tym 96 noworodków i dzieci). Województwo zamojskie w ogóle nie zgłosiło zakażeń.

Konieczne jest więc przypomnienie o obowiązku rejestracji zakażeń szpitalnych i zgłaszania ognisk obejmujących 4 i więcej przypadków.

Szczególnie niezadawalająca jest rejestracja zakażeń wśród pacjentów innych oddziałów niż dziecięce, np. na oddziałach zabiegowych lub u chorych szczególnie narażonych na zakażenia z uwagi na chorobę zasadniczą, stosowane leczenie czy postępowanie diagnostyczne.

Interesująca jest grupa 485 zakażeń w następstwie zabiegów medycznych, gdzie, jak można przypuszczać, odnotowane mogą być w dużej części te właśnie przypadki. Opisy ognisk pozwoliły na wyłowienie tylko 80 zakażeń u dorosłych, w tym 32 osoby to personel medyczny oddziałów noworodkowych i dziecięcych, łatwo narażony na zakażenie (głównie pałeczkami *Salmonella*) a jedynie 48 przypadków z ognisk stanowili pacjenci innych oddziałów (23 — zakażenia okołoporodowe, 10 — ropienie ran pooperacyjnych, 11 — wzw, 4 — salmoneloza).

Dla dokładnej charakterystyki zakażeń na oddziałach, innych niż dziecięce, przyjęty system informacji jest niewystarczający i konieczny jest bezpośredni, stały kontakt z wybranymi oddziałami, wgląd do właściwie prowadzonych szpitalnego, centralnego rejestru zakażeń oraz współpraca ze szpitalnym zespołem d/s zakażeń szpitalnych.

ANALIZA DANYCH O OGNISKACH ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH NA ODDZIAŁACH NOWORODKOWYCH I DZIECIĘCYCH

Opisy ognisk dostarczają najwięcej danych odnośnie zakażeń na oddziałach noworodkowych i dziecięcych. Wśród 1983 przypadków zakażeń pochodzących z ognisk (4 i powyżej zachorowań), bakteryjny czynnik etiologiczny ustalono w 1729 przypadkach (87,2^{0/0}); pozostałe 254 — to przypadki o etiologii wirusowej (ospa wietrzna — 125, wirus RS — 34, wzw — 15), lub te, w których czynnika nie udało się ustalić (80).

Zakażenia bakteryjne w przeważającej ilości (1296, tj. 74,9^{0/0}) wywołane były pałeczkami z rodz. *Salmonella*, w tym *S. typhimurium* — 553, *S. agona* — 531 i *S. enteritidis* — 212 przypadków. W większości były to zakażenia objawowe manifestujące się głównie biegunką i wzrostem temperatury, a tylko w niewielkim odsetku (2,3^{0/0}) — bezobjawowe, stwierdzone w czasie dochodzenia epidemiologicznego.

Pozostałe bakteryjne czynniki zakażeń to:

— gronkowce — 158 (klinicznie — biegunki, ropne zmiany skórne, ropienie pępka, zakażenie spojówek),

- *E. coli* — 150 (różne serotypy i fagotypy),
- *Klebsiella* — 108 (głównie zapalenia płuc, przy czym izolowane były przeważnie w towarzystwie innych drobnoustrojów, najczęściej *E. coli*, enterokoków i gronkowców),
- *Pseudomonas aeruginosa* — 11,
- *Serratia marcescens* — 6 przypadków (tab. III).

Tabela III. Czynniki etiologiczne w ogniskach zakażeń szpitalnych na oddziałach noworodkowych i dziecięcych

Czynniki zakażające	Liczba zakażonych	%
Bakteryjne:		
<i>S. typhimurium</i>	553	27,89
<i>S. agona</i>	531	26,78
<i>S. enteritidis</i>	212	10,69
<i>Staphylococcus sp.</i>	158	7,97
<i>E. coli</i>	150	7,56
<i>Klebsiella sp.</i>	108	5,45
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	0,55
<i>Serratia marcescens</i>	6	0,30
Wirusowe:		
<i>Varicella zoster</i>	125	6,30
wirusy RS	34	1,71
wirusy zap. wątroby	15	0,76
przypadki o nieustalonej etiologii	80	4,04
ogółem	1983	100,00

Analiza opisów ognisk wskazuje, że główną przyczyną szerzenia się zakażeń na oddziałach noworodkowych i dziecięcych jest nie przestrzeganie reżimu przeciwepidemicznego. Szczególną uwagę zwraca to, iż od dzieci na izbie przyjęć często wcale nie pobiera się materiału do badań bakteriologicznych w kierunku zakażeń jelitowych, a jeżeli nawet takie badania są prowadzone, to przed uzyskaniem ich wyników, dzieci nie są właściwie izolowane, co często prowadzi do szerzenia się zakażeń na oddziale. Wyniki dochodzeń epidemiologicznych wskazują, że spośród 1983 wykazanych w ogniskach zakażeń dzieci i noworodków, co najmniej 808, tj. 40,7% nastąpiło właśnie z powodu wspomnianych uchybień. Stanowi to duży odsetek, więc położenie nacisku na przestrzeganie konieczności badań wstępnych oraz izolacji dzieci pozwoliłoby znacznie ograniczyć szerzenie się, niejednokrotnie ciężkich, zakażeń.

Opracowania ognisk dowodzą ponadto, że ważną przyczyną przenoszenia zakażeń jest niewłaściwe postępowanie z bielizną dzieci — brak dezynfekcji pieluch, złe sortowanie bielizny z oddziałów biegunkowych, niewłaściwy jej transport i — w wielu przypadkach — zła praca pralni. Kolejnymi, wybijającymi się w trakcie dochodzeń, czynnikami są błędy w dezynfekcji, nieodpowiednie sprzątanie pomieszczeń, a także częste braki wody.

W wielu protokołach stacji sanitarno-epidemiologicznych podkreślano również brak działania szpitalnych zespołów d/s zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

W roku 1984 zarejestrowano 58 zgonów z powodu zakażeń szpitalnych (wszystkie wykazane zgony dotyczyły noworodków i niemowląt). Aż 32 zgony związane były z zakażeniem pałeczkami *Salmonella*, przy czym w większości przypadków salmoneloza pogarszała zły stan ogólny spowodowany wcześniactwem, wadami rozwojowymi lub chorobą zasadniczą. Pozostałe 26 — to zgony związane z zakażeniem *E. coli* (7), *Serratia marcescens* (1) oraz zgony z powodu zakażenia florą mieszaną lub zgony chorych od których nie wyosobniono czynnika zakażającego.

WNIOSKI

1. System rejestracji zakażeń szpitalnych działa jeszcze niedostatecznie.
2. Rejestrowane przypadki pochodzą głównie z oddziałów noworodkowych i dziecięcych.
3. Dla pełnej charakterystyki zakażeń szpitalnych konieczna jest bezpośrednia współpraca z wybranymi oddziałami.
4. Głównym czynnikiem etiologicznym zakażeń na oddziałach dziecięcych i noworodkowych są pałeczki *Salmonella* (65,3%).
5. Przestrzeganie obowiązku wstępnych badań bakteriologicznych i izolacji dzieci w znacznym stopniu ograniczyłyby szerzenie się zakażeń na oddziałach dziecięcych i noworodkowych.

И. Барч

БОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПОЛЬШЕ — 1984 ГОД

Резюме

В 1984 году обнаружено вообще 6154 случая инфекции в больницах. 85,0% заболеваний отмечено в поворожденных и детских отделениях. Палочками из рода *Salmonella* было вызвано 3639 инфекции (59,1%). Как последствие медицинской процедуры записано только 485 (7,9%) инфекции. В очагах с числом 4 и больше заболеваний обнаружено 2063 случая т.е. 33,5% всех заболеваний. Целых 96,1% случаев касалось новорожденных и детей. 68,3% инфекции в этих очагах было по поводу палочки *Salmonella*. Анализ собранных данных указывает всё таки, что регистрирование инфекции в больницах ещё недостаточное и полученное число должно принимать с большими оговорками.

I. Barcz

NOSOCOMIAL INFECTIONS IN POLAND — 1984

Summary

In 1984 the total number of notified nosocomial infections was 6154, with 85.0% in neonatal and paediatric hospital departments. In 3639 cases the aetiological agent was *Salmonella* (59.1%). Only 485 (7.9%) infections were regarded as a consequence of medical procedures. In foci of 4 or more cases 2063 infections took place (33.5%), and 96.1% of these cases were newborns and children. In these foci 68.3% of infections were caused by *Salmonella*. The analysis of these data shows, however, that the notification of nosocomial infections is still inadequate and the reported figures should be regarded with reservation.

Wiesław Magdzik, Adam Nowostawski, Anna Przybylska

AIDS — ZESPÓŁ NABYTEGO UPOŚLEDZENIA ODPORNOŚCI

Przedstawiono najbardziej istotne informacje o etiologii, szerzeniu, objawach klinicznych choroby i sytuację epidemiologiczną AIDS w świecie do końca 1984 roku. Na podstawie wyników dotychczasowych obserwacji wyciągnięto wniosek o istnieniu prawdopodobieństwa zawleczenia zakażenia do Polski i możliwości wystąpienia choroby, konieczności podjęcia w związku z tym profilaktycznych poczynań oraz dokonania dalszych ustaleń w sprawie postępowania z ewentualnym podejrzanym lub chorym na AIDS.

1. INFORMACJE O CHOROBIE

Zespół nabytego upośledzenia odporności, który zyskał sobie międzynarodową nazwę AIDS, będącą skrótem literowym nazwy w języku angielskim (zacytowanej w tytule) jest chorobą zakaźną rozpoznawaną od 1979 roku w Stanach Zjednoczonych i w niektórych krajach europejskich. Ze względu na ciężki przebieg, małe efekty lecznicze, wysoką śmiertelność choroba ta stała się postrachem i przyczyną panikarskich wręcz nastrojów szczególnie wśród osób z grup wysokiego ryzyka w niektórych krajach.

a) Etiologia

Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że czynnikiem etiologicznym choroby jest wirus limfotropowy komórek T człowieka nazwany przez zespół badaczy z Narodowego Instytutu Badań Raka w Bethesda w Stanach Zjednoczonych (2) w skrócie HTLV III (*human T-cell leukemia virus type III* — wirus białaczki ludzkiej limfocytów T typ III), a przez zespół Instytutu Pasteura w Paryżu (1) w skrócie LAV (*lymphadenopathy associated virus* — wirus towarzyszący limfadenopatii). Należy on do retrowirusów i jest blisko spokrewniony z wirusem HTLV i uważany za czynnik etiologiczny białaczki komórek T osób dorosłych. Jest to wirus limfotropowy niszczący limfocyty pomocnicze T. Powodzeniem zakończyły się próby hodowli wirusa poza ustrojem jak również uzyskano testy serologiczne dla określania obecności przeciwciał dla tego wirusa (9). W toku są badania zmierzające do uzyskania szczepionki.

b) Szerzenie zakażeń

Rezerwuarem zarazka i źródłem zakażenia jest człowiek. Choroba szerzy się podobnie jak wirusowe zapalenie wątroby typ B drogą pa-

renteralną oraz drogą bardzo bliskiego i ścisłego kontaktu jak np. drogą kontaktu płciowego zwłaszcza wśród homoseksualistów. Nośnikiem zakażenia może być krew, tkanki, wydaliny i wydzieliny jak np. mocz, sperma, które mogą zawierać pełną krew, zakażone limfocyty lub wirus. Do zakażeń może dojść także przez skażone, niewysterylizowane strzykawki do iniekcji zwłaszcza dożylnych, transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych zwłaszcza uzyskanych od wielu dawców (np. czynniki krzepnięcia). Stwierdza się zachorowania dzieci urodzonych przez kobiety z objawami AIDS.

Okres wylegania choroby jest bardzo długi. Trwa od 6 miesięcy do dwu lat lub nawet dłużej, najczęściej około 15 miesięcy. W okresie choroby, a możliwe, że również w okresie wylegania wirusemia może występować okresowo, lub utrzymywać się stale. W sprzyjających okolicznościach dochodzić może wówczas do zakażenia innych osób.

Choroba szerzy się prawdopodobnie endemicznie w krajach środkowo-afrykańskich i na Haiti. W Stanach Zjednoczonych i w Europie zachorowania występują zwłaszcza wśród osób z grup wysokiego ryzyka. Są to:

- mężczyźni homoseksualiści i biseksualiści oraz seksualne partnerki tych ostatnich;
- osoby pobierające dożylnie substancje uzależniające;
- chorzy na hemofilję zwłaszcza pobierający czynnik krzepnięcia VIII lub IX i inni chorzy pobierający preparaty krwiopochodne uzyskane od wielu dawców;
- osoby pobierające liczne transfuzje krwi;
- osoby pochodzące z Haiti i z krajów centralnej Afryki.

c) Przebieg kliniczny

U części chorych (około 50%) objawy zasadnicze choroby bywają poprzedzone pod koniec wylegania objawami prodromalnymi, które jakkolwiek nieswoiste mogą być pierwszym sygnałem zakażenia. Nie obserwowano tych objawów u Afrykanów i Haitańczyków. Utrzymują się one od kilku miesięcy nawet do 3 lat. Do objawów tych należą: biegunki, astenia, gorączka (stała lub okresowa do około 38°C), świąd skóry, wysypki, utrata wagi ciała (powyżej 7 kg, lub powyżej 10% należnej wagi ciała), nocne poty, limfadenopatia (powiększenie węzłów chłonnych co najmniej w 2 okolicach poza pachwinami, najczęściej węzłów szyi i karku), kaszel.

Objawy kliniczne w pełni objawowego AIDS związane są z występowaniem powikłań typowych dla stanów upośledzonej odporności komórkowej. Powikłaniami tymi mogą być:

- zakażenia oportunistyczne dotyczące głównie płuc, mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych, przewodu pokarmowego. Stwierdza się je u 60—70% chorych. Najczęściej występują zapalenia płuc wywołane przez *Pneumocystis carini*. Ponadto występują zakażenia spowodowane przez różnego rodzaju pierwotniaki, grzyby, bakterie, wirusy. Chorzy ci przeżywają przeciętnie około pół roku. Praktycznie okres przeżycia nie przekracza 2 lat.
- procesy nowotworowe, które stwierdza się u 20—25% chorych. Najczęściej jest to rozsiana, agresywna postać mięsaka Kapos'iego (skórna i trzewna). Opisano ponadto występowanie chłoniaków niezar-

niczych, białaczek, raków jamy ustnej, odbytu i innych. U chorych z mięsakiem Kapos'iego średni okres przeżycia ma wynosić 1—1,5 roku. Okres 2 lat przeżywa około 25% chorych.

— ponadto stwierdza się zachorowania powikłane zarówno zakażeniami oportunistycznymi jak i procesami nowotworowymi. Są to najczęściej przebiegające przypadki.

W tym stadium choroby nie spostrzegano powrotu odporności komórkowej do normy. Śmiertelność z powodu AIDS na podstawie przytaczanych danych i liczb ma wynosić od 40 do 60 kilku procent. Przelekły i długotrwały przebieg choroby przy narastającej z roku na rok liczbie zachorowań powoduje sztuczne zmniejszenie tego odsetka. W zasadzie obliczany w podobny sposób jak dla innych chorób zakaźnych nie może on służyć do oceny ciężkości przebiegu choroby.

W przebiegu choroby obserwuje się następujące odchylenia od normy w wynikach badań laboratoryjnych:

- wzrost poziomu przeciwciał dla wirusa HTLV III;
- zwiększenie liczby limfocytów T supresorowych i zmniejszenie liczby limfocytów T pomocniczych, a na skutek tego zmniejszenie wartości stosunku limfocytów T pomocniczych do liczby limfocytów T supresorowych. Stosunek ten, który u zdrowych ludzi wynosi 1,4—2,5 ulega zmniejszeniu do 0,6 lub niżej;
- zmiany w obrazie krwi obwodowej (niedokrwistość lub leukopenia, lub trombocytopenia, lub limfopenia);
- zmniejszony odczyn blastyczny limfocytów krwi obwodowej w stosunku do mitogenów (np. fitohemaglutyniny);
- anergia skórna wobec zespołu antygenów testowych (np. tuberkulina, candida, tężec, świnka);
- miernie podwyższony poziom immunoglobulin, zwłaszcza IgG i IgA;
- podwyższone poziomy krążących kompleksów immunologicznych;
- obraz nieswoistej aktywacji tkanki chłonnej w badaniu histopatologicznym powiększonego węzła chłonnego.

2. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA

Ocena sytuacji epidemiologicznej AIDS w świecie natrafia na trudności. Można domniemywać, że zwłaszcza w krajach afrykańskich nie rozpoznawano i nie rejestrowano zachorowań, mimo że dotychczasowe rozeznanie wskazuje na ich występowanie. Podejrzewa się nawet, że w niektórych krajach centralnej Afryki szerzą się one endemicznie. Brak danych liczbowych z terenu Afryki stanowi znaczne utrudnienie dla oceny sytuacji epidemiologicznej tej choroby. Należy się liczyć również z tym, że w okresie, gdy niedostępne były testy laboratoryjne, w niektórych innych krajach, a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej dochodzić mogło do zawyżenia liczby rozpoznania i rejestrowanych zachorowań.

Biorąc pod uwagę zarejestrowane liczby zachorowań z dostępnego piśmiennictwa (8, 9), które w dalszej części artykułu poddano dokładniejszej analizie, można stwierdzić, że do końca 1984 roku (w Stanach Zjednoczonych do 26 listopada 1984 roku) zarejestrowano łącznie we wszystkich krajach 8605 zachorowań na AIDS. Najwyższą liczbę zachorowań zanotowano w Stanach Zjednoczonych tj. 6993 (81,3%), następnie w krajach europejskich 762 (8,9%), w krajach Ameryki Połud-

niowej i Północnej z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych — 753 (8,8%), w Australii 58, w Afryce 38 i w Azji 1, tj. łącznie w krajach trzech ostatnio wymienionych kontynentów zarejestrowano 97 zachorowań (1,2%).

Warto podkreślić, że liczba rozpoznanych zachorowań w ostatnich latach z roku na rok wzrasta. Obserwuje się to również w 1985 roku.

Stwierdza się przewagę zachorowań wśród mężczyzn zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych i w krajach europejskich. Na 1 zachorowanie kobiety przypada tam zwykle powyżej 10 a nawet do 30 zachorowań mężczyzn, podczas gdy wśród obywateli krajów centralnej Afryki i na Haiti jak również wśród dzieci na 1 zachorowanie kobiety przypada 1,5—2,5 zachorowań mężczyzn. Chorzy w wieku 30—39 lat stanowią najliczniejszą grupę. Zachorowania wśród dzieci i osób powyżej 60 lat należą na ogół do rzadkości. Zachorowania występują głównie w środowiskach wielkomiejskich.

a) Sytuacja epidemiologiczna w Stanach Zjednoczonych

Do 26 listopada 1984 roku *) zanotowano w Stanach Zjednoczonych 6993 zachorowania na AIDS.

Przed 1982 rokiem zarejestrowano 854 zachorowania wśród dorosłych, między grudniem 1982, a listopadem 1983 roku, zarejestrowano 2237 zachorowań wśród dorosłych, a między grudniem 1983, a listopadem 1984 roku — 3830 zachorowań wśród osób dorosłych.

Wśród chorych było 72 dzieci do lat 13 (1,0%) i 6921 (99,0%) osób dorosłych, a wśród nich 249 (3,6%) Haitańczyków.

Wśród pozostałych 6672 osób dorosłych zanotowano:

- 5038 (75,5%) homoseksualistów i biseksualistów;
- 1190 (17,9%) osób nadużywających preparatów uzależniających podawanych dożylnie;
- 46 (0,7%) chorych na hemofilię;
- 81 (1,2%) osób, które otrzymywały transfuzję krwi najczęściej po zabiegach chirurgicznych. Niejednokrotnie były to liczne transfuzje nawet do 75. Odstęp czasu od transfuzji do zachorowania wynosił od 4 do 62 miesięcy;
- 54 (0,8%) osoby zakażone najprawdopodobniej drogą kontaktów heteroseksualnych. W grupie tej było 49 kobiet (90,7%);
- 263 (3,9%) osoby, u których nie stwierdzono czynnika ryzyka. W grupie tej było 186 mężczyzn (71,1%). Dokonano dokładniejszej analizy chorych 65 mężczyzn i 9 kobiet z tej grupy. Ustalono, że 17 (26,2%) mężczyzn miało kontakty seksualne z prostytutkami, a 1 kobieta była prostytutką.

Wśród chorych zarejestrowanych w USA w 1984 roku ok. 6% stanowiły kobiety.

Przeciętny wiek osób dorosłych w chwili zachorowania na AIDS wynosił 53 lata (od 19 do 81 lat). Około 75% chorych pochodziło z Nowego Jorku, New Jersey, Kalifornii i Florydy.

W ciągu 1984 roku u 53% chorych stwierdzono zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carini* (PcP), u 24% — mięsaka Kapos'iego

*) Roczne dane ze Stanów Zjednoczonych podawane są za okresy od grudnia do listopada.

(KS) postać trzewną, u 6% — PcP + KS, a u 17% — pozostałe zakażenia oportunistyczne (8).

Wśród 72 dzieci poniżej 13 lat życia było 42 chłopców (58,3%), tj. na 1 zachorowanie dziewczynki przypadało 1,4 zachorowania chłopca. Przeciętny wiek dzieci w chwili zachorowania na AIDS wynosił 14 miesięcy i wahał się od 4 do 46 miesięcy. W grupie tej 16 dzieci otrzymywało transfuzje krwi, lub preparatów krwiopochodnych, najczęściej w związku z wcześniactwem, a 4 dzieci w związku z hemofilią. Jedno lub dwoje rodziców 47 dzieci należało do grup wysokiego ryzyka (rodzice 29 dzieci nadużywali pobieranie preparatów dożylnych, 17 było z Haiti, ojciec 1 dziecka był biseksualistą). W stosunku do 1 dziecka nie stwierdzono czynnika ryzyka, a informacje odnośnie do pozostałych 8 dzieci były niekompletne.

Spośród 72 dzieci poniżej 13 roku życia u 50 dzieci (69%) stwierdzono zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carini* (PcP), u 16 (22%) inne zakażenia oportunistyczne, a u 4 (6%) mięsaka Kapos'iego (KS); u dwojga dzieci (3%) stwierdzono jednoczesne wystąpienie PcP i KS.

b) Sytuacja epidemiologiczna w Europie

Liczba rozpoznawanych i rejestrowanych zachorowań na AIDS w Europie również z roku na rok wzrastała. Do końca 1984 roku zanotowano ogółem 762 zachorowania: przed 1981 rokiem — 18; w 1981 roku — 25; w 1982 roku — 67; w 1983 roku 235; i w 1984 roku — 417.

Do końca 1984 roku najwyższe liczby zachorowań zanotowano w następujących krajach: we Francji — 260 (zapadalność na milion — 4,8), w RFN 135 (zapadalność — 2,2) i w Anglii z Walią — 108 (zapadalność — 1,9). Najwyższą zapadalność zanotowano w Belgii i Danii (6,6) oraz w Szwajcarii (6,3 na milion).

Wśród chorych na AIDS rozpoznanych w Europie było:

- 605 (79,4%) Europejczyków. Przed zachorowaniem 578 (95,6%) z nich mieszkało w Europie, a 27 (4,4%) w USA, na Haiti, Bermudach i w Wenezueli.
- 111 (14,6%) pochodziło z Afryki. Wśród nich 74 osoby (67%) z Zairu i 12 osób (11%) z Konga.
- 22 (2,9) osoby pochodziły w większości z kontynentu amerykańskiego, a 16 spośród nich ze Stanów Zjednoczonych.

Grupy ryzyka, z których wywodziły się te osoby przedstawiono w tabeli I. W porównaniu do danych ze Stanów Zjednoczonych daje się zauważyć wśród chorych Europejczyków niższy odsetek osób nadużywających pobieranych dożylnie preparatów uzależniających, wyższy odsetek chorych na hemofilię, a także homoseksualistów. Zachorowania w pierwszym roku życia dotyczyły 5 dzieci z krajów afrykańskich i 1 dziecka, którego ojciec pochodził z Zairu. Wśród osób w grupie wieku 10—19 lat na 6 zachorowań 4 osoby były chore na hemofilię, a 1 chory był homoseksualistą.

Wśród 762 zachorowań było 60 kobiet i 702 mężczyzn. Na 1 zachorowanie kobiety przypadało więc przeciętnie 11,7 mężczyzn. Zależność zachorowań od wieku i płci przedstawiono w tabeli II. Blisko połowa (46,3%) zachorowań dotyczyła osób w wieku 30—39 lat, a 90% osób w wieku 20—49 lat.

Tabela I. Zachorowania na AIDS w Europie do 1984 roku. Grupy ryzyka w zależności od pochodzenia chorego

Grupy ryzyka	Europejczycy		Afrykanie		Karaimowie		Inni **	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Homoseksualiści i biseksualiści	514 +9*	85,0 1,5	5	4,5	2	8,3	16 +2*	72,7 9,1
Osoby nadużywaj. pobierania preparatów dożyln.	11 +9*	1,8 1,5	—	—	—	—	2*	9,1
Chorzy na hemofilii	20	3,3	—	—	—	—	—	—
Otrzymujący transfuzje krwi	4	0,7	4	3,6	—	—	—	—
Nie stwierdzono czynnika ryzyka	44	7,2	93	83,8	19	79,2	2	9,1
Brak informacji	3	0,5	9	8,1	3	12,5	2	9,1
R a z e m	605	100,0	111	100,0	24	100,0	22**	100,0

* — osoby, które były jednocześnie homoseksualistami i narkomanami

** — na 22 chorych 16 (72,7%) pochodziło z USA

Tabela II. Zachorowania na AIDS w krajach europejskich. Zależność zachorowań od wiek i płci

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	O g ó ł e m	
			liczba	%
0—11 mies.	4	1	5	0,7
1—4 lat	—	—	—	—
5—9 lat	—	—	—	—
10—14 lat	2	—	2	0,3
15—19 lat	4	—	4	0,5
20—29 lat	106	31	137	18,0
30—39 lat	335	18	353	46,3
40—49 lat	188	8	196	25,7
50—59 lat	45	2	47	6,2
60 i więcej	7	—	7	0,9
Nieznany	11	—	11	1,4
O g ó ł e m	702	60	762	100,0

Pod względem postaci klinicznej, chorych można podzielić na: 484 (63,5%) osoby z zakażeniami oportunistycznymi; 151 (19,8%) przypadków przebiegających pod postacią mięsaka Kapos'iego i 121 (15,9%) — przebiegających zarówno pod postacią zakażeń oportunistycznych jak i mięsaka Kapos'iego. U 6 chorych (0,8%) choroba przebiegała pod innymi postaciami.

c) Sytuacja epidemiologiczna w krajach Ameryki Południowej i Północnej z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych

Do końca 1984 roku w krajach Ameryki Południowej i Północnej z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych rozpoznano i zarejestrowano łącz-

nie 753 zachorowania na AIDS, 140 podejrzeń i 261 zgonów. Najwyższe liczby zachorowań zanotowano na Haiti — 340 (45,0%); w Brazylii — 182 (24,2%); w Kanadzie 165 (21,9%). Łącznie więc w tych 3 krajach stwierdzono 687 zachorowań (91,1%). Pozostałe 66 zachorowań (8,9%) rozpoznano i zarejestrowano w dalszych 14 krajach.

d) Sytuacja epidemiologiczna w Afryce, Australii i Azji

Przypuszcza się, jak wspomniano wyżej, że Afryka szczególnie centralna, a zwłaszcza Zair może stanowić naturalny rezerwuuar AIDS. Nadmienić warto, że w 1960 roku znaczna liczba Haitańczyków udała się do Zairu dla podjęcia tam pracy, w większości w Kinshasa. Część z nich powróciła na Haiti, część pozostała.

Sytuacja epidemiologiczna AIDS w Afryce nie jest do końca poznana. Trzytygodniowe badania podjęte w Kinshasa w 1983 roku ujawniły 38 zachorowań. Objawy kliniczne były zbieżne z zaobserwowanymi w Europie. Mężczyźni stanowili 53%, a kobiety 47% zachorowań. Średni wiek mężczyzn wynosił 41 lat, a kobiet 28 lat.

Nie udało się ustalić grup ryzyka. Stwierdzono, że 78% zachorowań kobiet dotyczyło niezamężnych, prowadzących swobodne życie płciowe. W innym badaniu podjętym w Kingali ((Rwanda) większość chorych mężczyzn miała kontakty seksualne z prostytutkami. Wstępna analiza socjologiczna przeprowadzona wśród ludności autochtonicznej wykazała, że AIDS występuje niezmiernie rzadko wśród rolników stanowiących 93% ludności. Na podstawie tych danych wysuwa się hipotezę, że kontakty heteroseksualne mogą stanowić istotną drogę szerzenia zachorowań w Afryce.

Pierwsze zachorowanie na AIDS w Australii rozpoznano w 1982 roku. Dotyczyło ono 27-letniego homoseksualisty, który poprzednio mieszkał w Nowym Jorku. Ponadto u 4 dalszych homoseksualistów z Sydney stwierdzono objawy prodromalne AIDS. Dwóch z nich odbyło kilkakrotnie podróż do USA. Następnie w okresie od lipca 1983 roku do lutego 1985 roku rozpoznano 53 zachorowania, z których 18 zakończyło się zgonem.

Z krajów azjatyckich istnieje tylko jedno doniesienie o zachorowaniu na AIDS w październiku 1982 roku 36-letniej Japonki nie należącej do żadnej z grup ryzyka.

3. ZAGROŻENIE WYSTĄPIENIA AIDS W POLSCE

Dotychczas w Polsce nie rozpoznano zachorowania na AIDS. Wydaje się, że nie może być to wynikiem nieświadomości lekarzy. Informację o tej chorobie zarówno dla lekarzy, jak i społeczeństwa ocenić można na obecnym etapie jako wystarczającą. W 1984 roku Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich wydał informacyjną broszurę na ten temat (4), która rozesłana została przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej do znacznej liczby lekarzy w kraju. Ukazały się też publikacje na ten temat w prasie medycznej (3, 5, 6, 7) a także w prasie niefachowej, ogólnie dostępnej. Przyczynić się one powinny do poznania tej choroby zarówno przez lekarzy jak i osoby z grup ryzyka w stopniu pozwalającym na powzięcie uzasadnionego podejrzenia. Dotychczas, nieliczne zresztą podejrzenia AIDS (10), nie zostały potwierdzone

dalszymi obserwacjami jak również wynikami badań laboratoryjnych (dane nie publikowane).

W pierwszej połowie 1985 roku w Zakładzie Immunopatologii Państwowego Zakładu Higieny, w Instytucie Hematologii (prof. H. Seyfriedowa), i w Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM (doc. J. Tomaszewski) we współpracy z Instytutem Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie (dr W. Mazurkiewicz) wykonano serologiczne badania w kierunku przeciwciał dla HTLV III kilkuset prób krwi pochodzących od osób z grup wysokiego ryzyka*). Stwierdzono przeciwciała u 4 osób. Są to osoby z grup ryzyka (homoseksualiści, chorzy na hemofilie), które miały możliwość, jak wynika z wywiadu, zostać zakażone przez osoby bądź preparaty pochodzące ze Stanów Zjednoczonych, bądź z krajów Europy Zachodniej.

Istnieje więc prawdopodobieństwo zawleczenia zakażenia ALDS do Polski i wystąpienia choroby. Dla zapobieżenia temu należałoby przede wszystkim:

- uświadomić osoby z grup ryzyka zwłaszcza homoseksualistów co do konieczności unikania kontaktów homoseksualnych z obywatelami Stanów Zjednoczonych i krajów Europy Zachodniej;
- zapewnić własną produkcję lub import bezpiecznych preparatów krwiopochodnych;
- podjąć decyzję badania serologicznego wszystkich lub z grup wysokiego ryzyka dawców krwi w kierunku przeciwciał dla wirusa HTLV III celem wykluczenia spośród nich osób z pozytywnym wynikiem.

Również istotną sprawą jest dalsze uściślenie zasad dotyczących postępowania z chorym i przeprowadzania badania laboratoryjnego w celu potwierdzenia rozpoznania. Wstępnie zasady te zostały podane w wyżej wspomnianej broszurze. Zakład Immunopatologii Państwowego Zakładu Higieny jest w stanie przyjąć obowiązki związane z przeprowadzaniem w pierwszej fazie tych badań laboratoryjnych, a w dalszym okresie z nadzorem nad tymi badaniami w kraju.

B. Магдзик, А. Новославски, А. Пжыбыльска

AIDS — ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. КОМПЛЕКС
ПРИОБРЕЩЕННОГО НЕДОСТАТКА ИММУНИТЕТА.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В МИРЕ ДО КОНЦА 1984 ГОДА
И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО ЗАТАЧЕНИЯ В ПОЛЬШУ

Резюме

Представлено самые существенные информации касающиеся этиологии, расширения и клиники АИДС. Проведено анализ эпидемиологической ситуации в мире на основании доступной литературы принимая во внимание повышение с годами числа заболеваний, особенно в Соединенных Штатах Америки и в странах западной Европы, формирование заболеваний в рискованных группах и в разделении на пол, возрастные группы, место жизни. До конца 1984 года (в Соединенных Штатах до 26 ноября 1984 года) зарегистрировано вообще в мире 8605 заболеваний, из которых в Соединенных Штатах 6993 (81,3%), в странах Европы — 762 (8,9%), в странах Южной и Северной Америки (с исключением Соединенных Штатов) — 753 (8,8%), в Австралии — 58, в Афри-

*) Badania te są kontynuowane; ich wyniki będą przedmiotem osobnych publikacji. Za udostępnienie powyższych informacji autorzy składają podziękowanie prof. dr med. Halinie Seyfried, dr med. Walentyne Mazurkiewicz i doc. dr med. J. Tomaszewskiemu.

ке — 38 и в Азии — 1. Возможно, что в центральной Африке, особенно в Заире, заболевания имеют эндемический характер. Недостаточные информации из Африки в значительной степени осложняют оценку эпидемиологической ситуации АИДС в мире. В Польше до сих пор не зарегистрировано заболеваний АИДСом. Существует реальная возможность заташения инфекции и появления заболеваний. Необходимое внушение профилактических средств, уточнение принципов поведения с больными и проведение лабораторных исследований.

W. Magdzik, A. Nowosiłowski, A. Przybylska

AIDS — ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

Summary

The authors report the most essential data about the aetiology, modes of spread and clinical manifestations of AIDS. The analysis of the epidemiological situation of AIDS in the world is based on the available literature calling attention to the rise in the number of cases with every year, particularly in the USA and Western Europe, the frequency of cases in high risk groups, and incidence according to sex, age groups, place of residence. Up to the end of 1984 (up to Nov 26 1984 in the USA) the total number of notified cases was 8605, including 6993 in the USA (81.3%), 762 in the European countries (8.9%), in South and North America (with the exception of the USA) 753 cases (8.8%), in Australia 58, in Africa 38, in Asia 1. It is supposed that in Central Africa, especially in Zair, the disease is endemic. Insufficient data about the situation make difficult an evaluation of the epidemiological status of AIDS in the world. In Poland no cases of AIDS have been observed, however, there is a real possibility of infection spread from other countries. Thus it is necessary to introduce prophylactic measures to outline the principles of dealing with patients and to conduct appropriate laboratory investigations.

PIŚMIENNICTWO

1. Barre-Sinoussi F., Chermann I. C., Rey F. i wsp.: Science, 1983, 220, 865. —
2. Gallo R. C., Sarin P. S., Gelmann E. P. i wsp.: Science, 1984, 224, 500. —
3. Kuratowska Z.: Pol. Tyg. Lek., 1984, 39, 36, 1189. — 4. Magdzik W., Nowosiłowski A.: Informacje na temat zespołu nabytego upośledzenia odporności AIDS. PZWL, Warszawa, 1984. — 5. Mazurkiewicz W.: Przeg. Derm., 1984, 71, 1. —
6. Mazurkiewicz W.: Przeg. Derm., 1984, 71, 5. — 7. Mazurkiewicz W.: Przeg. Derm., 1985, 72, 2. — 8. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1984, 33, 24. —
9. Saxinger W. C., Gallo R.: Lab. Investig., 1983, 49, 371. — 10. Ulewicz-Filipowicz J., Szczurówna M.: Pol. Tyg. Lek., 1984, 39, 36, 1211.
11. Weekly Epidemiological Record 1985, 60, 10, 71. — 12. Weekly Epidemiological Record 1985, 60, 12, 85.

PRACE Z EPIDEMIOLOGII, KLINIKI CHORÓB ZAKAŻNYCH
I ICH POGRANICZA OGŁOSZONE W CZASOPISMACH POLSKICH
W 1983 ROKU

ARCHIWUM HISTORII MEDYCYNY, 1983, 46

- W. *Skrzypek*: Przypadek wyleczenia nosaczyny u człowieka w 1828 r. (zesz. 3, str. 325)
S. *Olczak*: Ospa prawdziwa i szczepienie ochronne przeciw ospie w Kaliszu i na terenie Ziemi Kaliskiej (zesz. 3, str. 355).

BIULETYN WOJSKOWY AKADEMII MEDYCZNEJ, 1983, 26

- S. *Drobnik*, B. *Tkacz*: Immunoglobuliny A, M, G w surowicy krwi w okresie ostrego i przewlekłego nosicielstwa pałeczek *S. typhimurium* (Nr 1, str. 57)
K. *Dęga*: Instytut Medycyny Morskiej (Nr 2, str. 154)
B. *Tkacz*, J. *Matuszak*: Klinika Obserwacyjno-Zakaźna
A. *Denys*: Zakład Mikrobiologii Lekarskiej (Nr 2, str. 219)
J. *Bończak*: Sprawy medycyny w listach króla Jana III do królowej Marii Kazimiery (wyprawa wiedeńska 1683 r.) (Nr 3, str. 320)
K. *Markiewicz*: Zakażenia szpitalne (wykład inauguracyjny) (Nr 4, str. 379)

BROMATOLOGIA I CHEMIA TOKSYKOLOGICZNA, 1983, 16

- K. *Szumilak*: Mechanizm tworzenia się N-nitrozoamin (Nr 1, str. 75)
L. *Czerwiecki*: Mikotoksyny — metabolizm w ustroju zwierzęcym (Nr 3—4, str. 187)

CHIRURGIA NARZĄDÓW RUCHU I ORTOPEDIA POLSKA, 1983, 48

- M. *Börner*, K. *Klemm*, A. *Fabius*: Leczenie zakażonych stawów rzekomych za pomocą unieruchomiania zewnętrznego i czasowej implantacji kul gentamycynowych (septopalu) (zesz. 1, str. 45)
Z. *Kurdziel*: Badanie źródeł zakażenia szpitalnego na oddziałach chirurgicznych (zesz. 2, str. 159)
K. *Zołyński*, W. *Kotyło*: Ocena zrostu kostnego po zachowawczym i operacyjnym leczeniu doświadczalnych zakażonych złamań kości (zesz. 3, str. 245)
S. *Szram*, K. *Zołyński*, A. *Denys*, J. *Białek*: Niektóre aspekty odmienności morfologicznej gojenia się doświadczalnego zakażonego złamania kości leczonego zachowawczo i operacyjnie (zesz. 3, str. 249)
H. *Zwierzchowski*, T. *Komorowski*: Zastosowanie kul gentamycynowych w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia kości (zesz. 3, str. 25)
K. *Zołyński*, A. *Denys*, B. *Jażdżewski*, Z. *Pawlik*: Zachowanie się wybranych wskaźników immunologicznych u chorych na przewlekłe porażenie gronkowcowe zapalenia kości (zesz. 5—6, str. 441)
J. *Skowroński*, P. *Światkiewicz*: Przypadek przewlekłej brucelozy ręki (zesz. 5—6, str. 505)

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA, 1983, 19

- D. Dzierżanowska i inni: Próba opracowania podłoża wybiórczego do izolacji pałeczek z rodzaju *Bacteroides* (nr 2, str. 91)
- E. Rozynek i wsp.: Porównanie niektórych metod identyfikacji pałeczek z rodzaju *Bacteroides* i *Fusobacterium* (nr 3, str. 169)
- M. Mantur i wsp.: Aktywność proteolityczna gronkowców złocistych (nr 3, str. 177)
- K. Podkowicz: Odporność antybakteryjna w mocznicy i cukrzycy (nr 4, str. 273)
- H. Kemon, J. Wysocka: Liczba płytek krwi u myszy zakażonych *Pseudomonas aeruginosa* (nr 4, str. 307)
- K. Szeleżyński, M. Nowicki: Ocena testu hamowania migracji leukocytów u ludzi z czynną gruźlicą płuc i osobników zdrowych w zależności od odczynu tuberkulinowego (nr 4, str. 313)

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTERSTWA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ, 1983

- Komunikat o preparatach chemicznych przeznaczonych do dezynfekcji i deratyzacji oraz do szerokiego stosowania dla celów nieprzemysłowych (poz. 7, str. 10)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 stycznia 1983 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników zatrudnionych w zakładach dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji (poz. 12, str. 26)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 marca 1983 r. w sprawie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (poz. 28, str. 45)
- Komunikat o uzupełnieniu wykazu preparatów chemicznych do dezynfekcji i deratyzacji oraz do szerokiego stosowania dla celów przemysłowych (poz. 34, str. 50)
- Instrukcja Nr 6/83 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1983 r. w sprawie otrzymania i przekazywania wody oczyszczonej „*Agua purificata*” do celów recepturowych w aptekach (poz. 47, str. 80)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 września 1983 r. w sprawie cen za badania wykonywane w stacjach sanitarno-epidemiologicznych (poz. 51, str. 83)

ENDOKRYNOLOGIA POLSKA, 1983, 33

- H. Jastrzębska: Podawanie kortyzonu — przed posiłkiem czy po posiłku (zesz. 1—3, str. 111)

FOLIA MEDICA CRACOVIENSIA, 1983, 24

- K. Janicki, Z. Kabat, A. Łukowicz i inni: Epidemiologiczne badania porównawcze zachorowalności na białaczkę w województwach miejskim krakowskim i tarnowskim. Doniesienie I (zesz. 1—2, str. 89)
- K. Janicki, Z. Kabat, S. Bania i inni: Epidemiologiczne badania porównawcze zachorowalności na białaczkę w województwach miejskim krakowskim i tarnowskim. Doniesienie II (zesz. 1—2, str. 205)
- J. Lewińska: Zanieczyszczenie antropogeniczne aglomeracji krakowskiej i skutki w środowisku (zesz. 3—4, str. 147)
- M. Gumińska: Ektotoksyny w regionie Krakowa i mechanizm ich chorobotwórczego działania (zesz. 3—4, str. 157)
- K. Janicki: Zagrożenie człowieka skażeniami środowiska wodnego (zesz. 3—4, str. 193)

FARMACJA POLSKA, 1983, 39

- J. Łazowski, A. Łypka: Antybiotyki aminoglikozydowe — farmakologia i farmakokinetyka kliniczna (nr 1, str. 7)

- E. Szyszko: Rola i zadania Instytutu Leków w nowych warunkach ekonomiczno-społecznych (nr 4, str. 201)
- L. Przyborowski, H. Hopkała, G. Miszał: Oznaczenie anoksycyliny w tabletkach oraz w krwi i w moczu (nr 9, str. 527)

GINEKOLOGIA POLSKA, 1983, 54

- N. R. Kotecki, Z. Sternadel, J. Gerkowicz i inni: Występowanie zarażenia *Pneumocystis carinii* u ciężarnych (nr 2, str. 105)
- W. Steckiewicz: Udział zgonów noworodków i niemowląt z niską masą urodzeniową w ogólnej umieralności niemowląt w latach 1970—1979 (nr 2, str. 219)
- J. Kretowicz, T. Sitek, M. Merkel, D. Pisarek-Miedzińska: Wyniki leczenia drożdżycy pochwy i sromu preparatem gunotrovogen (nr 11—12, str. 737)

IMMUNOLOGIA POLSKA, 1983, 8

- A. Bienkowski, Z. K. Laskowski, P. Janicki i inni: Seroepidemiologia *hepatitis B* u studentów WAM w Łodzi (nr 3, str. 212)
- J. Daszko, I. Podkowińska, J. Hałasa: Trzyletnie obserwacje dzieci cierpiących na przewlekłe i nawracające zapalenie dróg oddechowych leczonych autoszczepionką i poliwakcyką (nr 3, str. 221)
- B. K. Dąbrowska-Bernstein, A. Stasiak, B. Wąsowska i inni: Ocena sprawności komórkowych mechanizmów odpowiedzi immunologicznej w przebiegu immunoterapii przewlekłego aktywnego wirusowego zapalenia wątroby (nr 3, str. 222)
- II. Długońska: Stymulacja makrofagów pod wpływem *Listeria monocytogenes* (nr 3, str. 224)
- S. Giedrys-Galańt, J. Hałasa, J. Podkowińska: Występowanie gronkowców złośliwych w gardle u dzieci leczonych autoszczepionką z powodu przewlekłego zapalenia migdałków (nr 3, str. 230)
- A. Grzybowski, K. Grzybowska, A. Denys: Odporność komórkowa i humoralna u dzieci z nawracającymi anginami (nr 3, str. 237)
- G. Hałama, T. Łoch, E. Gąbińska, W. J. Brzosko: Przeciwciała antypolimer albuminy w wirusowych zapaleniach wątroby typu A, B i NANB (nr 3, str. 238)
- P. Janicki, W. J. Brzosko: Przeciwciała anti-*HBS* u ozdrowieńców po wirusowym zapaleniu wątroby typu B (nr 3, str. 244)
- B. Kassur, W. J. Brzosko, Z. K. Laskowski i inni: Skuteczność polskiej szczepionki *hepatitis B* (nr 3, str. 246)
- A. Kucharski, E. Kucharska, J. Hałasa, J. Sprogis: Badania nad wpływem zapobiegawczego stosowania szczepionki na przebieg zakażenia w ranie pooperacyjnej (nr 3, str. 252)
- T. Łoch, W. J. Brzosko, J. Cianciara i inni: Bierna profilaktyka zakażeń wirusem *hepatitis B* u noworodków matek-nosicieli *HBsAg* (nr 3, str. 255)
- A. Mackiewicz, J. Juszczyk: Mikroheterogenność antygeny powierzchniowego wirusa *hepatitis B* (nr 3, str. 257)
- B. Wąsowska, J. Janeczko, A. Stasiak i inni: Niedobory ilościowe i jakościowe subpopulacji limfocytów wywołane mononukleozą zakaźną (nr 3, str. 305)
- A. Szkaradkiewicz: Odpowiedź immunologiczna i współdziałanie komórek immunokompetentnych w jej regulacji w wirusowych zapaleniach wątroby typu B (nr 1, str. 47)
- S. Jankowski: Badania *in vitro* nad oddziaływaniem świeżej surowicy ludzkiej i streptomycyny w procesie bakteriologicznym (nr 2, str. 137)

KLINIKA OCZNA, 1983, 53

- R. Klepacki, E. Samochowiec-Donocikowa: *Keratoconjunctivitis epidemica* (zesz. 3, str. 107)
- U. Kozak: Opryszczkowe zapalenie rogówki u dzieci (zesz. 3, str. 111)
- II. Jankiewiczowa, B. Iwaszkiewicz-Bielikiewiczowa, L. Glasner: Skojarzone leczenie

nie aspergilozy rogówki laserem argonowym i clotrimazolem (zesz. 3, str. 113)

J. Gogołkiewicz, A. Brandczykowa, A. Wiechowska: *Embryo-pathia rubeolaris* (nr 3, str. 123)

LEKARZ WOJSKOWY, 1983, 59

T. Smigielski: Wykrywanie antygenu HB_s u żołnierzy krwiodawców w latach 1973—1981 (nr 1—2, str. 31)

W. Tkaczewski, H. Adamska-Dyniewska, A. Denys i inni: Penicylina Hx, lek polskiej syntezy — biodostępność i farmakokinetyka formy doustnej (nr 1—2, str. 25)

A. Cienciata, J. Reiss, A. Lipko: Swoistna profilaktyka tężca — dotychczasowe poglądy i nowe możliwości (nr 1—2, str. 60)

J. Matras: Porównanie skuteczności stosowania swoistej surowicy i antybiotyków w doświadczalnej zgorzeli świnek morskich (nr 3—4, str. 141)

J. Tomaszewski: System ELISA w zapobieganiu poprzetoczeniowemu wirusowemu zapaleniu wątroby w wojsku (nr 9—10, str. 532)

A. Zaczekiewicz: Analiza licznych zachorowań na rzeżączkę żołnierzy dwóch jednostek wojskowych POW (nr 11—12, str. 637)

MEDYCYNĄ DOŚWIADCZALNA I MIKROBIOLOGIA, 1983, 35

J. Galiński, E. Namysł: Serologiczna charakterystyka 3 podgrupy mikrokoków (*Staphylococcus saprophyticus* biotyp 3) izolowanych z moczu (nr 1, str. 1)

S. Tyrski, H. Hryniewicz, P. Ciborowski: Ocena lipolitycznych właściwości szczepów gronkowcowych izolowanych od ludzi (nr 1, str. 9)

P. Ciborowski, S. Tyski, W. Hryniewicz: Wytwarzanie enzymów proteolitycznych przez gronkowce izolowane od ludzi (nr 1, str. 15)

Z. Tyc, J. Szych, S. Katuszewski: Wrażliwość na wybrane chemoterapeutyki pałeczek *Salmonella agona* i *Salmonella bovismorbificans* wyosobionych od ludzi na terenie Polski w latach 1972—1980 (nr 1, str. 21)

H. Stypułkowska-Misiurewicz, Z. Bielecka: Biochemiczne aspekty patogenności pałeczek czerwonki. Białkowe składniki wodnych wyciągów zjadliwych i niezjadliwych szczepów *Shigella flexneri* (nr 1, str. 33)

B. Pawlik J. Hotuj-Gobała, W. Dźwigaj-Stokłosa: Indukowanie oporności u grzybów drożdżopodobnych na syntetyczne leki przeciwgrzybicze (nr 1, str. 43)

A. B. Macura, T. Mrówka: Grzybice stóp u chorych z tętniczym niedokrwieniem kończyn dolnych (nr 1, str. 49)

G. Najberg: Przeciwciała dla niestrukturalnych antygenów wirusa *Epstein-Barra* w mononukleozie zakaźnej u dzieci (nr 1, str. 55)

M. Osiniak, J. Iskierko, A. Górski B. Kandys-Sobieraj: Wpływ toksyny tężcowej na poziom frakcji białkowych oraz elektrolitów w osoczu z erytrocytami krwi świnek morskich (nr 1, str. 71)

M. Osiniak, J. Iskierko, A. Górski, B. Kandys-Sobieraj: Wpływ toksyny tężcowej na aktywność transaminaz tkanki wątrobowej, zawartości azotu aminowego w osoczu i erytrocytach świnek morskich (nr 1, str. 77)

W. Janaszek: Badanie zmienności podszczeptu BCG Moreau. I. Porównanie morfologii i zjadliwości resztkowej podszczeptów BCG różnego pochodzenia (nr 2, str. 85)

W. Janaszek: Badanie zmienności podszczeptu BCG Moreau. II. Porównanie właściwości alergicznych i ochronnych podszczeptów BCG różnego pochodzenia (nr 2, str. 97)

K. Karczewska, L. Więcek, P. B. Heczko: Wpływ czynników mutagennych i fagów transdukujących na zmianę właściwości serologicznych, wrażliwości na bakteriofagi *Staphylococcus aureus* (nr 2, str. 107)

E. Wójcik, D. Kuklińska-Michalska: Adhezja pałeczek hemofilnych do komórek nabłonkowych policzka. Badania wstępne (nr 2, str. 115)

J. Galiński, M. Hebanowski, B. Nowicki i inni: Serotypy uropatogenne *Escherichia coli* w bakteriurii bezobjawowej i w objawowych zakażeniach narządu moczowego (nr 2, str. 125)

A. Czarny, M. Łagowska-Złotorzyczka, M. Muleczyk: Wpływ plazmidów R na zmianę wrażliwości *S. flexneri* na fagi (nr 2, str. 131)

- M. Zaremba, B. Karpińska, D. Krom: Porównawcza ocena przydatności odczynu aglutynacji i immunofluorescencji pośredniej w diagnostyce jersiniozy (nr 2, str. 137)
- M. Zaremba, A. Grala-Kaluźna: Immunogenne właściwości endotoksyn serotypów *Yersinia enterocolitica* wg schematu antygenowego Knappa i Thala (nr 2, str. 141)
- A. Kasprowicz, P. B. Heczko, M. Basta: Identyfikacja bakterii z rodzaju *Staphylococcus* pochodzących z różnych materiałów klinicznych (nr 3—4, str. 165)
- S. Tylewska, S. Tyski, H. Hryniewicz: Wpływ lipazy *Staphylococcus aureus* na chemotoksję granulocytów (nr 3—4, str. 171)
- S. Tylewska: Wpływ warunków hodowli na hydrofobowość powierzchni i adherencji paciorkowców (nr 3—4, str. 175)
- J. Mleczko, M. Mulczyk, S. Jankowski: Przeniesienie plazmidu H₂Sz *E. coli* na *Shigella* (nr 3—4, str. 183)
- P. Jakoniuk, J. Borowski, J. Tolarczyk: Immunotropowe działanie przesączy hodowli *Pseudomonas aeruginosa* (nr 3—4, str. 191)
- P. Jakoniuk, J. Borowski, W. Kaczmarski, J. Cítko: Toksyczne i immunotropowe działanie przesączy hodowli *Candida albicans* (nr 3—4, str. 215)
- S. Kaluźewski, M. Jagielski: Serologiczna odpowiedź królików na małe dawki antygeny mykoplazmowego (nr 3—4, str. 233)
- M. Kańtoch, D. Imbs, M. Czachorowska i inni: Etiopatogeneza następstwa neuroinfekcji wirusowych u dzieci. I. Założenia, materiał i metodyka badań (nr 3—4, str. 235)
- M. Kańtoch, D. Imbs, Z. Jarząbek i inni: Etiopatogeneza i następstwa neuroinfekcji wirusowych u dzieci. II. Etiologia i klinika (nr 3—4, str. 249)
- R. Stempień, J. Słowińska, J. Wardęcka i inni: Ocena odporności humoralnej i komórkowej wobec wybranych antygenów wirusowych w populacji dziecięcej z terenu Bełchatowskiego Okręgu Przemysłowego (nr 3—4, str. 259)
- J. Aleksandrowicz, A. Zakrzewska: Ocena stopnia degradacji preparatów ludzkiej immunoglobuliny pochodzenia łożyskowego (nr 3—4, str. 269)

MEDYCINA KOMUNIKACYJNA, 1983, 20

- W. Bielewski: Nowe spojrzenie na schorzenia określane jako *angina follicularis* (nr 3, str. 82)
- A. Skublewski, M. Durda, E. Ziemecka-Rakowska i inni: Występowanie zapaleń płuc bakteryjnych w materiale klinicznym Oddziału Ftizjopulmonologicznego Szpitala Kolejowego w Lublinie w latach 1976—1981 (nr 4, str. 104)
- E. Ziemecka-Rakowska, M. Durda, A. Skublewski i inni: Analiza kliniczna chorych leczonych z powodu gruźlicy płuc z uwzględnieniem profilaktycznej kolejowej służby zdrowia (nr 4, str. 109)
- M. Dawidziuk, A. Słowiński: Wirusowe zapalenie wątroby (nr 5, str. 129)
- T. Majdecki: Ropne zapalenie mózgu i opon mózgowo-rzemiowych w materiałach Pracowni Neuropatologicznej CSK (nr 5, str. 147)

MEDYCINA PRACY, 1983, 33

- E. Dudzki, P. Rebandel, Z. Grzywa i inni: Dermatozy charakterystyczne dla poszczególnych zawodów. I. Niektóre gałęzie przemysłu (nr 5—6, str. 445)

MEDYCINA WETERYNARYJNA, 1983, 39

- E. Samorek-Salamanowicz: Postęp w badaniach nad interferonem (nr 1, str. 10)
- E. Andrzejewska, J. Kaptur, I. Szpryngiel: Aktualna klasyfikacja i charakterystyka drobnoustrojów rodzaju *Campylobacter* (nr 2, str. 76)
- M. Królak, Z. Wiśniewski, A. Stryszak, M. Heleski: Standaryzacja krajowego antygeny *Brucella abortus* do odczynu kwasnej aglutynacji płytkowej (nr 2, str. 79)
- J. Uradziński: Problem *Campylobacter fetus subsp* w higienie żywności (nr 2, str. 101)
- K. Grodzki, R. Lechowski, R. Sawicki, M. Lenarcik: Lizozym — zagadnienie terapeutyczne (nr 3, str. 138)

- L. Nowicki: Zakażenie bakteryjne jaj w proszku (nr 4, str. 216)
- A. Kopczewski, M. Stryszak, G. Chyliński: Wyniki stosowania autoszczepionki i szczepionki *Polityphovac* w zapobieganiu salmonelozie lisów (nr 5, str. 264)
- M. Kleczkowski, A. Jakubczak, K. Bukowski: Występowanie szczepów statylokokocynogennych i staphylokokocyno-wrażliwych *Staphylococcus aureus* w gruczole mlekowym krów (nr 5, str. 267)
- M. Konopa, J. Bromirska, J. Nowacki: Zastosowanie testu NBT w badaniach nad patogenezą ronień owiec na tle listeriozy (nr 5, str. 298)
- B. Czarnocka-Rocznikowa, K. Kujawa: Hamujący wpływ pałeczek mlekowych przewodu pokarmowego cieląt na patogenne dla bydła szczepy *Escherichia coli* (nr 6, str. 346)
- M. Szulc, J. Tropiło, E. Zajączkowska: Wpływ napromieniowania bakterii na ich chorobotwórczość (nr 7, str. 425)
- W. Chmarzyński: Włośnica dzików w Polsce (nr 7, str. 428)
- Szynkiewicz Z., Dziąba K., Bielecka J., Preibisch J.: Oznaczanie liczby bakterii w treści jelit świń chorych na spontaniczną kolibakteriozę w postaci enterotoksycznej (choroba obrzękowa) i żołądkowo-jelitowej (nr 8, str. 459)
- Z. Cygan, J. Buczek, A. Modzelewska, Z. Guzik: Ognisko gorączki Q rozpoznanie serologiczne w stadzie krów mlecznych (nr 9, str. 536)
- B. Kozakiewicz: Ekstensywność inwazji *Toxocara canis* u psów i jej aspekty epidemiologiczne w aglomeracji miejskiej (nr 11, str. 660)
- A. Skoczek, W. Palec: Analiza szczepów *Clostridium* w bombażach termicznych (nr 11, str. 671)
- II. Janowski: Ekologiczne uwarunkowania powiązań epidemiologicznych zwierzęta — człowiek, człowiek — zwierzęta (nr 12, str. 707)
- W. Chmarzyński: Analiza ogniska włośnicy (nr 12, str. 730)

MEDYCYNA WIEJSKA, 1983, 18

- A. Kędzia, K. Hulanicza: Przewlekłe zapalenie opon i mózgu na tle brucelozy (nr 1, str. 19)
- J. Dutkiewicz: Mikroflora powietrza jako szkodliwy czynnik środowiska pracy w piekarni (nr 2, str. 119)
- J. Dutkiewicz, E. Krysińska-Traczyk, Cz. Skórska i inni: Mikroflora powietrza jako czynnik narażenia zarodowego w magazynach nasiennych (nr 3—4, str. 215)
- J. Umiński, J. Schabowski, J. Chmielewska i inni: Badania immunoepidemiologiczne w kierunku toksoplazmozy i ornitozy pracowników rolnictwa leczniczych w Sanatorium „Plon” w Polańczyku (nr 3—4, str. 227)

NEUROLOGIA I NEUROCHIRURGIA POLSKA, 1983, 17

- K. Kucharska-Demczuk: Fluorescencyjna ocena lizosomów komórek limfoidalnych płynu mózgowo-rdzeniowego w zapaleniach i podrażnieniach opon mózgowo-rdzeniowych (nr 1, str. 25)
- Z. Kurdziel: Wykrywanie źródeł zakażenia szpitalnego w oddziałach neurologicznych i psychiatrycznych (nr 1, str. 97)
- K. Salomon, S. Michowicz, B. Ujma, N. Nikiel: Przypadek mózgowej postaci zimnicy podzwrotnikowej. (nr 1, str. 149)

NOWOSCI WETERYNARII, 1983

- Z. Łyjak: Problemy sanitarne i weterynaryjne w przepisach i regulaminach Wojska Polskiego XVI—XVIII wieku. (nr 1, str. 591)
- F. Madey: Antybiotykoterapia weterynaryjna — stan obecny i perspektywy (nr 2, str. 98)
- E. Adamczyk, W. Chmielewski, L. Ogielski: Higieniczno-sanitarna ocena leków weterynaryjnych (nr 3—4, str. 141)
- E. Wittlin: Wpływ środków odkażających oraz ich nieaktywność na drobnoustroje (nr 3—4, str. 182)

OTOLARYNGOLOGIA POLSKA, 1983, 37

- J. Pol: W sprawie epidemiologii mononukleozy zakaźnej (nr 1, str. 29)
- M. Krzymański, Z. Szmeja, B. Kulczyński, A. Oko: Zastosowanie metody radioimmunologicznej, oznaczanie poziomu przeciwciał przeciw antygenowi ściany komórkowej paciorkowca dla ustalenia wskazań nefrologicznych do toksylektomii (nr 3, str. 307)
- A. Sobczyński, R. Brelńska-Pączalska, B. Miskowiak, K. Strzykała: Próby oceny zjawisk immunologicznych w migdałkach podniebiennych i w surowicy krwi u dzieci chorych na częste anginy (nr 3, str. 310)

PEDIATRIA POLSKA, 1983, 58

- M. Swiderski, J. Swiderski: Pałeczki *Enterobacter* jako czynnik etiologiczny biegunek niemowlęcych (nr 1, str. 1)
- E. Kościelniak, J. Bogustawska-Jaworska: Zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B u dzieci z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego i limfotycznego (nr 1, str. 7)
- I. Norska-Borowska, U. Godula-Stuglik, J. Gajewska: Wpływ perinatalnych czynników zagrożenia na wyniki leczenia posocznicy u noworodków (nr 1, str. 47)
- J. Mazur: Analiza umieralności dzieci w wieku 1—4 lat w Polsce w latach 1950—1979 (nr 1, str. 79)
- M. Kochler, J. Kasner: Posocznica powikłana ostrym niezłym żółdkiem u czterygodniowego niemowlęcia (nr 1, str. 101)
- S. Kacprzyk, G. Łagocka-Dziadecka: Kilka uwag w sprawie uczulenia na penicylinę u dzieci (nr 1, str. 105)
- J. Książek: Leczenie ostrej biegunki za pomocą doustnych płynów nawadniających (nr 1, str. 115)
- J. Modzelewska, M. Skirzyńska: Zachowanie się składowych C₃ i C₄ komplementu w przewlekłych i nawracających zakażeniach dróg oddechowych u dzieci (nr 2, str. 149)
- W. Steckiewicz: Przyczyny zgonów noworodków i niemowląt urodzonych z niskim ciężarem ciała (nr 2, str. 195)
- B. Kopeć, M. Hanuszkiewicz: Niektóre problemy diagnostyczne i lecznicze lambliozy u dzieci (nr 4, str. 331)
- R. Cyklis, A. Zielińska: Zakażenie *Pneumocystis carinii* u dzieci z ostrą białaczką i niezłazycznymi chłoniakami złośliwymi (nr 4, str. 337)
- M. Swiderski: Flora bakteryjna w zapaleniach górnych dróg oddechowych u dzieci (nr 4, str. 341)
- J. Prandata, G. Itonin, A. Banaszek, J. P. Tillement: Farmakokinetyka furosemidu u niemowląt chorych na zapalenie płuc i lub inne choroby (nr 4, str. 353)
- II. Foltyn, B. Johan: Piorunująca postać pneumocystozowego zapalenia płuc (nr 4, str. 367)
- U. Godula-Stuglik: Ocena wyników leczenia wirusowego krzepnięcia wewnątrzmaczyniowego u noworodków z posocznicy (nr 5, str. 425)
- J. Leśniarek: Postać mózgowa nabytej toksoplazmozy u 14 letniego chłopca (nr 6, str. 569)
- Z. Hołoweńko, J. Filipowicz-Mastowiecka, J. Skurońska, K. Pawłowska: Zakażenia układu moczowego u dzieci w aspekcie epidemiologiczno-klinicznym (nr 7, str. 631)
- E. Kościelniak, J. Bogustawska-Jaworska: Powikłania infekcyjne w przebiegu leczenia nowotworów układu krwiotwórczego u dzieci (nr 8—9, str. 685)
- N. R. Kotecki: Epidemiologia i profilaktyka zapalenia płuc u niemowląt i małych dzieci wywołanego przez *Pneumocystis carinii* (nr 8—9, str. 727)
- J. Rudnik: Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w wieku rozwojowym i aktualne problemy jej zwalczania (nr 10, str. 757)
- II. Majewska-Zalewska, A. Łukasik: Ocena czynników środowiskowych wpływających na rozpoznanie i przebieg gruźlicy w wieku rozwojowym (nr 10, str. 769)
- S. Kubit, S. Czaja, T. Olakowski, Z. Piasecki: Ocena skuteczności szczepień BCG (nr 10, str. 775)

- I. Szczuka, J. Rogowski: Szczepienia BCG bez uprzedniego odczynu tuberkulinowego u niemowląt w wieku 11—12 miesięcy (nr 10, str. 783)
- J. Rurnik, S. Herman: Diagnostyczna rola odczynu tuberkulinowego (nr 10, str. 793)
- J. Rudnik, S. Herman, H. Majewska-Zalewska: Wrażliwość na tuberkulinę dzieci chorych na różne postacie gruźlicy układu oddechowego (nr 10, str. 803)
- H. Majewska-Zalewska, J. Rurnik, T. Herman, W. Mały: Wykrywanie prątków Kocha w przebiegu gruźlicy wieku rozwojowego (nr 10, str. 811)
- H. Ilerbert-Zebrowska: Odczyn skórny na dwunitrochlorobenzen (DNCB) u dzieci chorych na zapalenie dróg oddechowych i gruźlicę (nr 10, str. 819)
- K. Sidor, J. Ziółkowski: Trudności w rozpoznawaniu i różnicowaniu gruźliczych zapaleń opon i mózgu (nr 10, str. 825)
- T. Zalewski, A. Rudzikowski, A. Szefer, K. Wierzba: Ocena sprawności wchłaniania jelitowego antybiotyków u dzieci z uszkodzoną ścianą jelit (nr 11, str. 843)
- U. Godula-Stuglik, G. Mikusz, I. Legierska: Bakteryjne zapalenie wątroby jako powikłania posocznicy u noworodków (nr 11, str. 865)
- H. Majewska-Zalewska, E. Kopytko, I. Rudnik: 7 letnie obserwacje dziecka, u którego rozpoznano gruźlicę wrodzoną (nr 11, str. 895)
- A. Mruk: Przypadek gruźlicy węzłów tchawiczo-oskrzelowych z zaciemnieniem rozpoznawany jako guz płuca (nr 11, str. 901)
- R. Kurzawa: Zakażenie gruźlicą niemowlęcia przez matkę ze zmianami ropnymi piersi (nr 11, str. 905)
- J. Rudnik, H. Majewska-Zalewska: Wyniki leczenia przerywanego gruźlicy z wydalaniem prątków u dzieci (nr 12, str. 941)
- H. Majewska-Zalewska: Gruźlica z nietypowym obrazem klinicznym u 8 letniego chłopca z torbielami płuc (nr 12, str. 975)

PIEŁĘGNIARKA I POŁOŻNA, 1983

- Z. Anusz: Epidemiologia wirusowego zapalenia wątroby (nr 1, str. 3)
- G. Młynarczyk, H. Osowiecki: Działanie antybiotyków na drobnoustroje chorobotwórcze (nr 1, str. 7)
- A. Młynarczyk: Oporność bakterii na chemioterapeutyki (nr 2, str. 5)
- Z. Anusz: Gorączka Q (nr 10, str. 9)

PNEUMONOLOGIA POLSKA, 1983, 51

- D. Rogala, H. Zduńczyk-Pawelek, J. Pudelski i inni: Badania bakteriologiczne płwociny metodą jakościową i ilościową w przewlekłym zapaleniu oskrzeli (nr 1, str. 35)
- E. Kłosińska-Kita, A. Komorowska, D. Kuklińska i inni: Uwalnianie histaminy przez endogenne produkty bakteryjne *Haemophilus influenzae* (nr 3, str. 167)
- J. Kruszewski, W. W. Jędrzejczak: Ocena zachowania się wewnątrznaczyniowych pól granulocytów w przebiegu bakteryjnego zapalenia płuc u młodych osób. Cz. II. (nr 4, str. 217)
- R. Matusiewicz: Wpływ niektórych antybiotyków i enkortonu na zdolność granulocytów krwi obwodowej do pochłaniania (nr 4, str. 225)
- A. Krzyżkowska, M. Sidor-Smoga, H. Mysakowska, H. Żbikowski: Wrażliwość skórna na senyzytyny *Batthey* i *Kansasii* w wybranej populacji miejskiej i u studentów. III. Podsumowanie wyników badań odczynowości skórnej na senyzytyny *Batthey* i *Kansasii* oraz na tuberkulinę *RT₂₃* u ludności wiejskiej i u studentów (nr 4, str. 239)
- R. Matusiewicz: Zachowanie się immunoglobulin w surowicy krwi w przebiegu długotrwałej infekcji drożdżakowej (nr 5, str. 305)
- J. Szczuka, T. Olakowski: Badanie porównawcze szczepionek BCG — polskiej, rosyjskiej i węgierskiej. Część I. Ocena właściwości alergizujących szczepionek po 16 tygodniach (nr 8—9, str. 441)
- J. Szczuka, T. Olakowski: Badanie porównawcze szczepionek BCG — polskiej, rosyjskiej i węgierskiej. Część II. Ocena właściwości alergicznych szczepionek po 26 tygodniach i po 30 miesiącach (nr 8—9, str. 449)

- II. *Halweg, K. Traczyk, J. Walczak* i inni: Odległe wyniki miejscowego leczenia pastami przeciwgrzybiczymi chorych z pojedynczymi grzybnikami kropidłakowymi płuc (nr 8—9, str. 475)
- M. *Korzeniewska-Koseta*: Działanie hydrazynu izonikotynowego i cykloseryny na ośrodkowy układ nerwowy (nr 8—9, str. 483)
- J. *Szczuka*: Zachorowalność na gruźlicę w Polsce w 1981 (nr 10, str. 499)
- J. *Szczuka*: Chorobowość i umieralność z powodu gruźlicy w Polsce w roku 1981 (nr 10, str. 509)
- T. *Plusa, A. Frank-Piskorska, H. Kaszyński*: Ropień płuca w przebiegu przewlekłej agranulocytozy (nr 10, str. 525)
- Z. *Olejnik, A. Gina, S. Korniluk, R. Strzelecki*: Aspekty diagnostyczne, kliniczne i lecznicze gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu u 17 dorosłych (nr 11, str. 537)
- M. *Janowiec, Z. Zwolska-Kwiek*: Interakcja leków przeciwprątkowych. II. Skojarzone działanie rifampicyny z etambutolem, kapreomycyną, wiomycyną, etionamidem i cykloseryną na wzrost szczepów mykobakterii w badaniach *in vitro* (nr 12, str. 607)
- T. *Przystasz*: Rzadkie powikłania ropne płuc (nr 12, str. 639)

Opracował: *Zbigniew Anusz*

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

- Przegląd Epidemiologiczny jest organem Państwowego Zakładu Higieny i Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.
Redakcja Przeglądu Epidemiologicznego zamieszcza:
 - prace doświadczalne, terenowe i poglądowe z dziedziny epidemiologii i jej pogranicza;
 - prace kliniczne, poglądowe oraz doniesienia kliniczne z zakresu chorób zakaźnych;
 - streszczenia z prac obcych;
 - oceny książek;
 - sprawozdania z działalności poszczególnych Oddziałów Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.
- 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.
- Praca powinna mieć następujący układ:
 - IMIĘ (pełne) i NAZWISKO autora (ów);
 - TYTUŁ PRACY (możliwie krótki);
 - NAZWA INSTYTUCJI (w pierwszym przypadku);
 - IMIĘ (pierwsza litera) i NAZWISKO kierownika zakładu;
 - KROTKIE STRESZCZENIE pracy (jaskółka), umieszczone między tytułem a tekstem, które powinno wprowadzić czytelników w treść pracy, nie przekraczające 3–5 zdań (4–6 wierszy druku);
 - WSTĘP, wprowadzający zwięźle w zagadnienie, powinien być możliwie krótki;
 - 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;
 - WYNIKI BADAŃ należy przedstawić zwięźle, najlepiej w formie tabel, wykresów lub rycin;
 - OMOWIENIE powinno zawierać krytyczną ocenę wyników własnych badań na tle piśmiennictwa;
 - WNIOSKI należy sprecyzować w punktach lub podać krótko w formie opisowej;
 - 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.
 - PISMIENICTWO w zasadzie nie 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 pracy. Dla książek ponadto tytuł oraz miejsce i rok wydania.
- MATERIAŁ ILUSTRACYJNY (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 przyszłej reprodukcji lub większe, opisy wykonane piśmem technicznym. Na oddzielnej kartce należy zamieścić podpisy pod rycinami. Tabele należy pisać na maszynie (nie mogą być na błyszczącym papierze), na oddzielnych stronach i ponumerować kolejno cyframi rzymskimi

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 poprawienia usterek stylistycznych i mianownictwa oraz dokonywania 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 15 odbitek na koszt własny.
16. Wydawca zastrzega sobie prawo przeznaczenia niektórych odbitek do handlu księgarskiego.

A. Przybylska: Virus hepatitis — 1984	97
Z. Anusz: Tetanus — 1984	108
D. Seroka, E. Łabuńska: Rabies — 1984	113
A. Adonajło: Trichinella spiralis infection — 1984	124
M. Nasiłowska: Intestinal parasites — 1984	128
I. Barcz: Nosocomial infections — 1984	135
W. Magdzik, A. Nowosławski, A. Przybylska: AIDS — acquired immunodeficiency syndrome	141

СОДЕРЖАНИЕ

Я. Костжевски: Инфекционные болезни в Польше в 1984 год	1
Д. Нарушевич-Лесюк: Корь — 1984 г.	16
А. Адонайло: Коклюш — 1984 г.	23
А. Адонайло: Скарлатина — 1984 г.	27
Я. Жабицка: Эпидемический паротит — 1984 г.	32
Х. Рудницка: Грипп — 1984 г.	37
Х. Рудницка: Краснуха — 1984 г.	40
Я. Жабицка: Менингит и менингоэнцефалит — 1984 г.	44
Э. Гонера: Брюшной тиф и паратифы — 1984 г.	54
З. Ануш: Сальмонеллозы — 1984 г.	61
Х. Стыпулковска-Мисюревич, А. Адонайло: Бактериальная дизентерия — 1984 г.	71
А. Адонайло, М. Маруцак: Пищевые отравления — 1984 г.	79
З. Ануш: Отравления ботулиническим токсином — 1984 г.	89
А. Пжыбыльска: Вирусный гепатит — 1984 г.	97
З. Ануш: Столбняк — 1984 г.	108
Д. Серока, Э. Лабуньска: Бешенство — 1984 г.	113
А. Адонайло: Трихинеллез — 1984 г.	124
М. Насиловска: Кишечные паразиты — 1984 г.	128
И. Барч: Больничные инфекции — 1984 г.	135
В. Магдзик, А. Новославски, А. Пжыбыльска: АИДС — Комплекс приобретенного недостатка иммунитета	141

SCISŁY KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor: Prof. dr JAN KOSTRZEWSKI — Warszawa
Zastępca redaktora: Doc. dr ZBIGNIEW ANUSZ — Warszawa
Sekretarz: Dr med. HALINA RUDNICKA — Warszawa

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Prof. dr J. JANUSZKIEWICZ — Szczecin, prof. dr W. JĘDRYCHOWSKI — Kraków, prof. dr W. MAGDZIK — Warszawa, prof. dr R. STEMPIEN — Łódź, prof. dr A. STRYSZAK — Warszawa, prof. dr H. SZCZEPANSKA — Warszawa, prof. dr E. WOJCIECHOWSKI — Warszawa, dr W. ZABICKI — Warszawa

Adres Redakcji: Państwowy Zakład Higieny
Warszawa, ul. Chocimska nr 24

Cena prenumeraty: półr. 400 zł—, rocznie 800 zł—

Warunki prenumeraty

- 1) dla osób prywatnych — instytucji i zakładów pracy:
 - instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miastach wojewódzkich i pozostałych miastach, w których znajdują się siedziby oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” zamawiają prenumeratę w tych oddziałach,
 - instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miejscowościach, gdzie nie ma oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” i na terenach wiejskich opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli;
- 2) dla osób fizycznych — indywidualnych prenumeratorów:
 - osoby fizyczne zamieszkałe na wsi i w miejscowościach, gdzie nie ma oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch”, opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli,
 - osoby fizyczne zamieszkałe w miastach — siedzibach oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch”, opłacają prenumeratę wyłącznie w urzędach pocztowych nadawczo-oddawczych właściwych dla miejsca zamieszkania prenumeratora. Wpłaty dokonują używając „blankietu wpłaty” na rachunek bankowy miejscowego Oddziału RSW „Prasa-Książka-Ruch”,
- 3) Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę przyjmuje RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw, ul. Towarowa 28 — 00-958 Warszawa, konto NBP XV Oddział w Warszawie Nr 1153-201045-139-11. Prenumerata ze zleceniem wysyłki za granicę pocztą zwykłą jest droższa od prenumeraty krajowej o 50% dla zleceniodawców indywidualnych i o 100% dla zlecających instytucji i zakładów pracy.

Terminy przyjmowania prenumeraty na kraj i za granicę:

- do dnia 10 listopada na 1 kwartał, I półrocze oraz cały rok następny
- do dnia 1 każdego miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty roku bieżącego

Indeks: 37085

PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY

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

—
KWARTALNIK

*

2

9.804



TOM XL

WARSZAWA

ROK 1986

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 CHORÓB ZAKAŻNYCH

Tom XL

1986

Nr 2

TREŚĆ

- D. Naruszewicz-Lesiuk, B. Iwińska, M. Wieczorkiewicz, S. Kulczycki: Podostre stwardniające zapalenie mózgu w Polsce w latach 1977—1983. Drugi etap badań epidemiologicznych 161
- W. Magdzik: Program szczepień ochronnych w Polsce na tle programów w krajach regionu europejskiego 170
- M. Gańczak: Analiza porównawcza zachorowań na limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w latach 1982 i 1983 w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych PAM 181
- W. Botiakow, T. I. Samojłowa, I. I. Protas: Kleszczowe zachodnie zapalenie mózgu na terenie Puszczy Białowieskiej 188
- S. Karwowska, E. Kacperska, H. Seyfried, A. Nowosiłowski: Wskaźniki serologiczne aktywności profilaktycznej w zapaleniu wirusowym wątroby preparatów gamma globuliny produkcji Warszawskiej Wytwórni Surowic i Szczepionek w latach 1972—1984 193

KRONIKA EPIDEMIOLOGICZNA

- Z. Anusz: Biegunki do lat 2 — 1984 rok 200
- Z. Anusz: Mononukleozą zakaźną — 1984 rok 203
- Z. Anusz: Brucelloza i inne choroby odzwierzęce — 1984 rok 205
- Z. Anusz: Świerzb — 1984 rok 212

EPIDEMIOLOGIA CHORÓB NIEZAKAŻNYCH

- Praca zespołowa: Zmiany w wykorzystaniu świadectw warszawskiej służby zdrowia w latach 1970—1979 na tle sytuacji zdrowotnej mieszkańców. III. Współmierność usług i potrzeb 216
- Z. J. Brzeziński: Umieralność w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi 224

SPRAWOZDANIA 236

STRESZCZENIA Z PIŚMIENICTWA ZAGRANICZNEGO 240

PRACE Z EPIDEMIOLOGII, KLINIKI CHORÓB ZAKAŻNYCH I ICH POGRANICZA OGŁOSZONE W CZASOPISMACH POLSKICH W 1983 ROKU 243

Danuta Naruszewicz-Lesiuk, Bożena Iwińska, Maria Wieczorkiewicz,
Jerzy Kulczycki *

PODOSTRE STWARDNIAJĄCE ZAPALENIE MÓZGU (SSPE)
W POLSCE W LATACH 1977—1983.
DRUGI ETAP BADAŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
Kierownik: prof. dr med. W. Magdzik
I Klinika Neurologiczna Instytutu Psychoneurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr med. J. Kulczycki

Autorzy uzyskali informacje o 322 zachorowaniach na SSPE, które wystąpiły w Polsce w okresie od 1977 do 1983 r. Analizowano m.in. wiek chorych, wiek, w którym zachorowali na odrę, odstęp czasu między odrą a zachorowaniem na SSPE, przebyte szczepienia przeciw odrze. Stwierdzono wysoką zapadalność na SSPE 1,6 na 1 mln populacji ogółem i 5,3 na 1 mln populacji poniżej 20 r.ż.

W roku 1979 opublikowaliśmy wyniki pierwszego etapu badań epidemiologicznych nad podostрым stwardniającym zapaleniem mózgu (SSPE) w Polsce (15). Zebrany wówczas materiał dotyczył zachorowań w latach 1971—1976, objął on więc dzieci i młodzież z tych roczników, które — wobec kilkuletniego zwykle okresu utajenia infekcji — nie miały jeszcze możliwości zetknięcia się ze szczepieniami przeciw odrze, wprowadzonymi częściowo w latach 1974—1975. W badaniu ustalono, że zapadalność na SSPE w Polsce kształtowała się w połowie lat siedemdziesiątych na poziomie 0,5 do 1 na milion ludności ogółem, lub 2 na milion osób w wieku od 0 do 19 lat. Te stosunkowo wysokie, jak na tak rzadką chorobę współczynniki zapadalności uznaliśmy jednak za zaniżone, ponieważ z różnych powodów otrzymywane przez nas dane z niektórych regionów kraju były niepełne. Coraz szersze stosowanie po 1976 r. szczepień przeciwodrowych winno było, w myśl doświadczenia innych krajów, wpłynąć hamująco na zapadalność na SSPE również w Polsce. Dla sprawdzenia tej zależności przeprowadziliśmy ponowną ocenę sytuacji epidemiologicznej SSPE w całym kraju w odniesieniu do zachorowań, które wystąpiły w latach 1977—1983.

W przedstawianych obecnie wynikach II etapu naszych badań zwracaliśmy uwagę zarówno na wiek zachorowań i okres utajenia infekcji między przebiegiem odrzy a pierwszymi objawami SSPE, jak również na obecność wśród chorych na SSPE osób szczepionych przeciw odrze.

*) przy współpracy z 24 wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi

Wobec nadal otwartej sprawy ewentualnego istnienia w SSPE innych, poza wcześniej przebytą odrą, czynników ryzyka, przeprowadzany przez nas standaryzowany wywiad lekarski zawierał obecnie, jak i poprzednio, liczne dodatkowe pytania (np. o kontakty ze zwierzętami, sposób żywienia w okresie niemowlęcym i inne). Zamiarem naszym jest przeprowadzenie w przyszłości trzeciego etapu badań epidemiologicznych populacji, w której szczepienia przeciw odrze obejmą co najmniej 90% dzieci w 13—15 miesiącu życia, a zapadalność na odrę spadnie poniżej 10/100 tys. ludności.

MATERIAŁY I METODY

Kontynuując badanie rozpoczęte w 1976 r. zwracano się kilkakrotnie do wszystkich w kraju ordynatorów oddziałów neurologicznych i neuropediatrycznych o nadsyłanie danych o osobach chorych na SSPE, które były leczone lub konsultowane w latach od 1977 r. do 1983 r. włącznie. Większość zgłoszonych chorych żyjących została poddana badaniom i leczeniu w I Klinice Neurologicznej Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie. O tych chorych zebrano standaryzowany wywiad dotyczący m.in. chorób przebytych w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie, ze szczególnym uwzględnieniem zachorowania na odrę, przebytych szczepień ochronnych, zwłaszcza przeciw odrze; danych charakteryzujących środowisko domowe chorego oraz otoczenie np. miejskie, wiejskie i styczność ze zwierzętami.

Jednocześnie zgłaszano dane o tych chorych do odpowiednich według miejsca zamieszkania Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych z prośbą o dobranie osób do grupy kontrolnej i przeprowadzenie u nich standaryzowanego wywiadu, identycznego jak u osób chorych.

O części chorych otrzymano informacje już po ich zgonie. Do 31 maja 1984 r. zebrano informacje o 322 zachorowaniach na SSPE, które wystąpiły w Polsce w okresie od 1977 do 1983 roku włącznie. Wywiad (ankieta) zebrano o 132 chorych na SSPE. W 74 przypadkach dobrano grupę kontrolną, identyczną pod względem roku urodzenia i płci oraz zbliżoną pod względem miejsca zamieszkania (najbliższy dom). W pozostałych 58 przypadkach nie można było dobrać grupy kontrolnej ze względów technicznych np. kilkakrotne zmiany adresu osoby chorej, trudność w znalezieniu w małej osadzie drugiego dziecka w tym samym wieku i płci, odmowa udzielenia wywiadu ze strony rodziców dziecka dobranego do grupy kontrolnej.

O 52 chorych uzyskano informacje od lekarzy leczących (grupa bez pełnego wywiadu) dotyczącego przede wszystkim klinicznego przebiegu SSPE. O pozostałych 138 przypadkach zachorowań na SSPE uzyskano dane retrospektywne. Informacje te są niekompletne ponieważ dotyczą przeważnie osób zmarłych przed kilku laty. Brak jest m.in. dokładnej daty zachorowania — są tylko daty hospitalizacji, u 37 chorych brak jest dokładnej daty urodzenia a u 6 chorych brak adresu.

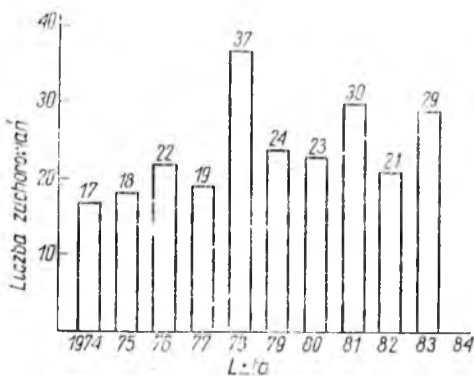
WYNIKI

Na ryc. 1 przedstawiono rozmieszczenie zachorowań w Polsce w latach 1977—1983. Zachorowania zgłoszono z 45 województw; zachorowa-



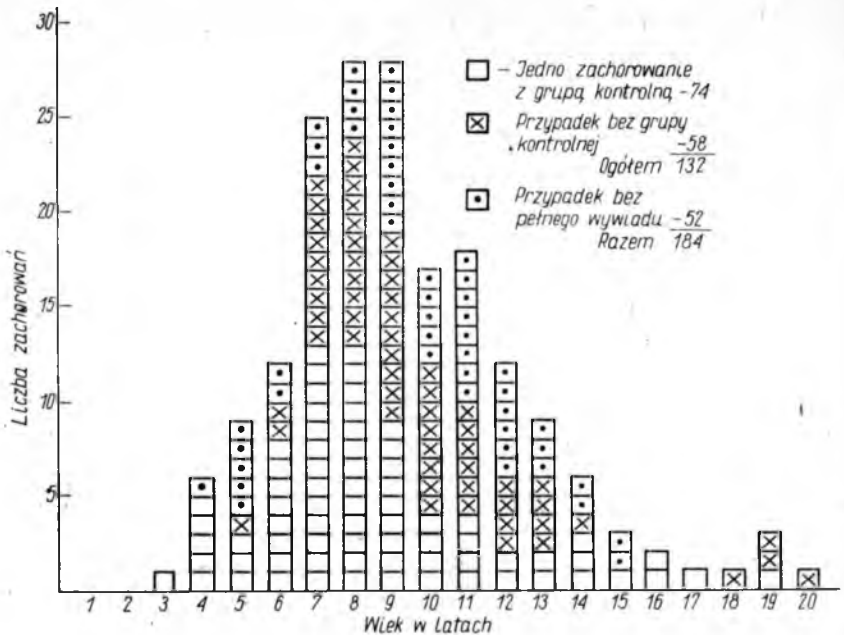
Ryc. 1. Rozmieszczenie zachorowań na SSPE w Polsce w latach 1977—1983 wg województw.

nia nie wystąpiły względnie nie były zgłoszone z województw: ciechanowskiego, pilskiego, sieradzkiego i tarnowskiego. W poprzednim badaniu, obejmującym lata 1969—1977, zachorowania zgłoszono z 37 województw. W obu badaniach nie zanotowano zachorowań w województwie pilskim.



Zachorowania w pełni potwierdzone:
 w latach 1974—76 57
 w latach 1977—83 182

Ryc. 2. Zachorowania na SSPE w Polsce w latach 1974—1983.



Ryc. 3. Wiek chorych na SSPE (wiek w którym wystąpiło zachorowanie na SSPE).

Najwięcej zachorowań wystąpiło w woj. katowickim — 25, znaczne liczby zachorowań od 14 do 22 wystąpiły w woj. gdańskim — 22, szczecińskim — 21, olsztyńskim — 17, bydgoskim — 16 oraz suwalskim, bielsko-bialskim i opolskim po 14 zachorowań.

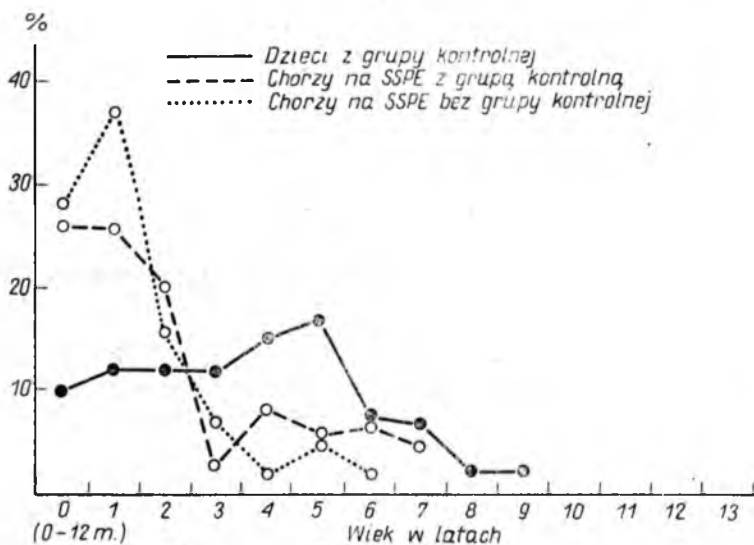
W analizowanym okresie liczba zachorowań o kompletnych informacjach (182 zachorowania) wahała się w poszczególnych latach w granicach od 19 (1977 r.) do 37 (1978 r.) przypadków (ryc. 2). Mediana zachorowań w siedmioletnim okresie wyniosła 24. Dane te można próbować uzupełnić o informacje retrospektywne o 138 chorych bez dokładnej daty zachorowania. Wiadomo, że zachorowania w grupie retrospektywnej wystąpiły w latach 1977—1983. Jeżeli rozłożyć je równomiernie między poszczególne lata i dodać do posiadanych informacji szczegółowych to można z pewnym przybliżeniem oszacować, że średnio w roku występowało 46 zachorowań, a liczba zachorowań w analizowanym okresie wahała się w granicach od ok. 39 do 57. Wynika stąd, że zapadalność na SSPE w Polsce w tych latach kształtowała się w granicach od 0,55 do 1,06 na mln mieszkańców, a po dodaniu osób z grupy retrospektywnej od 1,12 do 1,63.

Zapadalność obliczona dla populacji w wieku 1—19 lat wahała się od 1,8 do 3,4, a łącznie z grupą retrospektywną wyniosła odpowiednio od 3,6 do 5,3 na 1 mln.

Zapadalność w 1983 r., tj. ostatnim roku analizowanego okresu wyniosła 0,79, a łącznie z grupą retrospektywną, 1,34 na milion mieszkańców oraz u osób w wieku 1—19 lat 2,64, a łącznie z grupą retrospektywną 4,45 na milion. Zapadalność w latach 1977—1983 była więc znacznie wyższa niż zapadalność w latach 1974—1976 (0,5 na 1 mln mieszkańców; 2 na mln osób w wieku 0—19 lat).

Wiek chorych wahał się w granicach od 3 do 20 lat (ryc. 3) i w po-

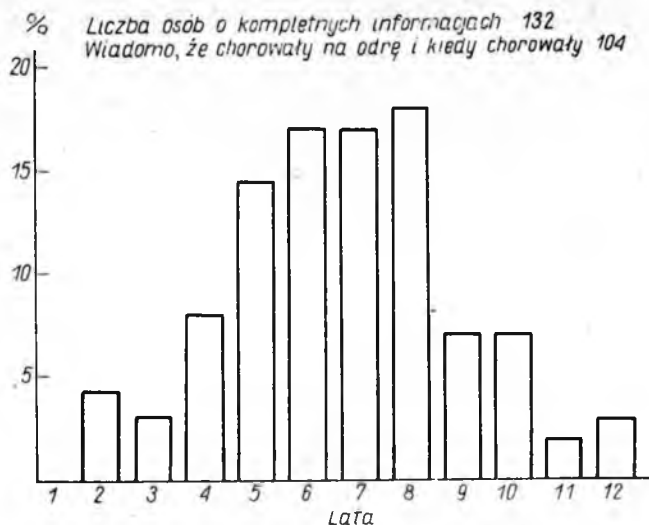
równaniu do poprzedniego badania uległ pewnemu przesunięciu w kierunku starszych grup — w poprzednim badaniu wahał się w granicach od 1 do 19 lat. Z ogółu zachorowań 86% wystąpiło w wieku od 5 do 13 lat, a szczyt zachorowań przypadł na wiek 7—9 lat — obejmując 44% ogólnej liczby przypadków. W poprzednim badaniu 88,6% zachorowań dotyczyło dzieci w wieku od 2 do 12 lat, a 46% w wieku od 5 do 7 lat. Wśród chorych przeważali chłopcy — z ogółu 322 osób chorych było 222 chłopców (70,8%) i 100 dziewcząt (29,2%).



Ryc. 4. Wiek zachorowań na odrę chorych na SSPE i dzieci z grupy kontrolnej (częstość względna — odsetki).

Zgodnie z danymi z wywiadu zebranego o 132 chorych wiadomo, że na odrę w przeszłości chorowały 104 osoby, tj. 78,8%. Rozkład zachorowań na odrę według wieku ilustruje ryc. 4. Zestawiono w niej również dane o wieku zachorowania na odrę dzieci z grupy kontrolnej oraz dzieci chorych na SSPE, dla których nie dobrano grupy kontrolnej. Średni wiek zachorowania na odrę dzieci z SSPE był niższy niż dzieci z grupy kontrolnej; 72% dzieci chorych na SSPE przebyło odrę w pierwszych 3 latach życia (0—2 lata), w tym wieku chorowało na odrę 34,2% dzieci z grupy kontrolnej. Okres między zachorowaniem na odrę a wystąpieniem SSPE wahał się od 2 do 12 lat (średnia wynosi 6,7 roku), ze szczytem w 8 roku po odrze — 18,3% ogółu zachorowań; 53% przypadków SSPE wystąpiło w okresie od 6 do 8 lat po odrze (ryc. 5). W poprzednim badaniu okres między zachorowaniem na odrę a SSPE wahał się od kilku miesięcy do 13 lat (średnia 5,4 roku) ze szczytem w 6 lat po odrze.

Analiza przebytych szczepień wykazała, że wśród 132 chorych z kompletnym wywiadem tylko 1 dziecko (0,8%) zostało zaszczepione przeciw odrze zgodnie z kalendarzem szczepień; 121 osób (91,7%) nie było szczepionych przeciw odrze; 6 osób zaszczepiono mimo, że w przeszłości chorowały na odrę (miały w wywiadzie przebycie odrę), 2 osoby zaszczepi-



Ryc. 5. Okres czasu między zachorowaniem na odrę a wystąpieniem SSPE (w latach).

piono ponieważ były wątpliwości czy chorowały na odrę, a w dwu przypadkach nie wiadomo czy dzieci były szczepione (jedno z tych dzieci zachorowało na odrę, mimo „domniemanego” szczepienia przeciw odrze w przeszłości.

U dzieci bez pełnego wywiadu i osób z grupy retrospektywnej brak jest danych o szczepieniu przeciw odrze. Oszacowanie szansy szczepienia przeciw odrze można przeprowadzić na podstawie roku urodzenia osób chorych na SSPE. Obowiązek szczepienia przeciw odrze w Polsce wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (Dziennik Ustaw Nr 1/1976 r.) z 22 grudnia 1975 r., a więc od 1976 r., ustalając wiek szczepienia od 13 do 15 miesiąca życia; czyli w 1976 r. już podlegały szczepieniu dzieci urodzone w 1975 r. Początkowo wykonawstwo szczepień w Polsce było bardzo słabe. Na drugi rok od wprowadzenia obowiązku szczepienia, tj. w 1977 r., udało się w Polsce zaszczepić zaledwie 30% dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień, tj. dzieci urodzonych w 1976 r. W 1978 r. zaszczepiono zgodnie z kalendarzem 50% dzieci — w 1979 r. 65% dzieci urodzonych w 1978 r. (6).

Z 285 osób, które zachorowały na SSPE w latach 1977—1983 tylko 10 osób urodziło się w latach 1976—1979 i miało realną szansę być zaszczepione przeciw odrze. Pozostałe (275) dzieci (ryc. 6) urodziły się wcześniej — najwięcej dzieci, które zachorowały na SSPE urodziło się w latach 1971—1972 i *de facto* nie miało szansy na szczepienie przeciw odrze w wieku 13—15 m. życia i wyprzedzenie zakażenia dzikim wirusem odrzy.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I Dyskusja

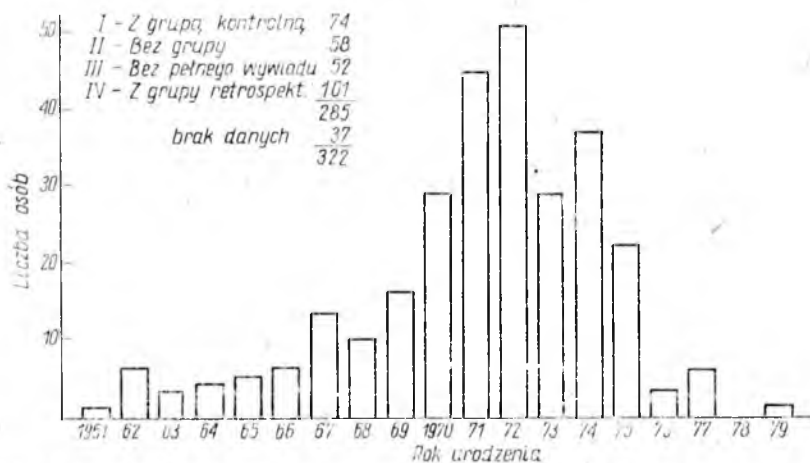
Z okresu od 1977 r. do 1983 r. zebrano dużą liczbę przypadków SSPE — 322 zachorowania — znacznie większą niż w pierwszym badaniu w latach 1974—1976. Zachodzi pytanie czy jest to istotny wzrost

zachorowań na SSPE czy pozorny. Z całą pewnością pierwsze badanie było mniej rozpropagowane — w analizowanym obecnie okresie zgłoszenia zachorowań napływały z ośrodków, które uprzednio nie przesyłały informacji o chorych, tj. nie uczestniczyły w badaniu. Ponadto w ciągu 10 lat (tj. od 1974 r.) stale ulegało polepszeniu rozpoznawanie SSPE, zarówno jako skutek większego zainteresowania tą chorobą, jak i prowadzonych szkoleń dla lekarzy neurologów i pediatrów, jak wreszcie liczniejszych publikacji. Naszym zdaniem wzrost liczby zgłaszanych zachorowań nie jest związany z pojawieniem się fałszywie pozytywnych rozpoznań, ponieważ, jak wykazują obserwacje, zdarzają się one w SSPE wyjątkowo rzadko. Choroba ma bardzo charakterystyczną symptomatologię kliniczną, a zasadnicze dla rozpoznania badania laboratoryjne (eeg. określenie poziomu przeciwciał odrowych w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy) są zwłaszcza w czasie leczenia szpitalnego dostępne.

Wysoka liczba zachorowań na SSPE nie oznacza też, że zgłoszono wszystkie zachorowania, które w analizowanym okresie wystąpiły w kraju. Np. interesujący jest m.in. fakt, że zachorowania na SSPE występowały w całej Polsce z wyjątkiem piłskiego. Wymaga to przeprowadzenia specjalnego wywiadu czy jest to wynik nie zgłaszania zachorowań czy też w tym województwie zachorowań nie było w ciągu ostatnich 10 lat, tj. od 1974 r. do 1983 r. (pierwsze i drugie badanie).

Należy zwrócić uwagę, że liczba zachorowań jak i zapadalność na SSPE w Polsce jest większa niż w wielu innych krajach np. w Stanach Zjednoczonych AP, Anglii z Walią (2,3). Przypuszczalnie jest to związane z faktem, że w tych krajach szczepienia przeciw odrze zostały wprowadzone wcześniej niż w Polsce i obejmują większy niż w Polsce odsetek dzieci.

Uważa się, że szczepienia przeciw odrze jeżeli nie chronią całkowicie przed wystąpieniem SSPE, to zmniejszają od 10 do 100 razy ryzyko zachorowania na SSPE. Skuteczność szczepionki przeciw odrze oceniana jest przeciętnie na 95%, tj. chroni przed zachorowaniem na odrę ok. 95% osób szczepionych. Błędy w wykonawstwie szczepień mogą ten odsetek obniżyć. Oznacza to, że wśród szczepionych mogą występować



Ryc. 6. Rok urodzenia osób, które zachorowały na SSPE w latach 1977-1983 (liczby bezwzględne).

zachorowania na odrę, co z kolei daje szansę wystąpienia SSPE. Należy również pamiętać, że szczepienie przeciw odrze winno wyprzedzić zakażenie dzikim wirusem — i dlatego jest bardzo ważne aby dzieci były szczepione możliwie wcześniej po wygaśnięciu odporności biernej — a więc w wieku poczynając od 13—15 miesiąca życia. Szczepienie dzieci, które już przebyły odrę nie ma znaczenia w zapobieganiu SSPE.

W wielu krajach prowadzone są analizy zachorowań na SSPE w zestawieniu z epidemiologiczną sytuacją a zwłaszcza szczepieniami przeciw odrze (1—4, 7). Podnoszono m.in. sprawę możliwości wywołania zachorowań na SSPE przez atenuowany wirus odrzy używany do szczepień. Ostatnio opublikowane badania m.in. Zilbera i wsp. (7) nie potwierdziły tej możliwości.

WNIOSKI

1. W latach 1977—1983 stwierdziliśmy zwiększenie liczby zgłaszanych zachorowań na SSPE.

2. W porównaniu do danych uzyskanych w pierwszym badaniu, stwierdziliśmy przesunięcie wieku zachorowań na SSPE na starsze roczniki, najczęściej chorowały dzieci w wieku 7—9 lat i wydłużenie okresu od zachorowania na odrę do pierwszych objawów SSPE z 5,4 lat do 6,7 lat.

3. Potwierdził się fakt, że dzieci, które zachorowały na SSPE, przebyły odrę w młodszym wieku niż dzieci z grupy kontrolnej.

4. Wśród dzieci chorych na SSPE z pełnym wywiadem tylko 1 dziecko (0,8%) było szczepione przeciw odrze.

Д. Нарушевич-Лесюк, Б. Ивиньска, М. Вечоркевич,
С. Кульчицки

ПОДОСТРЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ПАНЭНЦЕФАЛИТ В ПОЛЬШЕ В 1977—1983 ГОДЫ

Содержание

После предшествующего анализа эпидемиологического положения в подостром склерозирующем панэнцефалите в 1971—1976 годы, авторы, продолжая этот анализ, представляют эпидемиологические данные касающиеся этой болезни за 1977—1983 годы. За это время отмечены 322 случая новых заболеваний ПСПЭ, что дает 1,6 случая на один миллион всего населения и 5,3 случая на один миллион населения в возрасте ниже 20 лет. По сравнению с предшествующим периодом количество новых случаев увеличилось, возрос также возраст заболевших, большинство из них это дети в возрасте 7—9 лет. Среди заболевших детей, только один ребенок вакцинировался против кори. Исследования снова подтвердили, что дети с ПАПЭ болели корью раньше, чем дети из контрольной группы.

D. Naruszewicz-Lesiuk, B. Iwińska, M. Wieczorkiewicz,
J. Kulczycki

SUBACUTE SCLEROSING PANENCEPHALITIS IN POLAND
IN THE YEARS 1977—1983
SECOND STAGE OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES

Summary

The authors summarize the results of the second stage of epidemiological investigations on SSPE. The first stage covered the years 1971—1976, the second stage comprised data from the period 1977—1983. In the second stage information was obtained on 322 new cases of SSPE, the incidence was 1.6 per million of the whole population, and 5.3 per million of the population below the age of 20 years. The number of new cases was increased and the age of the onset of the disease was higher — most cases were in children aged 7—9 years. Among SSPE cases only one child had been vaccinated against measles. The observation was confirmed again that children with SSPE had had measles at a lower age than children from the control group.

PIŚMIENNICTWO

1. Carnescu C. i inni: *Virologie*, 1983, 34 (4) 239. — 2. Jabbour J. T.: Observations on changing aspects of SSPE in the USA. What we know and what we don't know. Second Int. Symposium on SSPE, Bergamo May 22—24, 1984. — 3. Miller C. L.: The epidemiology of SSPE in England and Wales. Second Int. Symposium on SSPE, Bergamo May 22—24, 1985. — 4. Modlin SF i inni: *Pediatrics*, 1977, 59, 505. — 5. Naruszewicz Lesiuk D., J. Kulczycki, B. Iwińska, W. Cendrowski: *Przeg. Epid.*, 1979, 33; — 6. Naruszewicz-Lesiuk D.: *Przeg. Epid.*, 1983, 37, 1.21. — 7. Zilber N. i inni: *Neurology (NY)*, 1983, 33, 12, 1558.

Adres: 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Wiesław Magdzik

PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE NA TLE PROGRAMÓW W KRAJACH REGIONU EUROPEJSKIEGO

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

Porównano program szczepień obowiązkujących w Polsce z programem szczepień w 30 krajach regionu europejskiego oraz przeanalizowano zalecenia Konferencji Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia na temat polityki szczepień, w Karłowich Warach, w grudniu 1984 r. Dokonano przeglądu uzasadnienia i możliwości wdrożenia tych zaleceń w Polsce.

1. PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

W latach siedemdziesiątych i w pierwszych latach osiemdziesiątych bieżącego stulecia program szczepień ochronnych w Polsce zwany popularnie kalendarzem szczepień ulegał kilkakrotnym zmianom (1). W wyniku tych zmian wycofano z kalendarza szczepienie przeciw ospie prawdziwej, a szczepienie przeciw durowi brzuszemu ograniczono do grup wysokiego ryzyka, wprowadzono szczepienie przeciw odrze, ustalono jednocześnie szczepienie *Di-Per-Te* i *Di-Te* w 6—7 roku życia z dostnym szczepieniem żywą, triwalentną szczepionką przeciw *poliomyelitis*, zmniejszono liczbę dawek szczepionki przeciw gruźlicy osób tuberkulinoujemnych do niezbędnego minimum. Powstał w ten sposób kalendarz szczepień stosunkowo łatwy do realizacji. Po 1982 r. kalendarz szczepień uległ już tylko nieznacznym zmianom (ryc. 1). Kalendarz przewidziany na 1985 r. różni się od kalendarza obowiązującego w 1984 r. tylko wiekiem dzieci podlegających bezpośrednio po urodzeniu szczepieniom przeciw gruźlicy. Do 1984 r. podlegały tym szczepieniom dzieci od 4 do 15 dnia, a w 1985 r. dzieci od 3 do 15 dnia życia.

Jak wynika z ryc. 1 program szczepień w Polsce obejmuje szczepienie przeciw gruźlicy, błonicy, tężcowi, krztuścowi, *poliomyelitis* i odrze. Wszystkie szczepienia objęte programem są w Polsce szczepieniami obowiązkowymi.

2. PROGRAMY SZCZEPIEŃ W KRAJACH REGIONU EUROPEJSKIEGO

Na podstawie materiałów Drugiej Konferencji na temat polityki uodpornienia w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia, która odbyła się w Karłowich Warach w dniach 10—12 grudnia 1984 r. (2) dokonano analizy kalendarzy szczepień przeciw gruźlicy w 31 kra-

jach i pozostałych szczepień w 30 krajach regionu europejskiego. Z analizy tej wyciągnąć można niżej przytoczone stwierdzenia i wnioski.

a. Schematy kalendarzy szczepień przeciw gruźlicy przedstawiono na ryc. 2. W 8 krajach (około 25%) szczepienie przeciw gruźlicy nie figuruje w kalendarzu szczepień. Wśród pozostałych 23 krajów w 12 jest to szczepienie obowiązkowe, a w 11 szczepienie dobrowolne. W 2 krajach jest ono ograniczone do grup ryzyka.

W 17 krajach kalendarz szczepień uwzględniał szczepienie noworodków w kilka dni po urodzeniu — w 14 krajach bezpośrednio po urodzeniu, a w 3 po upływie kilku dni od urodzenia. Kalendarz szczepień w Związku Radzieckim przewidywał szczepienie w wieku 5—7 mie-

Szczepienie przeciw	Kalendarz z 1980 r. Wiek dzieci	Zmiany kalendarza			
		I-1981	I-1982	I-1983	I-1985
Gruźlicy	4-15 dzień	→	→	→	3-15 dzień →
Gruźlicy dzieci bez blizny lub z blizną mniejszą od 3mm po pierwszym szczepieniu			11-12 m →	→	→
Gruźlicy dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej	13-18 m.c (Moro) 6-7 rok (Mantoux) 10 rok (Mantoux) 14 rok (Mantoux) 18 rok (Mantoux)	→	■	→	→
Poliomyelitis szczepionką żywą poliwalentną	3* miesiąc 4/5* miesiąc 6* miesiąc 19-24* miesiąc	→	→	→	→
Botulicy, (czarna krowia) (Dc-le-Per)	3* miesiąc 4/5* miesiąc 6* miesiąc 19-24* miesiąc	→	→	→	→
Płonica, (czarna) (Dc-le)	6-7* rok 14 rok	→	→	→	→
Odrze	11-14 miesiąc	→	13-15 m →	→	→

* — Szczepienie jednoczasowo podskornie Dc-le-Per lub Dc-le i doustnie żywą poliwalentną szczepionką przeciw poliomyelitis

- Kontynuacja szczepień
 ● → Rozpoczęcie szczepień
 ■ Wycofanie szczepień

Ryc. 1. Zmiany kalendarza szczepień w Polsce od 1980 r.

szczepionkę *Di-Te-Per* lub *DiTe*, w 2 dalszych krajach szczepionkę *Di-Te*, a w Danii monowalentną szczepionkę przeciw krztuścowi i w dalszej kolejności szczepionkę *Di-Te*. Ostatnią dawkę szczepionki przeciw krztuścowi podaje się dzieciom w pierwszym roku życia w 7 krajach, w drugim roku życia — w 8 krajach, w trzecim roku życia w 4 krajach, w czwartym roku życia także w 4 krajach, w piątym i szóstym roku życia po 1 kraju w każdym z nich i w siódmym roku życia w 3 krajach.

W dalszych latach podawane są dawki przypominające szczepionki *Di-Te*, monowalentnej anatoksyny tężcowej, a w Albanii również monowalentnej anatoksyny błoniczej.

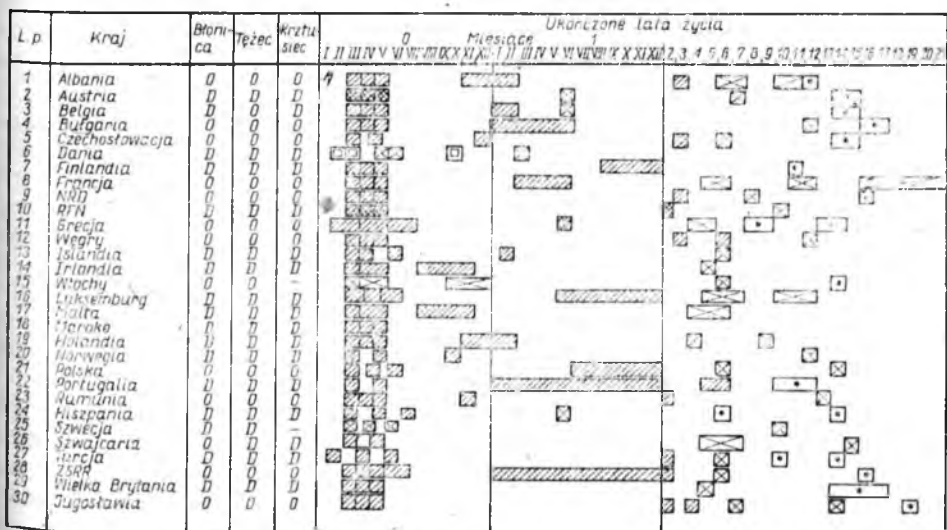
Kalendarz szczepień obowiązujący w Polsce uwzględni 4 dawki szczepionki *Di-Te-Per* w pierwszych dwu latach życia, 2 dawki szczepionki *Di-Te* w 6 lub 7 i w 14 roku życia i szczepienie przeciw tężcowi osób dorosłych z grup wysokiego ryzyka.

Schematy szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi uległy w latach 1980—1984 stosunkowo małym zmianom (1).

c. Schematy kalendarzy szczepień przeciw *poliomyelitis* przedstawiono na ryc. 4. Szczepienia te wykonywane są we wszystkich krajach regionu europejskiego, w 13 krajach jako szczepienia obowiązkowe, w pozostałych 17 na zasadach dobrowolności.

Wyłącznie zabiłą szczepionkę stosuje 6 krajów. W Danii w pierwszych dwu latach życia stosuje się szczepionkę zabiłą, w dalszych latach żywą, a w Holandii można stosować do wyboru szczepionkę żywą lub zabiłą.

Wyłącznie żywą szczepionkę stosują 22 kraje, z tego 17 krajów szczepionkę triwalentną.



0 - Szczepienie obowiązkowe: błonica, tężec, krztuśc
 D - Szczepienie dobrowolne: błonica, tężec, krztuśc
 - - - Szczepienie nieuwzględnione w kalendarzu: krztuśc

Di-Te-Per Di Per
 Di-Te Te Di-Te-Per lub Di-Te

Ryc. 3. Szczepienie przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi w krajach europejskich w 1984 r. (na podstawie materiałów konferencji WHO w Karłowich Warach).

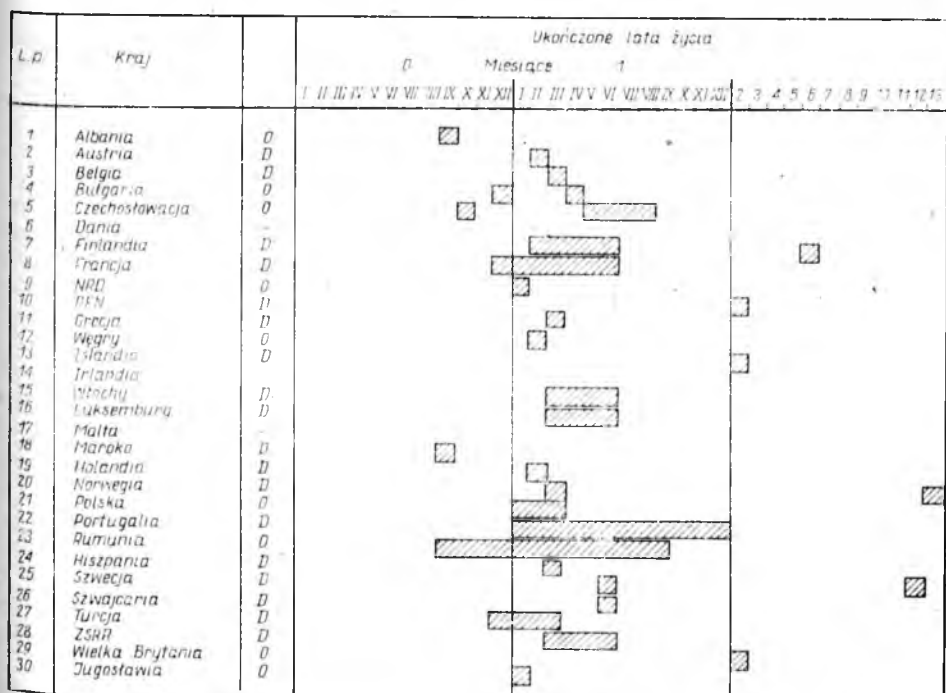
dach dobrowolności. W pięciu krajach stosowane są dwie dawki szczepionki. Pierwszą dawkę szczepionki w pierwszym roku życia stosują 4 kraje, spośród których 2 kraje w drugim roku życia stosują dawki przypominające. Na przełomie pierwszego i drugiego roku życia stosowana jest szczepionka przeciw odrze w 3 krajach, w drugim roku życia — w 17 krajach spośród których 3 stosują dawki przypominające w siódmym, trzynastym i cztertnastym roku życia. W 3 dalszych krajach podawana jest pierwsza dawka szczepionki w trzecim roku życia.

W porównaniu do kalendarzy szczepień z 1980 roku (1) zauważyć można przesunięcie szczepień przeciw odrze na starsze grupy wieku i wzrost liczby krajów stosujących dawki przypominające. W 1980 r. szczepiono dzieci wyłącznie w pierwszych dwu latach życia, a dawkę przypominającą stosowano jedynie na Słowacji w drugim roku życia.

W Polsce szczepienie przeciw odrze wykonywane jest między 13 a 15 miesiącem życia.

e. Schematy szczepień przeciw różyczce przedstawiono na ryc. 6. W 1984 r. kalendarze szczepień 18 krajów (60%) uwzględniały szczepienie przeciw różyczce. W 17 krajach były to szczepienia dobrowolne, w 1 — obowiązkowe. W 8 krajach szczepione są dzieci w drugim roku życia, a w 1 kraju w trzecim. Dziewczęta w wieku dojrzewania szczepione są w 8 krajach, a zarówno dziewczęta, jak i chłopcy w 1 kraju.

W kalendarzach szczepień siedmiu krajów figuruje zarówno szczepienie przeciw różyczce w drugim lub trzecim roku jak również szczepienie dziewcząt (4 kraje) bądź dziewcząt i chłopców (3 kraje) w wie-



0 - Szczepienie obowiązkowe

D - Szczepienie dobrowolne

-- Szczepienie nieuwzględnione w kalendarzu

Ryc. 5. Szczepienie przeciw odrze w krajach europejskich w 1984 r. (na podstawie materiałów konferencji WHO w Karlowych Warach).

3. ZALECENIA DOTYCZĄCE UODPORNIEŃ CZYNNEGO

Podczas obrad Drugiej Konferencji na temat Polityki Uodpornienia zorganizowanej w Karłowych Warach w dniach 10—12 grudnia 1984 r. przez Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (2) wysunięto cały szereg zaleceń dotyczących realizacji szczepień ochronnych i uzyskiwanych tą drogą wyników.

Zalecenia te dotyczyły spraw ogólnych związanych ze szczepieniami, uzyskiwania i opracowywania danych dotyczących liczby szczepionych itp. jak i spraw szczegółowych dotyczących szczepień przeciw odrze, poliomyelitis, różyczce, błonicy, tężcowi, krztuścowi, gruźlicy, grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby typ B, śwince, ospie prawdziwej, chorobom wywołanym przez dwoinki zapalenia płuc.

Znaczna część tych zaleceń została w Polsce już wdrożona. Zalecenia, które pozostają do realizacji dotyczą w szczególności:

— eliminacji wrodzonej różyczki. Według zaleceń do 1990 roku wszystkie kraje powinny wprowadzić szczepienie przeciw różyczce do kalendarza szczepień, w 1995 r. osiągnąć uodpornienie co najmniej 90% podlegających szczepieniu, dokonywać regularnych przeglądów stanu zaszczepienia, przeprowadzać dochodzenie i nadzór epidemiologiczny nad podejrzanyymi i przypadkami wrodzonej różyczki tak, aby do 2000 roku wyeliminować wrodzoną różyczkę ze wszystkich krajów europejskich.

— eliminacji zachorowań na odrę. Według zaleceń wszystkie kraje, w których szczepienie przeciw odrze jest już włączone do kalendarza szczepień powinny od 1988 r. osiągnąć zaszczepienie co najmniej 95% dzieci przed ukończeniem drugiego roku życia, przeprowadzać badania i epidemiologiczne dochodzenia w odniesieniu do wszystkich podejrzanych

L.p	Kraj		Ukończone lata życia																					
			Miesiące																					
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15																					
1	Albania	—																						
2	Austria	D																						
3	Belgia																							
4	Bułgaria	O																						
5	Czechosłowacja	—																						
6	Dania	—																						
7	Finlandia	D																						
8	Francja	—																						
9	NRD	E																						
10	RFN	D																						
11	Grecja	D																						
12	Węgry	—																						
13	Islandia	—																						
14	Irlandia	—																						
15	Włochy	D																						
16	Luksemburg	D																						
17	Malta	—																						
18	Maroko	—																						
19	Holandia	—																						
20	Norwegia	D																						
21	Polska	—																						
22	Portugalia	—																						
23	Rumunia	D																						
24	Hiszpania	—																						
25	Szwecja	D																						
26	Szwajcaria	D																						
27	Turcja	—																						
28	ZSRR	O																						
29	Wielka Brytania	—																						
30	Jugostawia	—																						

O - Szczepienie obowiązkowe

D - Szczepienie dobrowolne

E - Szczepienie nie uwzględnione w kalendarzu

M - Szczepienie tylko chłopców

Ryc. 7. Szczepienie przeciw śwince w krajach europejskich w 1984 r. (na podstawie materiałów konferencji WHO w Karłowych Warach).

nych o odrę zachorowań i stosować odpowiednie środki dla zapobiegania i zwalczania epidemii, tak aby w 1990 roku odra mogła zostać wyeliminowana.

— możliwości włączenia szczepienia przeciw śwince do rutynowo stosowanego schematu szczepień przy użyciu szczepionki poliwalentnej (odra-świnka lub odra-świnka-różyczka) lub monowalentnej.

— wdrożenia szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B osób z grup szczególnego ryzyka przy użyciu szczepionki przygotowanej zgodnie z zaleceniami WHO.

— wdrożenia szczepień grup specjalnego ryzyka polisacharydową szczepionką pneumokokową.

— ustalenia zakresu szczepienia przeciw grypie grup ryzyka i osiągnięcia pożądanego stopnia ich zaszczepienia.

— od 1986 r. ustalenia systemu monitorowania ujemnych skutków szczepień.

— od 1985 r. wprowadzenia oddzielnego rejestru tężca noworodków i oddzielnego innych przypadków tężca.

4. UZASADNIENIE I MOŻLIWOŚCI REALIZACJI POWYZSZYCH ZALECEŃ W POLSCE

Istnieje uzasadnienie dla wprowadzenia szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B ludzi z grup szczególnego ryzyka, a w dalszej kolejności także szczepienia przeciw różyczce i w jeszcze dalszej — przeciw śwince. Problem wprowadzenia tych szczepień należy rozpatrywać wyłączenie od strony ekonomicznych możliwości zakupu tych szczepionek, w obecnej chwili z drugiego obszaru płatniczego.

Podobnie przedstawia się problem szczepienia polisacharydową szczepionką pneumokokową. Ewentualne wprowadzenie jej będzie musiało być poprzedzone akcją informacyjną wśród lekarzy. Charakter grupy ryzyka stwarza sytuację konieczności szczepienia głównie drogą indywidualnych szczepień zalecanych przez lekarza leczącego.

Zwiększenie odsetka szczepionych przeciw odrze jest i powinno być nadal przedmiotem uwagi wszystkich zainteresowanych instytucji na różnych szczeblach zarządzania i wykonawstwa szczepień. Uzyskiwane rezultaty w części województw zaczynają być zadawalające. Dla osiągnięcia nakreślonych celów konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na województwa szczepiące przeciw odrze tradycyjnie niskie odsetki dzieci — zwłaszcza województwo krakowskie i województwa okoliczne oraz województwo zamojskie.

Obecnie drugi rok z rzędu notuje się okresowe wzmoczenie liczby zachorowań na odrę. Po nim, należy sądzić, nastąpi okresowe zaciśnięcie epidemiczne i spadek liczby zachorowań. Pożądane jest takie zwiększenie odsetka dzieci szczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień w każdym województwie (nie mniej niż zalecane 95%) aby nie dopuścić w przyszłości do podobnego okresowego wzrostu liczby zachorowań.

Powiadomienie o ujemnych skutkach szczepień powinno odbywać się drogą meldunków o indywidualnych przypadkach i sytuacjach, składanych do Zakładu Badania Surowic i Szczepionek PZH. Drogą roboczych ustaleń i dyskusji podczas szkoleń zostało to już w zasadzie wdrożone. Wskazane byłoby opracowanie i wydanie odpowiedniego przepisu regulującego tę sprawę.

W związku z tym, że w naszym kraju od lat nie zanotowano tęcza u noworodka, nie jest wskazane wprowadzenie oddzielnej rejestracji tęcza noworodków. Natomiast konieczne jest aby lekarze leczący i państwowi inspektorzy sanitarni natychmiast powiadamiali drogą telefoniczną lub teleksową o każdym rozpoznanym przypadku tęcza u noworodka i podejmowali rygorystyczne środki profilaktyczne.

Szczepienie przeciw grypie w naszym kraju wymaga podjęcia określonych decyzji. Każdego roku zamawianych i produkowanych jest znacznie więcej dawek szczepionki niż szczepionych ludzi. I tak zaszczepiono w 1980 r. — 2.120 osób; w 1981 r. — 1.549; w 1982 r. — 517; w 1983 r. — 198 (3). Tak więc praktycznie szczepienia przeciw grypie w Polsce zostały zaniechane. Zamówiono natomiast i wyprodukowano w 1981 r. 75 litrów szczepionki, w 1982 r. — 20 litrów, w 1983 r. — 40 litrów, w 1984 r. — 20 litrów. Jedna dawka dla osoby dorosłej 1,0 ml, dla dziecka — 0,5 ml.

W obecnej sytuacji konieczne jest podjęcie decyzji w tej sprawie.

Na zakończenie należy stwierdzić, że możliwości realizacji programu szczepień ochronnych może ulec obecnie w każdej niemal chwili ostremu załamaniu, podobnie jak nastąpiło to już w niedawnej przeszłości w stosunku do szczepionki *Di-Te-Per*, a przed laty w stosunku do szczepionki przeciw wściekliźnie. Stan techniczny wytwórni surowic i szczepionek i inne spiętrzające się trudności produkcyjne mogą stać się przyczyną załamania się produkcji.

Dlatego realizacja powyżej omówionych zaleceń będzie w dużym stopniu zależna od dostarczenia dostatecznej ilości preparatów niezbędnych do realizacji programu przede wszystkim z produkcji krajowej, w dalszym planie z importu.

5. WNIOSEK

Mimo licznych wniosków jakie nasuwają się z przytoczonego materiału i jakie w tekście w zasadzie omówiono — jeden wysuwa się na plan pierwszy i wymaga szczególnego podkreślenia, tj. konieczność prawidłowej działalności wytwórni surowic i szczepionek. Bez realizacji tego wniosku trudno będzie w przyszłości stosować swoistą profilaktykę, a także i diagnostykę w chorobach zakaźnych.

В. Магдзик

ПРОГРАММА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ПОЛЬШЕ НА ФОНЕ ПРОГРАММ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

Содержание

На основании материалов 2 Конференции ВОЗ посвященной политике иммунизации в европейском регионе (Карловы Вары, 10—12 декабря 1984 года) представляются программы и графики вакцинопрофилактики в 30 европейских странах. План массовых прививок предвиденных для Польши обнимал вакцинации против туберкулеза, дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и кори. Указания Конференции в этих областях можно считать уже осуществленными в Польше. Дальнейшие планы предусматривали расширение массовых прививок на вакцинации против эпидемического паротита и краснухе, увеличение части населения вакцинированного против кори, вакцинацию большого риска против вирусного гепатита В, прививки полисахаридными пневмококковыми вакцинами,

а также проверку радиуса действия прививок против гриппа и установление мониторингового контроля за отрицательными последствиями массовых прививок. В статье рассмотрены обоснованность этих планов и возможность их осуществления в Польше, подчеркнуты особо неотложные задачи в этой области. Важнейшим условием осуществления рекомендованной ВОЗ программы иммунизации в нашей стране признано обеспечение производительных возможностей для лабораторий и заводов, производящих сыворотки и вакцины.

W. Magdzik

PROGRAMME OF PROTECTIVE VACCINATIONS IN POLAND AS COMPARED WITH SIMILAR PROGRAMMES IN THE EUROPEAN COUNTRIES

Summary

The timetables of vaccinations in 30 countries of the European Region are described on the basis of the materials of the Second Conference on Immunization Policy in the European Region of the World Health Organization (Karlovy Vary Dec 10—12 1984). The timetable accepted for Poland includes vaccinations against tuberculosis, diphtheria, tetanus, whooping cough, poliomyelitis and measles. The directives of the Conference in this respect may be regarded as already realized in our country. The further plans include extension of vaccinations by adding those against mumps and rubella, increase of the proportion of the population vaccinated against measles, vaccination of high-risk groups against virus hepatitis B, vaccinations with polysaccharide pneumococcal vaccine, verification of the range of vaccinations against influenza, establishing of a system for monitoring of negative consequences of vaccinations. The justification of these plans and the possibility of their realization in Poland are analysed with stress laid on more or less urgent problems. The production possibilities of the laboratories of sera and vaccines are considered as the matter of highest importance for a normal realization of the programme of immunization in our country.

PIŚMIENICTWO

1. W. Magdzik: Rozdział w książce pod redakcją J. Kostrzewskiego „Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970—1979”. Ossolineum 1984 r., str. 343. — 2. Materiały Drugiej Konferencji na temat Polityki Uodpornienia zorganizowanej w Karłowicach, Warach w dniach 10—12 grudnia 1984 r. przez Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia. — 3. Sprawozdanie z realizacji szczepień ochronnych w Polsce w latach 1980—1983.

Maria Gańczak

ANALIZA PORÓWNAWCZA ZACHOROWAŃ NA LIMFOCYTOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH W LATACH 1982 I 1983 W MATERIALE KLINIKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH PAM

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PAM w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. med. J. Januszkiewicz

Przedstawiono epidemiologię, etiologię i obraz kliniczny zachorowań na limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych PAM i porównano uzyskane wyniki z analogicznymi dotyczącymi szczecińskiej epidemii enterowirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z roku poprzedniego.

W 1982 r. zanotowano w Polsce znaczny wzrost liczby zachorowań na enterowirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w stosunku do lat poprzednich (24385 przypadków) (11). Dotyczyło to również województwa szczecińskiego (302 przypadki w tym na terenie Szczecina 213). W roku następnym liczba zachorowań na tę jednostkę chorobową znacznie opadła w skali kraju (5380 przypadków) (11), natomiast w naszym województwie obserwowano dalszy wzrost liczby zachorowań (393 przypadki, w tym na terenie Szczecina 170).

W związku z nie spotykaną w innych województwach tendencją wzrostową, podjęto próbę przedstawienia oceny etiologiczno-epidemiologicznej i klinicznej zachorowań na limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (l.z.o.m.-rdz.) w 1983 r. na podstawie materiału Kliniki Chorób Zakaźnych PAM. Uzyskane dane porównano z analogicznymi dotyczącymi epidemii l.z.o.m.-rdz. w roku 1982.

MATERIAŁ I METODY

Materiał kliniczny stanowiło 86 chorych (45 kobiet i 41 mężczyzn) w wieku od 14 do 61 lat leczonych w okresie od 1.I.1983 do 31.XII. 1983 r. Rozpoznanie ustalono na podstawie danych epidemiologicznych, obrazu klinicznego oraz wyników badań, zwłaszcza płynu mózgowo-rdzeniowego (m.-rdz.). Badania płynu m.-rdz. wykonywano w pierwszych dniach hospitalizacji. U większości chorych (62%) wykonano 2-krotnie badanie płynu m.-rdz. w odstępie 8—11 dniowym. W przypadkach, w których zmiany w płynie były niewielkie (22% chorych) badań kontrolnych nie wykonywano. U 11 chorych (12,8%) wykonano 3 lub 4 badania. Łącznie analizowano 120 badań płynu m.-rdz.

W płynie m.-rdz. oceniono poziom białka, cukru, pleocytozę oraz skład

cytologiczny osadu płynu m.-rdz. sporządzony według zasady *Sayka* w komorze konstrukcji *Kucharskiej-Demczuk* (7). W zależności od wskazań podyktowanych stanem klinicznym wykonywano badanie radiologiczne zatok obocznych nosa, eeg, badanie dna oka i inne.

W 55 przypadkach (65,4%) wykonano badania wirusologiczne kału i w 8 badania serologiczne w Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Szczecinie (mgr inż. *H. Kołota*).

WYNIKI I OMÓWIENIE

A. Dane epidemiologiczne i etiologiczne

Jak wynika z tab. I szczyt zachorowań przypadł na wrzesień. Wśród chorych przeważały kobiety (45 przypadków, tj. 52,3%), 41 chorych należało do grupy wiekowej 20—29 lat, co stanowi 48% ogółu. Z miasta Szczecina z Policami łącznie leczono 59 osób (69%). Z terenu województwa leczono 27 chorych, w tym 14 z terenów miejskich (15%). W jednym przypadku stwierdzono zachorowanie rodzinne (dwie siostry).

Badania wirusologiczne wykonano u 55 chorych (26 mężczyzn i 29 kobiet — 65,4% ogółu), uzyskując w 22 przypadkach (26%) izolację wirusów z kału. Badania serologiczne par surowic wykonano tylko u 8 chorych, u których izolowano wirusy (tab. II, III).

Tabela I. Liczba zachorowań na l.z.o.m.-rdz. w poszczególnych miesiącach

Miesiąc	Liczba przypadków
I	2
II	1
III	1
IV	2
V	2
VI	4
VII	6
VIII	15
IX	35
X	10
XI	8
XII	0
Ogółem	86

Tabela II. Wyniki badań wirusologicznych u 55 chorych leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych PAM z powodu l.z.o.m.-rdz.

Wirus	Liczba izolacji
<i>ECHO</i> ₄	13
<i>Coxsackie A</i> ₉	5
<i>Coxsackie B</i> ₄	3
Niezidentyfikowany czynnik cytotatogeny	1
Łącznie	22

B. Obraz kliniczny

Ponad połowę chorych (52%) przyjmowano do kliniki w pierwszych trzech dniach choroby i u wszystkich początek choroby był ostry.

Z objawów podmiotowych dominowały bóle głowy (100%). Większość chorych (57%) skarżyła się na bóle gałek ocznych, nudności i wymioty. Bóle mięśni występowały u 13% chorych, bóle w obrębie kręgosłupa u 12%, bóle gardła u 9%, bóle brzucha obserwowano u 6%.

Gorączkę stwierdzono u większości chorych (94%). Objawy neurologiczne — pełen zespół oponowy (sztywność karku z objawami Kerniga i/lub Brudzńskiego) stwierdzono u 29 chorych, niepełny zespół opono-

Tabela III. Wyniki badań serologicznych

Wirus	Miana przeciwciał	
	I surowica	II surowica
	<i>ECHO</i> ₄	0 0 1:64 1:64
<i>Coxsackie A</i> ₉	1:4 1:16 1:16	1:16 1:64 1:64
<i>Coxsackie B</i> ₄	1:16	1:512

Tabela IV. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w 86 przypadkach limfocytowego zapalenia opon hospitalizowanych w Klinice Chorób Zakaźnych PAM w 1983 roku

Faza choroby	Liczba badań	Białko w mg/dl	Cukier w mg/dl	Cytoza w mm ³	Cytogram					
					kom. limf.	kom. mon. ret.	Gran. oboj.	formy przejściowe	Makrofagi	Gran. kwas.
I 1—4 dzień $\bar{x}=3,4$	35	\bar{x} 61,1 od 26 do 110	66,9 od 27 do 112	150,4 od 2 do 536	43,1 od 3 do 83 (34)	31,4 0—57 (34)	27,3 0—92 (29)	2,1 (14)	1,4 (7)	1,0 (5)
II 5—10 dzień $\bar{x}=6,0$	25	\bar{x} 73,3 od 44 do 130	60,0 od 32 do 90	185,9 od 21 do 640	53 od 1 do 87 (25)	25,1 3—83 (23)	30,3 0—90 (13)	2,5 (20)	1,3 (11)	1,8 (5)
III 11—33 dzień $\bar{x}=16,3$	60	\bar{x} 57,6 od 14 do 150	64,1 od 42 do 106	43,8 od 3 do 440	74,8 od 0 do 91 (58)	21,9 0—59 (58)	3,0 0—7 (5)	3,2 (27)	2,8 (13)	2,8 (4)

 \bar{x} — średnia

() — w nawiasach podano liczbę osadów, w których stwierdzono obecność poszczególnych elementów komórkowych

wy (tylko wyraźna sztywność karku lub tylko objaw Kerniga) — u 18%, zaznaczoną sztywność karku — u 32%, bolesność uciskową gałek ocznych u 28%, porażenie obwodowe n. VII, które cofnęło się po 4 tygodniach hospitalizacji — u 1 chorego (1%). U 20% chorych nie stwierdzono objawów oponowych.

Z innych objawów przedmiotowych obserwowano u 51% chorych niezbyt błony śluzowej gardła i powiększenie węzłów chłonnych, głównie szyjnych, u 18% zmiany zapalne spojówek i u 12% niewielkie, przemijające powiększenie wątroby. Wysypkę plamisto-grudkową stwierdzono u 7 chorych, opryszczkę wargową u 2 chorych. W 5 przypadkach (6%) stwierdzono zapalenie zatok obocznych nosa. Wykonane u 80% chorych badanie dna oka tylko w 2 przypadkach wykazało zatarcie tarczy nerwu wzrokowego.

Prawidłową ciepłotę ciała obserwowano u 5 chorych (6%). U jednego z nich wyizolowano z kału wirusa ECHO₄. U 36 chorych (42%) gorączka była wysoka (39°C i powyżej), ale utrzymywała się krótko (do 6 dni). U tych chorych wyizolowano z kału wirusy ECHO₄ w 6 przypadkach, Coxsackie A₉ w 2, Coxsackie B₄ w 1, czynnik cytopatyczny niezidentyfikowany u jednego. Gorączkę niższą (37—38°C), utrzymującą się przez 7 dni obserwowano u 37 chorych (43%); w 4 przypadkach wyizolowano z kału wirusy ECHO₄, w 2 Coxsackie A₉, w 1 — Coxsackie B₄. U pozostałych 8 chorych obserwowano gorączkę dwufazową (do 39°C przez 3—4 dni, a następnie po 4—5 dniach przerwy krótko trwające stany podgorączkowe). U 2 z nich wyizolowano z kału typ ECHO₄, u jednego Coxsackie B₄.

W przypadkach, w których stwierdzono pełen zespół objawów oponowych izolowano typ ECHO₄ (w 5 przypadkach) i Coxsackie A₉ (2 przypadki). U chorych z niepełnym zespołem oponowym izolowano wirusa ECHO₄ (2 badania) Coxsackie A₉ (1 badanie) i czynnik cytopatyczny niezidentyfikowany (1 badanie), a u chorych z zaznaczoną jedynie sztywnością karku wyizolowano wirusa ECHO₄ w 2, Coxsackie B₄ w 2 i Coxsackie A₉ w 1 przypadku. Od chorych bez objawów oponowych wyizolowano wirus ECHO₄ (4 badania) i Coxsackie B₄ (1 badanie).

U 45% chorych obserwowano przyspieszony odczyn Biernackiego (powyżej 20 mm po 1 godzinie). Wartości leukocytozy u większości chorych mieściły się w granicach normy; poniżej 4000 leukocytów w mm³ stwierdzono u 4 (15%) a powyżej 10000 leukocytów w mm³ u 20 chorych (23%). W 46% przypadków stwierdzono zwiększony odsetek granulocytów obojętnochłonnych (powyżej 70%), a w 24% — zwiększenie odsetka limfocytów powyżej 40%. U większości aktywność aminotransferaz (AspAT, ALAT) była prawidłowa. U 5 (6%) chorych notowano krótkotrwały wzrost aktywności tych enzymów do 100 j.m. U 12 chorych (14%) stwierdzono nieznacznie (1,3—3,1 mg%) podwyższony poziom bilirubiny w surowicy krwi. Zmiany w zapisie ekg obserwowano u 5 chorych (6%). U jednego stwierdzono liczne skurcze dodatkowe nadkomorowe, układające się w rytm bliźniaczy, które w badaniu kontrolnym ustąpiły, w innym przypadku wystąpił częstoskurcz napadowy nadkomorowy, przerwany masażem zatoki szyjnej. Ponadto stwierdzono w jednym przypadku zaburzenia przewodzenia śródkomorowego, a w dwu innych — zaburzenia procesu repolaryzacji komór. U pięciu chorych (6% wykonano badanie eeg, w tym u 3 obserwowano nieprawidłowy zapis (u 2 — zmiany podrażnieniowe i u jednego zaburzoną czynność podstawową i zmiany rozlane). Ten ostatni przypadek dotyczył chorego z pourazowym

wodogłowiem wewnętrznym. Czas pobytu w szpitalu wynosił średnio 17 dni. Wszyscy zostali wypisani w stanie dobrym. U jednej chorej rozpoznano odczyn zapalny wątroby w przebiegu choroby podstawowej.

C. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym (tab. IV).

Średnio liczba komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosiła w okresie ostrym choroby 168,2 w mm^3 i w okresie zdrowienia 43,8 w mm^3 , ale wartości graniczne wykazywały szerokie wahania. Obserwowano częściej (70,0% badań) i duży odsetek granulocytów obojętnochłonnych w pierwszych 10 dniach choroby (27,3% w okresie od 1—4 dnia i 30,3% w okresie od 5 do 10 dnia). W 6 badaniach (20,7%) w okresie wczesnym i w 4 badaniach (31%) w okresie późniejszym fazy ostrej stwierdzono ponad 50% granulocytów obojętnochłonnych, przy niedużej pleocytozie (nie przekraczającej 500 komórek w mm^3). W miarę zdrowienia (powyżej 10 dnia choroby) obserwowano spadek odczynów granulocytowych średnio do 3%. Obserwowano duży i wzrastający odsetek komórek limfoidalnych (43,1% od 1 do 4 dnia choroby, 53% od 5 do 10 dnia choroby, 74,8% w okresie zdrowienia. Odczyny monocytarnoretikularne wyraźne w fazie ostrej (31,4% w okresie 1—4 dzień choroby, 25,1% w okresie 5—10 dzień choroby), zmniejszyły się w okresie zdrowienia (średnio 21,9%). Znaczny udział komórek tego typu (ponad 50%) notowano w 8 badaniach. Wartości odsetkowe form przejściowych i makrofagów niskie (odpowiednio 2,3% i 1,35%) w fazie ostrej, wykazywały niewielką tendencję wzrostową w fazie zdrowienia (odpowiednio 3,2% i 2,8%). Nieznaczny udział granulocytów kwasochłonnych (do 4%) notowano w 14,3% badań pomiędzy 1 a 4 dniem choroby i w 20% badań pomiędzy 5 a 10 dniem choroby. Większa pleocytoza (536 do 640 komórek w mm^3) wystąpiła tylko w 2 przypadkach.

Średnie stężenie białka wynosiło 67,2 mg/dl w okresie ostrym i 64,1 mg/dl w okresie zdrowienia. Wartości powyżej 200 mg/dl obserwowano w 2 przypadkach. Poziom białka uległ w większości przypadków szybkiej normalizacji i tylko w 4 przypadkach notowano dłuższe (ponad 4 tygodnie) utrzymywanie się zwiększonego stężenia. Poziom cukru najczęściej był prawidłowy, ale w 3 przypadkach stwierdzono jego nieznaczne obniżenie.

DYSKUSJA

Obserwowany w 1983 r. sezonowy rozkład zachorowań na enterowirusowe zap. opon. m.-rdz. z wyraźnym wzrostem ich liczby we wrześniu nie różnił się od opisywanych poprzednio, w tym również epidemią szczecińskiej z roku 1982 (1,2,3,4,5,6,9,16,17,19). Podobnie jak w obserwacjach własnych z roku 1982 (2) większość chorych stanowiły kobiety, czego nie obserwowano w innych epidemiach (4,5,9,16,17,18,19). Najwięcej zachorowań (40%) notowano wśród osób w wieku 20—29 lat, podobnie jak w roku 1982 (2). Przewagą grupy wiekowej 15—30 lat dostrzegają i inni autorzy (1,3,12,14). Przeważały zachorowania z terenów miejskich, co zgodne jest z obserwacjami własnymi z roku 1982 (2) oraz z doniesieniami innych (3,4,5,9,14,17).

W 26% przypadków ustalono czynnik etiologiczny. Podobny odsetek izolacji wirusów uzyskano w epidemii szczecińskiej z r. 1982 (2). W badaniach z terenu naszego kraju w 1974 r. (5—9) i w 1982 r. z terenu Krakowa (1) odsetek ten był mniejszy.

Można przyjąć w odniesieniu do epidemii enterowirusowych, że w różnych okresach dominują odmienne typy wirusów. W naszym materiale wśród wyizolowanych wirusów stwierdzono najczęściej typ *ECHO*₄, następnie *Coxsackie A*₉ i *B*₄. Według *Zabickiej* (17) *Coxsackie A*₉ krąży w naszej populacji stale. Jego obecność stwierdzono w rzekach, przewodzie pokarmowym gryzoni, próbkach żywnościowych oraz u ludzi zdrowych. Inne typy występują okresowo. W epidemii z 1982 r. izolowano na terenie kraju różne typy wirusów *ECHO* i *Coxsackie*, a w województwie szczecińskim — głównie *ECHO*₂ i *Coxsackie B*₃. Szczepu *ECHO*₂ nie izolowano na innych terenach kraju.

Przebieg kliniczny był lekki, co jest potwierdzeniem poprzednich obserwacji (1,10,17,19). W epidemii 1982 r. często, bo w 63% przypadków obserwowano wysoką gorączkę (39°C i powyżej) utrzymującą się krótko (1—4 dni) (10). W 1983 r. podwyższona do 39°C i wyżej ciepłota ciała utrzymywała się dłużej, bo do 6 dni, lecz spostrzegano ją rzadziej, bo u 42% chorych. Podobnie często (43%) obserwowano gorączkę niższą (37—38°C) utrzymującą się do tygodnia. W spostrzeżeniach poczynionych w 1982 r. cięższym przebiegiem odznaczały się zachorowania spowodowane wirusami *Coxsackie*. (10). W 1983 r. podobnej zależności nie obserwowano. W 1983 r. częściej niż w 1982 r. obserwowano zmiany w zapisie ekg.

Średni czas hospitalizacji w 1983 r. był krótszy (średnio 17 dni) niż w 1982 r. (średnio 25 dni) (10).

Zmiany ogólne w płynie m-rdz. nie wykazywały istotnych różnic. W 1982 r. zwrócono uwagę na częste (w 97% badań) i wyraźne (średnio 28,2%) odczyny granulocytowe (8), obserwowane też przez innych (1, 13,15) W 1983 r. odczyny takie obserwowano w 82,9% badań we wczesnym okresie (1—4 dzień choroby) i w 52% badań w późniejszym (5—10 dzień) fazy ostrej; wynosiły one odpowiednio 27,3% i 30,3% granulocytów.

WNIOSKI

1. Zachorowania na l.z.o.m.-rdz. w 1983 r. na terenie Szczecina i okolic spowodowane były innymi typami enterowirusów *ECHO* i *Coxsackie* niż w r. 1982. W epidemii z r. 1982 izolowano *ECHO*₂ i *Coxsackie B*₃, których nie izolowano w 1983, natomiast w 1983 r. izolowano nie wykryty w 1982 r. typ *Coxsackie A*₉, obok występującego w obu wspomnianych epidemiach typu *ECHO*₄ i *Coxsackie B*₄.

2. Podobnie jak w r. 1982 najwięcej zachorowań obserwowano we wrześniu i październiku w środowiskach miejskich u osób w wieku 20—29 lat z przewagą kobiet.

3. Podobnie jak w r. 1982 tak i w 1983 choroba miała charakter łagodny bez trwałych następstw. W przeciwieństwie do 1982 r. nie obserwowano zależności pomiędzy czynnikiem etiologicznym a obrazem klinicznym i przebiegiem choroby.

4. Potwierdzono częste (82,9%) i wyraźne (średnio 27,3%) występowanie odczynów granulocytowych w płynie m.-rdz. w pierwszych czterech dniach fazy ostrej enterowirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

M. Gańчak

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОЦИТАРНЫМ
МЕНИНГИТОМ В ГОДЫ 1982 И 1983 НА ОСНОВАНИИ МАТЕРИАЛА
КЛИНИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ПОМЕРАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Содержание

Проанализированы все случаи энтеровирусного менингита леченные в 1983 году в Клинике инфекционных болезней померанской Медицинской академии, а результаты анализа сравнены с данными касающимися эпидемии в 1982 году. В 1983 году были изолированы вирусы коксаки А₉, которые не были встречены в 1982 году. В обоих сравниваемых годах кульминация эпидемий выпала на сентябрь и октябрь, болели чаще всего лица в третьей декаде жизни и проживающие в горах. Болезнь протекала легко. В противовес 1982 году, в 1983 году не наблюдались корреляции между типом вируса и клинической формой, а также клиническим течением болезни. Исследования подтвердили наличие частой и значимой гранулоцитарной реакции в спинномозговой жидкости в острой фазе болезни.

M. Gańczak

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF LYMPHOCYTIC
CEREBROSPINAL MENINGITIS IN THE YEARS 1982 AND 1983
IN THE MATERIAL OF THE DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASES,
POMERANIAN MEDICAL ACADEMY

Summary

The cases of enteroviral meningitis treated in 1983 in the Department of Infectious Diseases, Pomeranian Medical Academy were analysed comparing the data with analogous ones obtained during the epidemic in 1982. In 1983 the Coxsackie A₉ type not found in 1982 was isolated. In both compared years the peak incidence was in September and October, the disease was more prevalent in subjects in the third decennium of life, living in urban areas. The course of the disease was mild. Contrary to 1982 no correlation was observed between the type of the virus and the clinical pattern and the course of the disease. Frequent and significant granulocytic reaction in the cerebrospinal fluid in the acute phase of the disease was confirmed.

PIŚMIENNICTWO

1. Begejowicz C. i wsp.: Pol. Tyg. Lek. 1984, 39, 24, 819. — 2. Gańczak M. i wsp.: Epidemiologia i etiologia limfocytowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych na terenie miasta Szczecina w drugim półroczu 1982 r. (w druku). — 3. Hołowska A. i wsp.: Przeg. Epid. 1975, 29, 4, 433. — 4. Horbowska-Marzec H., Grodzicka-Królak H., Wielopolska H.: Przeg. Epid. 1979, 33, 4, 461. — 5. Ignatowski P., P., Berendt J., Szychala Z.: Przeg. Epid. 1975, 29, 4, 423. — 6. Kocielska W., Gruszecka A.: Przeg. Epid. 1975, 29, 4, 431. — 7. Kucharska-Demczuk K.: Pol. Tyg. Lek. 1974, 29, 2283. — 8. Kucharska-Demczuk K.: Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym ze szczególnym uwzględnieniem zmian cytologicznych w przebiegu limfocytowego zapalenia opon epidemicznej enterowirusowego zapalenia opon w 1982 r. (praca w druku). — 9. Maładera M. i wsp.: Przeg. Epid. 1975, 29, 4, 419. — 10. Majchrowicz H.: Obraz kliniczny limfocytowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o etiologii enterowirusowej 1982 r. — obserwacje szczecińskie (praca w druku).
11. Niektóre choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 1982, 1983. Liczba zachorowań i zapadalność na 100000 ludności. Dane MZiOS, 1984. — 12. Olejnik Z. i in.: Przeg. Epid. 1982, 36, 3—4, 221. — 13. Pytel-Dąbrowska i wsp.: Wiad. Lek. 1976, 29, 877. — 14. Wulfert C. i wsp.: J. Infec. Dis. 1975, 131, 1, 75. — 15. Wojciechowski L. i wsp.: Wiad. Lek. 1971, 24, 21. — 16. Żabicka J.: Pol. Tyg. Lek. 1975, 30, 41, 1709. — 17. Żabicka J.: Przeg. Epid. 1975, 29, 4, 411. — 18. Żabicka J.: Przeg. Epid. 1979, 33, 1, 91. — 19. Żabicka J.: Przeg. Epid. 1984, 38, 2, 127.

Adres: 71-122 Szczecin, ul. Witkiewicza 39/32

W. I. Botiakow, T. I. Samojułowa, I. I. Protas

KLESZCZOWE ZACHODNIE ZAPALENIE MÓZGU NA TERENIE PUSZCZY BIAŁOWIESKIEJ

Białoruski Naukowo-badawczy Instytut w Mińsku

Artykuł dotyczy badań kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) na terenie puszczy białowieskiej.

Rezerwat „Puszcza białowieska” jest znany jako ognisko neuroinfekcji kleszczowych na zachodzie ZSRR. Doniesienia na ten temat ukazały się w latach 1949, 1951 i 1957 (4,5,6). Autorzy obserwowali 44 przypadki zachorowań, z obrazem klinicznym — surowiczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub zapalenia opon mózgu, rdzeń. i mózgu; zejście choroby było pomyślne. We wszystkich przypadkach stwierdzono na skórze przyssane kleszcze.

Zbadanie cech szczepu (25b) izolowanego z kleszczy *Ixodes ricinus*. zebranych na terenie rezerwatu wywołało dyskusję naukową na temat nozologicznej samodzielności kleszczowych zapaleń mózgu na zachodzie i wschodzie ZSRR (7, 10).

MATERIAŁ I METODY

W latach 1956—1978, na terenie rezerwatu obserwowano 28 chorych w wieku od 12—56 lat; u wszystkich stwierdzono na skórze przyssane kleszcze *Ixodes ricinus*.

W 1982 r. zarejestrowano epidemię pokarmową kleszczowego zapalenia mózgu. W okresie od 18 czerwca do 9 lipca zachorowało 9 osób, członków jednej rodziny, stale zamieszkałej na terenie rezerwatu. Wśród chorych było 3 mężczyzn i 6 kobiet. Wiek chorych od 2 do 68 lat. Wszyscy negowali możliwość przyssania się kleszczy w okresie kilku dni lub tygodni, poprzedzających zachorowanie. Wszystkie osoby spożywały surowe mleko od jednej i tej samej krowy. Od chorych pobrano krew dla badań wirusologicznych i serologicznych. Równocześnie pobrano w odstępach miesięcznych pary próbek krwi od krowy, podejrzanej jako źródło infekcji. Wykonywano odczyny neutralizacji i wiązania dopełniacza. Do odczynu neutralizacji użyto od 5 do 6 białych myszek, wg. metody opisanej przez A. K. Szubiatłze i S. J. Gajdanowicz (11); odczyn wiązania dopełniacza wykonano mikrometodą, podaną w metodycznych rekomendacjach, dotyczących badań laboratoryjnych i terenowych arbowirusów (8). Izolację wirusa dokonywano na 2—3 dniowych

noworodkach białych myszy, metodą domózgowego lub dootrzewnowego ich zakażenia krwią lub płynem mózgu. rdzen. od chorych.

WYNIKI BADAŃ

U wszystkich 28 chorych, obserwowanych w latach 1956—1978 początek choroby był ostry, z objawami gorączki i bólów głowy. U 18 z nich poprawa stanu zdrowia następowała w 6—7 dniu od początku choroby, ciepłota ciała wracała do normy. Po upływie 12—14 dni występowała druga faza choroby wśród objawów męczącego bólu głowy, nudności, wymiotów; w niektórych przypadkach występowały ataki drgawkowe, świadczące o zapaleniu opon mózgu, rdzeni, i mózgu. U 10 chorych nie było wtórnego wzrostu ciepłoty ciała, ale występowały zaburzenia, których objawy rozpoczynały się po upływie 5—6 dni od występowania objawów ogólnie — zakaźnych. Przebieg ten różnił się od klasycznego (wschodniego) kleszczowego zapalenia mózgu, w którym objawy neurologiczne pojawiają się równocześnie z gorączką. W jednym przypadku (chory S) izolowano z płynu mózgu rdz. wirus KZM. U pozostałych chorych stwierdzono narastanie miana przeciwciał w odczynach neutralizacji i wiązania dopełniacza.

Dziewięciu chorych, zakażonych drogą pokarmową, uskarżało się na bóle głowy, nudności, ogólne osłabienie, pocenie się. Ciepłota ciała w

Tabela I. Poziom przeciwciał wiążących dopełniacz w surowicy krwi chorych na kleszczowe zapalenie mózgu. (Źródło zakażenia — surowe mleko krowie)

Nazwisko i imię (inicjały) Wiek w latach	Data zachorowania	Miana przeciwciał	
		I	II
		5—8.VII 1982 r.	20.VII 1982 r.
B.N. 27 lat	18.VI 1982 r.	1:20	1:160
B.O. 27 l.	20. VI 1982 r.	1:40	1:160
P.M. 55 l.	20.VI 1982 r.	1:40	1:160
G.S. 68 l.	20.VI 1982 r.	1:40	1:320
K.S. 8 l.	21.VI 1982 r.	1:40	1:320
K.N. 2 l.	21.VI 1982 r.	—	1:80
K.B. 32 l.	23.VI 1982 r.	1:80	1:160
R.N. 32 l.	25.VI 1982 r.	1:20	1:80
J. M. 49 l.	5.VII 1982 r.	1:80	1:320

pierwszych dniach choroby utrzymywała się na poziomie 38°C. U wszystkich pogorszenie stanu zdrowia nastąpiło w 5—6 dniu okresu międzygorączkowego; u 4 osób w drugiej fazie choroby obserwowano objawy oponowe — sztywność karku, objaw Kerniga, a u 5 chorych występowały objawy o charakterze ogólnym. Druga faza gorączki trwała od 7 do 10 dni. W okresie zdrowienia obserwowano astenię pochorobową z szybkim cofaniem się objawów. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Z badań wirusologicznych krwi chorych otrzymano wyniki ujemne. W 8 parach surowic stwierdzono wzrost miana przeciwciał wiążących dopelniacz (tab. I); u 3 chorych wzrost miana był 8-krotny, u 4 czterokrotny, u jednego chorego wzrost był tylko 2-krotny. U jednego chorego zbadano tylko jedną surowicę, której miano przeciwciał wyniosło 1:80.

Ze względu na wspólne źródło zakażenia — mleko krowie, można przypuszczać, że wirus KZM mógł dostać się do mleka drogą mechaniczną, ze zmiążdżonych kleszczy w trakcie oczyszczania wymion krowy przed udojem. Autorzy, Bortkiewicz i Botiakow (1) stwierdzili u zwierząt domowych, pasących się na terenach występowania ognisk KZM, wirusenię i tworzenie się przeciwciał, co wskazywało na zakażenie zwierząt. W obecnym ognisku krowa była po raz pierwszy przywieziona wiosną 1982 r., można więc przypuszczać, że wirus dostał się do mleka w okresie wirusemii. Z uwagi na to, że okres wylegania KZM wynoż zmiążdżonych kleszczy w trakcie oczyszczania wymion krowy przed mleko, wystąpiło 18.VI, można przyjąć, że zakażenie krowy miało miejsce nie później niż między 20—25 maja. Pary surowic, pobranych od krowy 14.VII i 12.VIII. 82 r., to jest po upływie 2—3,5 miesięcy po zakażeniu, wykazały wysokie miana przeciwciał (I surowica 4,75 log JN, II sur. — 5,0 log. JN), co też świadczy o przebytej infekcji. Ponadto w końcu maja gospodyni zwróciła uwagę na pewne osłabienie i krótkotrwałe zmniejszenie wydajności mlecznej u krowy.

OMÓWIENIE

Na podstawie danych klinicznych z własnego materiału oraz danych z piśmiennictwa, mogliśmy stwierdzić, że na terenie puszczy białowieskiej kleszczowe zapalenie mózgu przebiegało głównie w postaci oponowej i rozlanej oponowo-mózgowej (ponad 85%). Obserwowano również postać ogólnie zakaźną, bez wyraźnych objawów ze strony centralnego układu nerwowego. W jednym przypadku tylko obserwowano porażenie poprzeczne o typie zapalenia rdzeniowo-korzonkowo-nerwowego — z następowym cofaniem się objawów w okresie zdrowienia. Wszyscy chorzy wyzdrowieli i powrócili do poprzedniej pracy.

Podobny obraz kliniczny i przebieg choroby obserwowano w czasie pokarmowej epidemii KZM.

Przedstawiony wyżej materiał epidemiologiczny i kliniczny jest bardzo podobny do danych Bobrowskiego (12) z opracowania epidemii KZM, jakie wystąpiły w latach 1969—1975 w Polsce na terenie województwa olsztyńskiego. Autor obserwował 131 zachorowań, które rozpoczynały się objawami rzekomo grypowymi (w ciągu pierwszych 6—7 dni choroby). Następnie, u 96% chorych, rozwinął się zespół objawów oponowych. Przejściowo niedowład kończyn, zwłaszcza dolnych, obserwowano u 11,4% chorych, z nich tylko 3 osoby wymagały stosowania terapii rehabilitacyjnej.

Analiza późnych następstw choroby (103 przypadki) po 2—5 latach pozwoliła wykryć u 8 chorych powikłania w postaci umiarkowanego stanu zapalnego spłotu nerwowego lub piramidowego niedowładu polowiczego (14).

Na terenie województwa olsztyńskiego opisano również pokarmowe epidemie KZM, wywołane mlekiem krowim (13), zachorowało 15 osób z 3 rodzin, spożywających mleko od jednej krowy. U 7 chorych choroba przebiegała w postaci nieżytu żołądkowo-jelitowego, z niewielkimi objawami ze strony CUN, u 6 chorych wystąpiły objawy surowiczego zapalenia opon mózgu rdzeniowych. Autorzy stwierdzili u chorych 4-krotny wzrost miana przeciwciał w odczynie wiązania dopełniacza. Zmarła jedna chora w wieku 70 lat. W okresie 6 tygodni przed śmiercią osoba ta leczyła się ambulatoryjnie z powodu przewlekłej niewydolności sercowo-naczyniowej. Zdaniem autorów, intoksykacja wirusowa mogła pogłębić podstawową chorobę, co było przyczyną zejścia śmiertelnego.

W piśmiennictwie opisana jest podobna epidemia KZM na Polesiu, związana ze spożyciem mleka krowiego (9). Również zmarła 70-letnia chora z powodu ostrej niewydolności sercowo-naczyniowej. W surowicy krwi chorych w tej epidemii stwierdzono narastanie miana przeciwciał neutralizujących (od 1,25 lg do 3,0 lg JN).

W ten sposób można stwierdzić podobieństwo w obrazie klinicznym, przebiegu i zejściu choroby na terenach wschodniej i zachodniej części puszczy białowiejskiej. We wszystkich przypadkach notuje się surowicze zapalenie opon lub rozlane zapalenie opon i mózgu, a w żadnym przypadku nie było zapalenia mózgowo-rdzeniowego, które stanowi kliniczno-morfologiczną istotę wschodniego klasycznego KZM. Potwierdza to koncepcję nozologicznej samodzielności wschodniego i zachodniego KZM (2).

WNIOSKI

1. Na terenie rezerwatu „Puszcza Białowiecka” (ZSRR) i w Parku Narodowym (PRL), rejestruje się zarówno transmisyjne jak i pokarmowe (rodzinno-grupowe) epidemie kleszczowego zapalenia mózgu o podobnym obrazie klinicznym, przebiegu i zejściu choroby.

2. Dwufazowość przebiegu ostrego okresu stanowi podstawowy zespół choroby charakterystyczny zarówno dla transmisyjnej jak i pokarmowej drogi zakażenia, co potwierdza kliniczno-patogenetyczną odrębność obserwowanych przypadków KZM, uwarunkowaną neurotropowymi cechami czynnika etiologicznego, a nie drogami zakażenia choroby.

3. Wymienione epidemiologiczne i kliniczne właściwości KZM okazały się bardzo podobne w Białoruskiej SRR i w Polsce Ludowej.

В. И. Ботиаков, Т. И. Самойлова, И. И. Протас

КЛЕЩЕВОЙ ЗАПАДНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛОВЕЖСКОЙ ПУЩИ

Содержание

В советской и польской частях Беловежского государственного заповедника наблюдались эпидемии клещевого энцефалита, которые характеризовались по-

добной клинической формой, подобным клиническим течением и подобным исходом. Эпидемии охватывали семейные и связанные между собой группы, инфекция передавалась затем непосредственно или с пищей. Двухфазное течение острой стадии болезни является главной общей особенностью эпидемий распространяющихся разными путями. Клинические и патогенетические особенности наблюдавшихся случаев зависят от нейротропных свойств этиологического фактора, а не от пути передачи инфекции. Эпидемиологические и клинические черты наблюдавшихся заболеваний были очень подобными, в советской и польской частях Беловежского заповедника.

W. I. Botiakow, T. I. Samoilova, I. I. Protas

TICK-BORNE WESTERN ENCEPHALITIS IN THE REGION OF THE BIAŁOWIEŻA FOREST

Summary

Both transmitted and food-borne (familial or group-related) epidemics of tick-borne encephalitis of similar clinical pattern, course and outcome are observed in the Białowieża Forest nature sanctuary (USSR) and the National Park (Poland). The two-phase course of the acute stage is the main feature of the disease in both its forms differing in the route of infection, which confirms the clinical-pathogenic particularity of the observed cases due to the neurotropic properties of the aetiologic agent and not to the route of infection. The epidemiological and clinical features of the disease were very similar in the region of the forest belonging to the USSR and in that belonging to Poland.

PIŚMIENNICTWO

1. Bortkiewicz W. S., Botiakow W. I.: W książce — Poliomyelitis i wirusowe zapalenie mózgu. M., 1976, W. 2, 18—19. — 2. Botiakow W. I., Protas I. I., Zdanow W. M.: Zachodnie kleszczowe zapalenie mózgu, Mińsk 1978. — 3. Botiakow W. I., Protas I. I., Zdanow W. M.: Woprosy wirusologii, 1982, 103. — 4. Głazunow I. S., Popowa L. M. w książce: Woprosy med. wirusologii M. 1949, w. 2, 50. — 5. Głaszczenkow N. I.: Oczerki wirusnych porażeni C.N.S., Mińsk, 1951. — 6. Gosmer K. P.: Tezy referatów konf. nauk. Biał. NIIM, Mińsk 1957, 59. — Z. Zylber Z. A.: ZMEI, 1946, 7, 42—48. — 8. Metodyczne rekomendacje dla laboratoryjnych i terenowych badań arbowirusów (Gajdanowicz S. J. i inni (M., 1975. — 9. Protas I. I., Fedorczyk W. w książce: Prirodnoczagowyje infekcji i inwazji. Wilno, 1979, 87—89. — 10. Czumakow M. P., Bielaewa A. N.: Tezy referatów IV konf. nauk. Inst. neurologii A.M.N. ZSRR. M., 1949, 3.
11. Szubladze A. K., Gajdanowicz S. J.: Krótki kurs praktycznej wirusologii. M. 1954. — 12. Bobrowski H.: Przeg. Epid., 1977, N 2, 1971. — 13. Jeżyna C. i inni: Przeg. Epid., 1976, N 4, 479. — 14. Jeżyna C., Ciesielski T.: Neurol. Neurochirurg., 1977, II, 5. 505;

Sylwia Karwowska, Elżbieta Kacperska, Halina Seyfried,
Adam Nowostawski

WSKAŹNIKI SEROLOGICZNE AKTYWNOŚCI PROFILAKTYCZNEJ W ZAPALENIU WIRUSOWYM WĄTROBY PREPARATÓW GAMMA GLOBULINY PRODUKCJI WARSZAWSKIEJ WYTWÓRNI SUROWIC I SZCZEPIONEK W LATACH 1972—1984

Zakład Immunopatologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
Kierownik: prof. dr med. A. Nowostawski
Instytut Hematologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr med. H. Seyfried

*Zastosowanie metod III generacji w krwiodawstwie do wykrywania
HBsAg spowodowało dwudziestokrotny wzrost poziomu anty-HBs w pre-
paratach gamma globuliny produkcji WSS w latach 1972—1984*

Wysoki poziom przeciwciał *anty-HAV* stanowi o uznanej wartości profilaktycznej gammaglobuliny w zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu A (*HAV*) (11), niewyjaśniona jest natomiast wartość profilaktyczna preparatów globuliny w zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B (*HBV*).

W Stanach Zjednoczonych przed wprowadzeniem w 1972 roku obowiązkowego badania surowic w kierunku antygeny powierzchniowego *HBV* (*HBsAg*) metodą immunoelektroprecypitacji (IEOP) wykrywano *HBsAg* w 0,8% badanych serii globulin wyprodukowanych przed rokiem 1973 (9). W około 80% preparatów z tego samego okresu znajdowano *HBsAg* w postaci kompleksów z *anty-HBs* (3). Opisano także przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B (wzrw B) po podaniu gammaglobuliny zawierającej *HBsAg* (3, 9). W preparatach wyprodukowanych po 1973 roku nie wykrywano już *HBsAg*, znajdowano natomiast wzrastające poziomy *anty-HBs*. W Polsce rutynowe badania osocza krwiodawców w kierunku *HBsAg* metodą IEOP zostało wprowadzone w 1974 roku, a w roku 1978 zaczęto badać osocze przeznaczone do preparatyki gamma globulin czulszą metodą — odwróconej biernej hemaglutynacji (HA). W roku 1979 wprowadzono tę metodę również do badania krwi od dawców. W 50 seriach gamma globuliny wyprodukowanych przez WSS w latach 1974—77 nie znaleziono *HBsAg* ani *anty-HBs* metodą radioimmunologiczną (RIA) najczulszą z obecnie stosowanych (1).

Celem podjętej pracy była próba oceny wpływu stosowania w krwiodawstwie metod IEOP i HA na występowanie *HBsAg* i *anty-HBs* w preparatach gamma globuliny oraz zbadanie poziomów przeciwciał *anty-HAV* w tych preparatach. Uzyskane rezultaty postanowiono zestawzić z wynikami oznaczeń częstości występowania wskaźników serologicznych zakażenia wirusem *HB* (*HBV*) u krwiodawców.

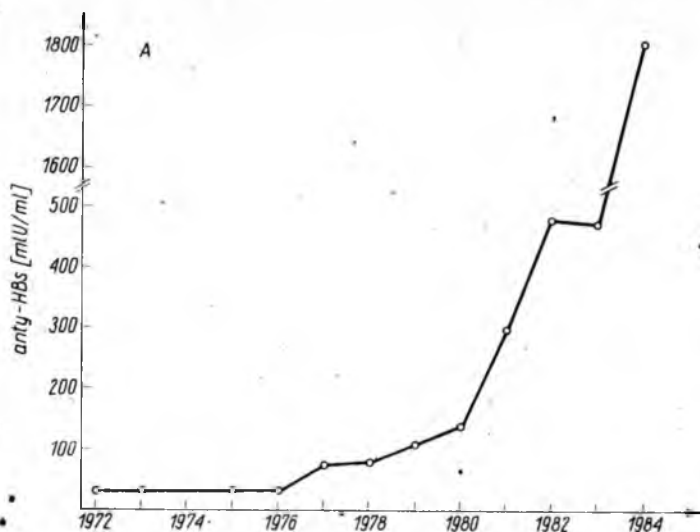
MATERIAŁ I METODY

W preparatach gamma globuliny produkcji WSS, firm A i B oraz w próbach surowic krwiodawców z Instytutu Hematologii i Stołecznej Stacji Krwiodawstwa zbadano obecność przeciwciał *anty-HBs*, *anty-HBc* i antygenu *HBs*. Liczba przebadanych serii produkcji WSS w Warszawie w odpowiednich latach wynosiła: 1972 — 1, 1973 — 4, 1975 — 3, 1976 — 3, 1978 — 3, 1979 — 1, 1980 — 3, 1981 — 4, 1982 — 7, 1983 — 28, 1984 — 23. Łącznie zbadano 82 serie produkcji WSS i po jednej serii gamma globulin importowanych z firm A i B wyprodukowanych w 1981 roku. Do wykrywania przeciwciał w gamma globulinach użyto zestawów testów immunoenzymatycznych (EIA) firmy Abbott: AUSAB do *anty-HBs* i CORZYME do *anty-HBc*. Przeciwciała, *anty-HBs* oznaczono ilościowo w jednostkach międzynarodowych (mIU/ml) korzystając ze wzoru „Hollinger formula” podanego w instrukcji do zestawu AUSAB. W 12 seriach wyprodukowanych w latach 1972—82 określono również miano przeciwciał *anty-HBc*. Antygen *HBs* oznaczano metodą immunoenzymatyczną AUSZYME Abbott bezpośrednio w preparatach gamma globuliny, a także po zastosowaniu ultrawierwienia preparatów w celu odzyskania antygenu *HBs* z ewentualnych kompleksów immunologicznych z przeciwciałami *anty-HBs*. Ultrawierwienie i dysocjację kompleksów przeprowadzono wg metody podanej przez Hoofnagle i Waggoner (3): 1 ml preparatu globulin rozcieńczonego 1:2 w 0,15 M NaCl nakładano na 3 ml 10—30% skokowego gradientu sacharozy, w środowisku kwaśnym (pH 2,5) i w środowisku obojętnym (pH 7,2). Mieszaninę wirowano w rotorze SW 50,1 w ultrawirówce Beckman typ L 8—70 przy 30 tys. obr./min przez 16 godzin. Osad rozpuszczano w 500 μ l normalnej surowicy ludzkiej i badano na obecność *HBsAg*. Zbadano połączone serie z lat 1973, 1976 i 1982. Miano przeciwciał *anty-HAV* w globulinach oznaczano używając testu Hepanostika *anti-HAV*, Organon. W 857 surowicach krwiodawców przeciwciała *anty-HBs* oznaczono testem RIA, Abbott, a w 543 próbkach *anty-HBc* wykrywano testem CORZYME, Abbott. Do wykrywania antygenu *HBs* użyto dwóch metod: HA-Raphadex firmy Ortho, którą przebadano 633 próbki i EIA-AUSZYME, Abbott, którą zastosowano do badania 784 próbek surowic krwiodawców.

WYNIKI

Ilość jednostek przeciwciał *anty-HBs* w pojedynczych seriach produkowanych w tych samych latach była zróżnicowana szczególnie w seriach od roku 1982. Zakres średnich poziomów przeciwciał *anty-HBs* w preparatach gamma globuliny polskiej produkowanych w latach 1972—84 wahał się od 26 mIU/ml do 1779 mIU/ml. Stwierdzono stopniowy wzrost zawartości przeciwciał w zależności od roku produkcji serii. Ilość jednostek *anty-HBs* była najniższa w seriach z lat 1972—76, podwyższenie poziomu do 69 mIU/ml wystąpiło w roku 1977, a w seriach z lat 80-tych wzrost zawartości przeciwciał był kilkunastokrotny w porównaniu z seriami najstarszymi. Wyniki przedstawiono w tabeli I i na ryc. 1.

Miano przeciwciał *anty-HBc* w seriach z tego samego okresu utrzymywały się na stałym poziomie i nie przekraczały wartości 1:2000 (tabela I). Antygenu *HBs* nie wykryto ani w preparatach gamma globuli-



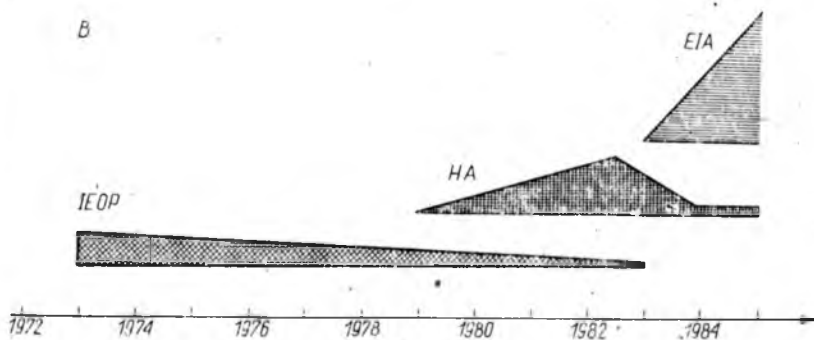
Ryc. 1A. Średni poziom *anti-HBs* w preparatach normalnej gamma globuliny w latach 1972—1984.

ny, ani w osadach powstałych po ultrawirowaniu gamma globuliny podanej dysocjacji w środowisku kwaśnym. Poziom przeciwciał *anti-HAV* w zbadanych seriach produkcji WSS oraz importowanej serii produkcji firmy B utrzymywał się powyżej wartości 1:200 000, w serii firmy A miano tych przeciwciał było równe 1:200 000 (tabela I).

Częstość wykrywania *HBsAg* metodą HA u krwiodawców wynosiła 0,8% a wzrosła do 3,7% przy zastosowaniu metody EIA. U 22,3% krwiodawców stwierdzono obecność przeciwciał *anti-HBs*, a przeciwciała *anti-HBc* wykryto u 20,8% (tabela II).

OMÓWIENIE

We wszystkich przebadanych seriach gamma globuliny z lat 1972—84 stwierdzono obecność przeciwciał *anti-HBs*. Do roku 1976 utrzymywał się niski ich poziom, w seriach z lat późniejszych obserwuje się



Ryc. 1B. Metody wykrywania *HBsAg* w surowicach krwiodawców w latach 1972—1984.

Tabela I. Poziom przeciwciał *anty-HBs* i *anty-HBc* oraz *anty-HAV* w seriach gamma globulin wyprodukowanych w latach 1972—84

Rok	Producent	<i>anty-HBs</i>		<i>anty-HBc</i>	<i>anty-HAV</i>
		zakres (mIU/ml)	wartość średnia (mIU/ml)	miano	miano
1972	WSS	21—30	26	1:1000	>1:200 000
1973	WSS	11—32	23	1:1000	nie badano
1975	WSS	15—43	25	1:2000	>1:200 000
1976	WSS	19—40	26	1:2000	nie badano
1977	WSS	53—90	63	1:1000	>1:200 000
1978	WSS	65—80	73	1:1000	>1:200 000
1979	WSS	109—	109	1:1000	>1:200 000
1980	WSS	138—146	136	1:2000	>1:200 000
1981	WSS	270—350	293	1:1000	>1:200 000
1982	WSS	117—900	471	1:1000	1:200 000
1983	WSS	112—1294	464	nie badano	nie badano
1984	WSS	467—2110	1779	1:1000	nie badano
1981	firma A		540	1:10	nie badano
1981	firma B		1065	1:1000	nie badano

wyraźny wzrost. Podobne zmiany w preparatach amerykańskiej globuliny normalnej (ISG) wiązano z wprowadzeniem rutynowych metod badania krwi dawców w kierunku *HBsAg* i eliminacją zakażonych prób z puli osocza przeznaczonego do produkcji preparatów (3, 9). Ten fakt, a nie wzrost ilości jednostek przeciwciał *anty-HBs* w krwi dawców, został uznany za przyczynę podwyższenia się poziomu *anty-HBs* w gamma globulinie.

Metodę II generacji IEOP wprowadzono do diagnostyki *HBsAg* w polskich stacjach krwiodawstwa w 1974 r. Również w przypadku polskich gamma globulin wydaje się to być głównym powodem narastania poziomów *anty-HBs* w preparatach wyprodukowanych po 1976 r. Prawdopodobnie serie globulin z lat 1972—76 produkowane były z osocza zanieczyszczonego antygenem *HBsAg*, ale zawierającego jednocześnie przeciwciała *anty-HBs*.

Zgodnie z wynikami uzyskanymi przy pomocy testów III generacji, u około 20% krwiodawców stwierdza się obecność przeciwciał *anty-HBs*,

Tabela II. Częstość wykrywania wskaźników serologicznych zakażenia wirusem wątroby typu B u krwiodawców (1982 r.)

Wskaźnik zakażenia HBV (antygen lub p-ciało)	Stosowana metoda	krwiodawcy z wykrytym wskaźnikiem HBV	
		liczba	%
<i>HBsAg</i>	HA (n=633)	5	0,8
	EIA (n=784)	29	3,7
<i>anty-HBs</i>	RIA (n=857)	190	22,3
<i>anty-HBc</i>	EIA (n=543)	113	20,8

krw od takich dawców zapewne również w przeszłości była źródłem *anty-HBs* w preparatach gamma-globulin. Można przypuszczać, że były one w stanie zneutralizować *HBsAg*, a niewielkie ilości *anty-HBs* stwierdzane w preparatach z tego okresu reprezentują nadmiary przeciwciał niezwiązanych w kompleksy z antygenem *HBs*. Nie udało się wykazać obecności *HBsAg* w gamma globulinie, występującego w formie wolnej, ani uwolnionego z ewentualnych kompleksów. Frakcja IgG jest ostatecznym produktem preparatyki wg metody *Cohna*, a brak *HBsAg* w tej frakcji nie wyłącza możliwości jego obecności w osoczu przeznaczonym do frakcjonowania (3, 9). Wyniki te są zgodne z wynikami innych badań przeprowadzonych w 1978 roku (1) serii globulin produkcji WSS z lat 1974—77 (1).

Trudno natomiast wyjaśnić fakt nie wykrycia przez autorów przeciwciał *anty-HBs* w tych seriach, ponieważ czułość użytych w obu pracach metod diagnostycznych RIA i EIA i Abbott jest porównywalna. Istotny wzrost poziomu przeciwciał zaznaczył się w seriach z lat 1977—84. W 1977 roku zaczęto badać osocze przeznaczone do dalszej preparatyki obowiązkowo metodą *HA*; od 1979 roku rozpoczęto stosowanie tej metody również do badań krwi dawców, a w latach 1983—1984 rozpoczęto stosowanie metody immunoenzymatycznej (EIA), co zwiększyło znacznie możliwości eliminacji prób zawierających *HBsAg*. W związku z tym przeciwciała *anty-HBs* mogły nie być już w takim stopniu zużywane w procesie wiązania z *HBsAg* i ich zawartość w gamma globulinie znacznie wzrosła. W ciągu tego samego okresu przeciwciała *anty-HBc* w globulinach utrzymywały się na stałym dosyć wysokim poziomie. Ponieważ metoda *HA* nie mogła być zastosowana powszechnie do diagnostyki *HBsAg*, źródłem tych przeciwciał w pewnym odsetku pozostali zapewne dawcy z niskimi poziomami *HBsAg* i wysokimi poziomami *anty-HBc*. Należy podkreślić, że u 20,8% dawców, stwierdzano przeciwciała *anty-HBc*. Można zatem przyjąć, że osocze tej populacji dawców jest głównym źródłem *anty-HBc* w preparatach gamma globuliny.

W tych samych preparatach globulin produkowanych przez ostatnie 10 lat, miano przeciwciał *anty-HAV* jest niezmiennie wysokie (9). Przypuszczalnie w ciągu tego okresu nie zmienił się poziom *anty-HAV* u krwiodawców polskich.

Jakkolwiek nie ustalono ściśle minimalnego miana przeciwciał *anty-HAV* skutecznego w profilaktyce *hepatitis A*, jednakże udowodniono ochronny efekt działania preparatów globuliny w zakażeniu *HAV* (4). W biernej profilaktyce *HBV* stosuje się obecnie głównie preparaty swoistej gamma globuliny *anty-HBs*. Preparaty tej globuliny zawierają przynajmniej 100 razy więcej jednostek przeciwciał *anty-HBs* niż globulina normalna; produkowana w Polsce immunoglobulina *anty-HBs* zawiera około 500 000 mIU/ml (dane nie publikowane). Podejmowano wiele doświadczeń w celu porównania efektów profilaktycznego działania globuliny normalnej i swoistej (2, 6). Tylko w pojedynczych badaniach wykazano równą skuteczność obu preparatów globulin w zapobieganiu zakażeniu *HBV* (5, 7). Przyjmuje się obecnie, że podanie globuliny zawierającej wysoki poziom *anty-HBs* chroni ustrój przed zakażeniem, natomiast globulina normalna zawierająca niższe poziomy *anty-HBs* sprzyja uodpornieniu bierno-czynnemu (5, 7). Stosowanie swoistej gamma globuliny *anty-HBs* byłoby zatem wskazane przede wszystkim w przypadkach ostrej ekspozycji personelu medycznego, np. skałczenia i za-

klucia podczas zabiegów chirurgicznych, dentystycznych i iniekcji wykonywanych u osób zakażonych HBV (8).

Wydaje się, że relatywnie wysokie poziomy *anty-HBs* w preparatach produkowanej obecnie normalnej gamma globuliny uzasadniają stosowanie jej w przypadkach innego typu ekspozycji, np. kontakty seksualne z osobami zakażonymi HBV (5). Niezależnie od wymienionych szczególnych wskazań profilaktycznych, preparaty normalnej gamma globuliny są powszechnie stosowane w profilaktyce wzw A oraz w terapii substytucyjnej wielu schorzeń. Należy zatem, podejmując decyzję o jej stosowaniu, uwzględnić fakt, że gamma globulina ta może równocześnie zapobiegać zakażeniu HBV lub, co bardziej prawdopodobne, modyfikować w nieznany sposób jego przebieg. Oddzielnym zagadnieniem jest bezpieczeństwo stosowania tej globuliny u osób z antygenem *HBs*.

WNIOSKI

1. Stały wzrost ilości *anty-HBs* w preparatach gamma globuliny produkowanej po 1976 roku jest najprawdopodobniej wynikiem stosowania coraz czulszych metod diagnostycznych do badania krwiodawców w kierunku obecności *HBsAg*.

2. Fakt ten masuwa konieczność zbadania możliwości zapobiegania zakażeniu HBV lub wpływania na przebieg zakażenia tym wirusem obecnie stosowanych profilaktycznie preparatów normalnej gamma globuliny ludzkiej ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnych powikłań jej stosowania u osób z antygenem *HBs*.

Autorzy dziękują p. doc. Danucie Rymkiewicz p.o. kierownika Zakładu Badania Surowic i Szczepionek PZH za udostępnienie archiwalnych preparatów gamma globulin.

C. Карвовска, Э. Кацперска, Г. Зейфрид, А. Новославски

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ПРЕПАРАТОВ ГАММА-ГЛОБУЛИНА ПРОУЗВОДСТВА ВАРШАВСКОГО ЗАВОДА СЫВОРОТОК И ВАКЦИН В ГОДЫ 1972—1984

Содержание

При помощи диагностических методов третьей генерации исследовалось наличие антител направленных против вирусов вызывающих гепатит А и В в 82 пробах человеческого гамма-глобулина, продуцированного на Заводе в 1972—1984 годы. Этими же самыми методами определялись также *HBsAg* (3,7%), *анти-HBs* (22,3%) и *анти-HBc* (20,8%) в сыворотках 2817 доноров крови. Ни в одном из препаратов гамма-глобулина не был выявлен *HBsAg*, ни непосредственно, ни после процедур имеющих своей целью его выделение из иммунных комплексов. В препаратах продуцированных после 1979 года наблюдалось двадцатикратное повышение уровня *анти-HBs*. Уровни *анти-HBc* и *анти-HAV* удерживались приблизительно на одинаковом уровне во всех исследовавшихся пробах. Повышение уровня *анти-HBs* было вероятно вызвано введением более чувствительных диагностических методов, которые позволили чаще выявлять и элиминировать кровь доноров-носителей *HBsAg*. Обнаруживаемость повышенных уровней *анти-HBs* указывает на возможность использования NG также в профилактике инфекции HBV.

S. Karwowska, E. Kacperska, H. Seyfried, A. Nowosiłowski

SEROLOGICAL MARKERS OF PROPHYLACTIC ACTIVITY
OF GAMMAGLOBULIN PRODUCED BY THE WARSAW LABORATORY
OF SERA AND VACCINES IN 1972—1984 IN VIRAL HEPATITIS

Summary

Using third generation tests (EIA) the occurrence of HBsAg and titers of anti-HAV IgG was studied in 82 batches of human gamma-globulin (NG) produced by the Laboratory in 1972—84. The same methods were applied for detection of HBsAg (3,7%), anti-HBc (20,8%) and anti-HBs (22,3%) in sera of 2817 blood donors. In none of the preparation of gamma-globulin HBsAg was detected either directly or after ultracentrifugation under conditions leading to the dissociation of HBsAg from immune complexes. A gradual rise of anti-HBs was observed in gamma-globulin batches produced after 1979. It was probably due to more frequent detection of HBsAg in serum of blood donors after introduction of more sensitive methods in Polish Blood Donors Service and subsequent elimination of HBsAg — contaminated blood donors samples. The appearance of high levels of anti-HBs (1779 mIU/ml of NG since 1984) suggests the possibility of the use NG in particular cases for the prevention against HBV (e.g. needle stick exposure).

PÍSMIENICTWO

1. *Babiuch L.* i wsp.: Pol. Tyg. Lek., 1978, 33, 1497. — 2. *Grady G. F.* w: Viral Hepatitis, Franklin Institute Press, Philadelphia, 1978, 467. — 3. *Hoofnagle J. H.* i wsp.: Gastroenterology, 1980, 78, 259. — 4. *Mynard J. R.* w: Viral Hepatitis, Franklin Institute Press, Philadelphia 1981, 379. — 5. *Perillo R. P.* i wsp: Arch. Intern. Med. 1984, 144, 81. — 6. *Schreuder M. T.* w: Viral Hepatitis, Franklin Institute Press, Philadelphia 1978, 487. — 7. *Seff L. B.* w: Viral Hepatitis, Franklin Institute Press, Philadelphia 1981, 585. — 8. *Seyfriedowa H., Nowosiłowski A.* w: Szczepienia ochronne u dzieci, PZWL, Warszawa 1983, 189. — 9. *Świderska H., Ślusarczyk J.*: Przeg. Epid., 1979, 33, 409. — 10. *Tabor E.* i wsp.: Lancet, 1979, 15, 1293.
11. WHO Report, Technical Report Series, Genewa, 1977, nr 602.

Adres: 05-402 Świder, ul. Różana 1.

Zbigniew Anusz

BIEGUNKI DO LAT 2 — 1984 ROK

W 1984 r. zarejestrowano 28 292 przypadki biegunek u dzieci do lat 2, o 2296 zachorowań mniej niż w roku 1982. Zapadalność wynosiła 201,0 na 100 000 dzieci w grupie wieku 0—24 miesięcy i była niższą od mediany za lata 1978—1982. (228,6).

Tabela I. Biegunki u dzieci do lat 2 (008, 009) w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 10 000 dzieci w grupie wieku 0—24 miesięcy według województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l.zach.	zapadal.	l.zach.	zapadal.
POLSKA		30 803	228,6	30 588	225,9	28 292	201,0
1	St. warszawskie	1 570	226,8	1 722	250,2	1 608	225,7
2	Białkopodlaskie	320	295,3	211	180,7	230	191,0
3	Białostockie	731	321,0	693	291,4	627	251,9
4	Bielskie	776	241,2	628	195,3	572	175,8
5	Bydgoskie	827	206,8	571	140,8	675	158,4
6	Chełmskie	93	98,7	160	169,3	99	104,3
7	Ciechanowskie	396	246,9	497	308,7	422	252,9
8	Częstochowskie	407	157,0	457	175,0	492	184,8
9	Elbląskie	370	192,0	503	254,3	367	179,4
10	Gdańskie	1 234	242,7	1 172	230,7	1 132	212,6
11	Gorzowskie	170	90,5	130	67,0	115	56,5
12	Jeleniogórskie	875	456,2	781	418,2	644	330,4
13	Kaliskie	235	91,5	229	88,3	267	98,9
14	Katowickie	1 779	132,5	1 795	132,5	1 619	115,6
15	Kieleckie	1 312	323,4	1 433	354,8	1 194	283,6
16	Konińskie	146	83,9	43	24,9	225	123,9
17	Koszalińskie	512	262,4	631	324,8	557	277,8
18	Miejskie krakowskie	334	83,4	245	61,8	232	56,6
19	Krośnieńskie	376	202,6	516	277,3	336	170,8
20	Legnickie	349	183,7	378	196,2	344	177,6
21	Leszczyńskie	538	376,2	444	302,9	425	278,3
22	Lubelskie	529	155,2	441	125,6	442	120,8
23	Łomżyńskie	352	274,1	205	157,2	145	103,8
24	Miejskie łódzkie	756	299,7	721	226,7	679	204,5
25	Nowosądeckie	718	262,4	480	171,5	612	209,1
26	Olsztyńskie	956	320,6	1 081	362,8	1 064	335,1
27	Opolskie	909	247,2	1 053	242,5	876	225,3

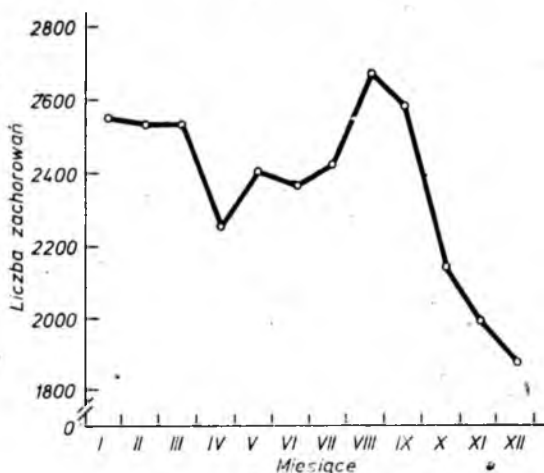
28	Ostrołęckie	406	267,4	727	469,7	339	209,8
29	Piłskie	327	180,2	312	165,3	426	213,4
30	Piotrkowskie	393	176,7	408	178,0	349	147,8
31	Płockie	372	204,7	362	203,0	459	250,3
32	Poznańskie	471	196,5	616	135,2	662	138,0
33	Przemyskie	427	273,0	483	311,8	432	265,4
34	Radomskie	574	202,1	508	177,6	411	140,9
35	Rzeszowskié	471	176,9	611	227,8	470	167,7
36	Siedleckie	351	141,5	370	148,8	404	159,1
37	Sieradzkie	301	223,2	163	116,8	161	111,8
38	Skierniewickie	296	207,5	204	146,0	188	128,2
39	Słupskie	570	361,6	735	447,0	560	317,9
40	Suwałskie	872	483,4	660	354,2	508	253,4
41	Szczecińskie	683	193,9	677	194,6	617	174,6
42	Tarnobrzeskie	1 106	515,1	1 391	638,2	1 656	722,7
43	Tarnowskie	562	219,6	724	282,6	693	257,6
44	Toruńskie	165	67,6	195	78,6	201	78,5
45	Wałbrzyskie	1 223	447,8	1 316	489,2	883	318,8
46	Włocławskie	711	457,0	838	538,4	899	557,2
47	Wrocławskie	1 674	442,7	1 402	370,2	1 374	351,8
48	Zamojskie	218	123,3	193	103,8	190	89,3
49	Zielonogórskie	427	164,9	473	183,3	410	153,1

Tabela II. Biegunki u dzieci do lat 2 w Polsce w latach 1977—1984
Sezonowość zachorowań

	Kwartaly								Razem
	I		II		III		IV		
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	
1977	8075	21,8	8938	24,2	10912	29,5	9072	24,5	36997
1978	7955	24,3	8190	24,9	9291	28,3	7368	22,5	32804
1979	7203	19,4	9106	24,5	12113	32,6	8787	23,6	37209
1980	8083	26,2	7637	24,9	8851	28,7	6232	20,2	30803
1981	6643	24,4	6475	23,7	7951	29,2	6203	22,7	27275
1982	7031	25,5	6319	22,9	7932	28,8	6261	22,8	27543
1983	6971	22,8	7628	24,9	9292	30,4	6697	21,9	30588
1984	7600	26,8	7021	24,8	7640	27,0	6031	21,3	28292
Razem	67161	24,0	68335	24,4	81622	29,2	62682	22,4	279803 (100%)

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: toruńskim (722,7), włocławskim (557,2), wrocławskim (351,9), olsztyńskim (335,1), jeleniogórskim (330,4) słupskim (317,9). Najniższą zapadalność poniżej 100/10 000 stwierdzono w województwach: gorzowskim (56,5), m. krakowskim (56,6), toruńskim (78,5), zamojskim (98,3) i kaliskim (98,8) (tab. I).

Najniższą liczbę biegunek obserwowano w kwartale IV (22,4%) (tab. II). Sezonowość zachorowań w 1984 roku przedstawia rycina 1. Najwyższe liczby obserwowano we wrześniu, najniższe w styczniu i listopadzie.



Ryc. 1. Biegunki u dzieci do lat 2 w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

W 1984 roku notowano 178 zgonów, w tym dzieci płci męskiej 95 (42,0%) i 83 płci żeńskiej (46,6%); na wsi 75 (42,1%) w mieście 103 (57,9%). Umieralność w zakażeniach o ustalonej etiologii (008) — 0,08/100 000, o nie ustalonej etiologii (009) — 0,41/100 000. Czynniki etiologiczne ustalono u dzieci zmarłych (16,3%).

Zbigniew Anusz

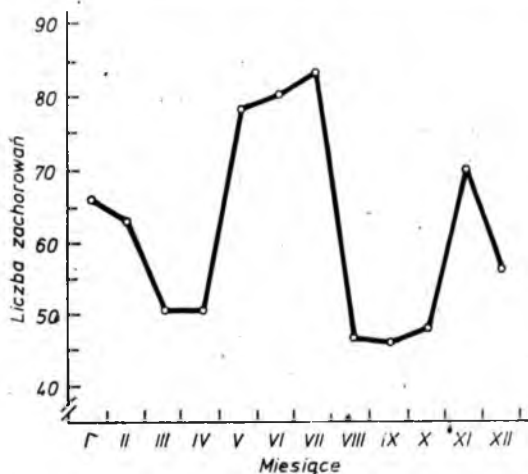
MONONUKLEOZA ZAKAŻNA — 1984 ROK

W 1984 roku zgłoszono 740 zachorowań, o 12 mniej niż w roku 1983 i o 78 więcej od mediany z lat 1980—1982. Zapadalność wynosiła 2,0/100 000 mieszkańców (tab. I).

Tabela I. Mononukleozą zakaźną w Polsce w latach 1980—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według województw

Lp.	Województwo	1980—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.
	POLSKA	674	1,9	752	2,1	740	2,0
1	St. warszawskie	152	6,6	119	5,0	124	5,2
2	Białkopodlaskie	2	0,7	3	1,0	1	0,3
3	Białostockie	2	0,3	3	0,5	4	0,6
4	Bielskie	2	0,2	8	0,9	5	0,6
5	Bydgoskie	14	1,3	10	0,9	15	1,4
6	Chełmskie	7	3,0	2	0,9	6	2,5
7	Ciechanowskie	4	1,0	5	1,2	6	1,4
8	Częstochowskie	12	1,6	5	0,7	13	1,7
9	Elbląskie	1	0,2	1	0,2	2	0,4
10	Gdańskie	53	3,9	61	4,5	43	3,1
11	Gorzowskie	2	0,4	5	1,1	3	0,6
12	Jeleniogórskie	2	0,4	—	—	2	0,4
13	Kaliskie	1	0,2	11	1,6	1	0,1
14	Katowickie	25	0,7	24	0,6	38	1,0
15	Kieleckie	25	2,3	42	3,9	51	4,6
16	Konińskie	1	0,2	2	0,5	4	0,9
17	Koszalińskie	3	0,6	3	0,6	10	2,1
18	Miejskie krakowskie	32	2,7	53	4,4	41	3,4
19	Krośnieńskie	4	0,9	5	1,1	1	0,2
20	Legnickie	1	0,2	—	—	1	0,2
21	Leszczyńskie	1	0,3	4	1,1	2	0,5
22	Lubelskie	28	3,0	62	6,5	52	5,3
23	Łomżyńskie	3	0,9	2	0,6	1	0,3
24	Miejskie łódzkie	57	5,1	69	6,0	71	6,2
25	Nowosądeckie	2	0,3	5	0,8	5	0,8
26	Olsztyńskie	9	1,3	14	2,0	1	0,1
27	Opolskie	14	1,4	11	1,1	17	1,7
28	Ostrołęckie	9	2,4	7	1,9	3	0,8

29	Piłskie	2	0,5	2	0,4	1	0,2
30	Piotrkowskie	2	0,3	10	1,6	8	1,3
31	Płockie	37	7,5	19	3,8	22	4,3
32	Poznańskie	17	1,4	17	1,3	15	1,2
33	Przemyskie	4	1,0	—	—	2	0,5
34	Radomskie	5	0,7	4	0,6	5	0,7
35	Rzeszowskie	11	1,7	15	2,3	15	2,2
36	Siedleckie	6	1,0	10	1,6	1	1,4
37	Sieradzkie	7	1,8	4	1,0	9	2,3
38	Skierniewickie	17	4,3	13	3,2	9	2,2
39	Słupskie	4	1,1	9	2,4	14	3,6
40	Suwalskie	3	0,7	7	1,6	10	2,3
41	Szczeciński	26	2,9	19	2,1	5	0,5
42	Tarnobrzeskie	3	0,5	9	1,6	8	1,4
43	Tarnowskie	2	0,3	6	1,0	6	1,0
44	Toruńskie	7	1,1	10	1,6	14	2,2
45	Wałbrzyskie	1	0,1	5	0,7	2	0,3
46	Wrocławskie	9	2,2	6	1,4	8	1,9
47	Wrocławskie	45	4,1	44	4,0	42	3,8
48	Zamojskie	4	0,8	5	1,0	8	1,6
49	Zielonogórskie	5	0,8	2	0,3	5	0,8



Ryc. 1. Mononukleozą w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: m. łódzkim (6,2), lubelskim (5,4), st. warszawskim (5,2), kieleckim (4,7), płockim (4,4) (tab. I). Ponadto zapadalność przekraczającą średnią krajową stwierdzono w 11 województwach.

Najniższą zapadalność (0,1) obserwowano w województwach: kaliskim i olsztyńskim.

Sezonowy rozkład zachorowań przedstawia rycina 1. Najniższą liczbę zachorowań obserwowano w III kwartale roku. Zgonów nie notowano.

Zbigniew Anusz

BRUCELOZA I INNE CHOROBY ODZWIERZĘCE — 1984 ROK

BRUCELOZA LUDZI

W 1984 roku stwierdzono w Polsce 147 zachorowań na brucelozę, o 14 mniej niż w roku ubiegłym i o 75 mniej niż mediana za lata 1978—1982. Zapadalność wynosiła 0,4/100 000 mieszkańców. Zarejestrowano 1 zgon (0,7%), zmarł mężczyzna w wieku powyżej 60 lat. Umieralność 0,003/100 000 mieszkańców

Tabela I. Brucelozą w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		I. zach.	zapad.	I. zach.	zapad.	I. zach.	zapad.
	POLSKA	222	0,6	161	0,4	147	0,4
1	St. warszawskie	1	0,0	3	0,1	—	—
2	Białkopodlaskie	—	—	—	—	—	—
3	Białostockie	—	—	—	—	1	0,2
4	Bielskie	—	—	—	—	—	—
5	Bydgoskie	2	0,2	—	—	—	—
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	—	—	1	0,2	1	0,2
8	Częstochowskie	—	—	—	—	—	—
9	Elbląskie	—	—	3	0,7	4	0,9
10	Gdańskie	1	0,1	5	0,4	4	0,3
11	Gorzowskie	10	2,2	40	8,5	35	7,3
12	Jeleniogórskie	5	1,0	3	0,6	3	0,6
13	Kaliskie	1	0,1	1	0,1	1	0,1
14	Katowickie	2	0,1	—	—	2	0,1
15	Kieleckie	—	—	1	0,1	—	—
16	Konińskie	3	0,7	—	—	—	—
17	Kozalińskie	18	3,8	13	2,7	21	4,4
18	Miejskie krakowskie	—	—	1	0,1	—	—
19	Krośnieńskie	1	0,2	—	—	—	—
20	Legnickie	1	0,2	8	1,7	—	—
21	Leszczyńskie	3	0,8	2	0,5	7	1,9
22	Lubelskie	—	—	5	0,5	—	—
23	Lomżyńskie	—	—	—	—	—	—

24	Miejskie łódzkie	4	0,4	—	—	3	0,3
25	Nowosądeckie	—	—	—	—	—	—
26	Olsztyńskie	7	1,0	2	0,3	—	—
27	Opolskie	1	0,1	1	0,1	—	—
28	Ostrołęckie	1	0,3	1	0,3	—	—
29	Piłskie	4	0,9	2	0,4	13	2,8
30	Piotrkowskie	1	0,2	—	—	—	—
31	Płockie	3	0,6	3	0,6	2	0,4
32	Poznańskie	44	3,6	21	1,6	17	1,3
33	Przemyskie	—	—	—	—	—	—
34	Radomskie	1	0,1	1	0,1	—	—
35	Rzeszowskie	—	—	—	—	—	—
36	Siedleckie	—	—	—	—	—	—
37	Sieradzkie	1	0,3	—	—	—	—
38	Skierniewickie	3	0,8	1	0,2	—	—
39	Słupskie	2	0,5	1	0,3	1	0,3
40	Suwalskie	5	1,2	5	1,1	5	1,1
41	Szczecińskie	7	0,8	4	0,4	2	0,2
42	Tarnobrzeskie	—	—	—	—	—	—
43	Tarnowskie	—	—	—	—	—	—
44	Toruńskie	2	0,3	7	1,1	9	1,4
45	Wałbrzyskie	5	0,7	3	0,4	3	0,4
46	Włocławskie	2	0,5	6	1,4	1	0,2
47	Wrocławskie	27	2,5	8	0,7	5	0,5
48	Zamojskie	—	—	—	—	—	—
49	Zielonogórskie	17	2,8	9	1,4	7	1,1

Najwyższa zapadalność występowała w województwach: gorzowskim (7,3), koszalińskim (4,4), piłskim (2,8), leszczyńskim (1,9), poznańskim (1,3), suwalskim (1,1), toruńskim (1,4), zielonogórskim (1,1). Pojedyncze zachorowania obserwowano w 5 województwach. Nie notowano zachorowań w 27 województwach (tab. I).

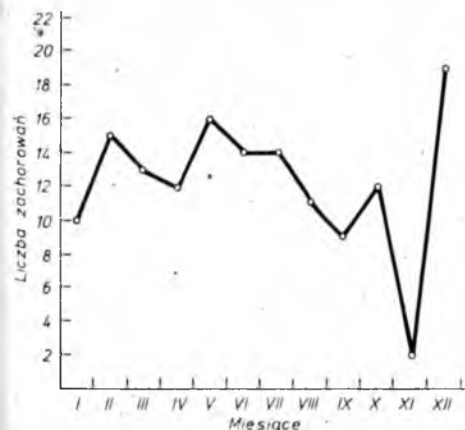
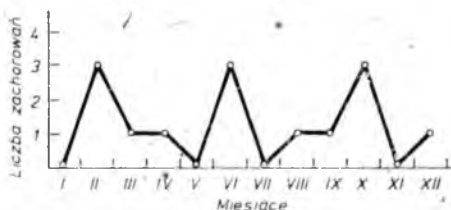
Najwyższe liczby zachorowań rejestrowano w grudniu, lutym i maju (ryc. 1).

Najwięcej zachorowań stwierdzono wśród pracowników służby weterynaryjnej oraz pracowników oborowych (tab. II).

Według danych WSSE liczba narażonych na zakażenie brucelozą w 1984 roku wynosiła 133251 z których serologicznie przebadano 92371.

Tabela II. Brucelozą u ludzi w Polsce w 1984 roku. Zachorowania według zawodu

	Służba weterynaryjna		Służba unasienniania	Pracownicy	Razem			
	lekarze wet.	tech. wet.	oborowi		zakładów mięsnych	„Bacultli”	liczba	%
Liczba	38	22	7	40	—	—	107	
%	35,5	20,6	6,5	37,4	—	—		100,0

Ryc. 1. Brucelozą w Polsce w 1984 r.
Sezonowość zachorowańRyc. 2. Leptospirozą w Polsce w 1984 r.
Sezonowość zachorowańTabela III. Leptospirozą w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapa-
dalność na 100 000 ludności według województw

Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
	l. zach.	zapid.	l. zach.	zapid.	l. zach.	zapid.
POLSKA	43	0,1	13	0,0	16	0,0
1. Bielskie	—	—	1	0,1	—	—
2. Bydgoskie	1	0,1	2	0,2	4	0,4
3. Katowickie	2	0,1	1	0,0	—	—
4. M. krakowskie	—	—	2	0,2	—	—
5. Olsztyńskie	1	0,2	—	—	—	—
6. Opolskie	2	0,2	2	0,2	—	—
7. Piłskie	—	—	1	0,2	—	—
8. Poznańskie	2	0,2	1	0,1	—	—
9. Słupskie	1	0,3	—	—	—	—
10. Suwalskie	1	0,2	—	—	—	—
11. Szczecińskie	10	1,1	2	0,2	4	0,4
12. Tarnowskie	—	—	1	0,2	—	—
13. Wałbrzyskie	2	0,3	—	—	3	0,4
14. Wrocławskie	6	0,6	—	—	2	0,2
15. Zielonogórskie	2	0,3	—	—	—	—

W województwach nie wymienionych w tabeli nie rejestrowano zachorowań.

BRUCELOZĄ ZWIERZĄT

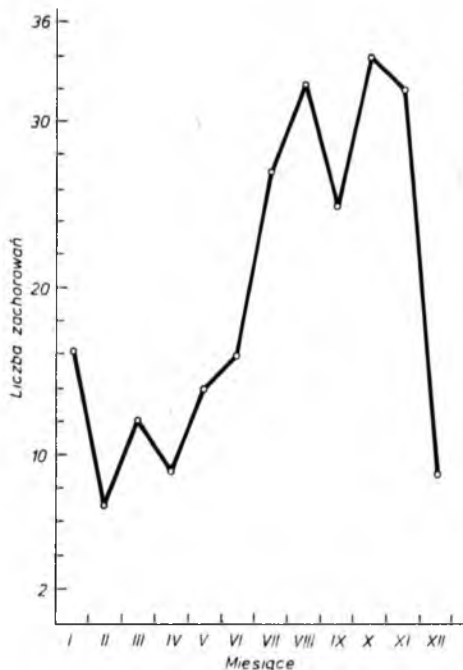
W 1984 roku wykonano 3347153 badania serologiczne. Wykryto 63 zwierzęta reagujące dodatnio (0,001%). Dodatnie reakcje serologiczne stwierdzono w województwach: białkopodlaskim (2), elbląskim (1), goznowskim (19), koszalińskim (2), krośnieńskim (3), leszczyńskim (4), pil-

Tabela IV. Toksoplazmoza w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności wg. województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.	l. zach.	zapadal.
POLSKA		265	0,7	251	0,7	275	0,7
1	St. warszawskie	32	1,4	14	0,6	20	0,8
2	Białkopodlaskie	1	0,3	2	0,7	—	—
3	Białostockie	11	1,7	7	1,1	5	0,8
4	Bielskie	1	0,1	2	0,2	2	0,2
5	Bydgoskie	2	0,2	3	0,3	—	—
6	Chełmskie	—	—	—	—	1	0,4
7	Ciechanowskie	—	—	1	0,2	—	—
8	Częstochowskie	—	—	—	—	3	0,4
9	Elbląskie	—	—	—	—	1	0,2
10	Gdańskie	1	0,1	—	—	2	0,1
11	Gorzowskie	4	0,9	15	3,2	20	4,2
12	Jeleniogórskie	22	4,5	6	1,2	3	0,6
13	Kulskie	3	0,5	12	1,8	15	2,2
14	Katowickie	—	—	1	0,0	3	0,1
15	Kieleckie	1	0,1	5	0,5	5	0,5
16	Konińskie	1	0,2	14	3,1	4	0,9
17	Kozalińskie	5	1,1	20	4,2	13	2,7
18	Miejskie krakowskie	1	0,1	4	0,3	2	0,2
19	Krośnieńskie	—	—	1	0,2	—	—
20	Legnickie	—	—	1	0,2	1	0,2
21	Leszczyńskie	2	0,6	4	1,1	4	1,1
22	Lubelskie	1	0,1	3	0,3	2	0,2
23	Łomżyńskie	4	1,2	4	1,2	1	0,3
14	Miejskie łódzkie	20	1,8	9	0,8	9	0,8
25	Nowosądeckie	—	—	1	0,1	1	0,2
26	Olsztyńskie	6	0,9	13	1,8	5	0,7
27	Opolskie	1	0,1	3	0,3	2	0,2
28	Ostrołęckie	3	0,8	4	1,1	—	—
29	Piłskie	1	0,2	—	—	27	5,9
30	Piotrkowskie	23	3,9	14	2,2	21	3,4
31	Płockie	4	0,8	1	0,2	—	—
32	Poznańskie	11	0,9	33	2,6	19	1,5
33	Przemyskie	—	—	1	0,2	2	0,5
34	Radomskie	6	0,9	8	1,1	10	1,4
35	Rzeszowskie	—	—	—	—	1	0,2
36	Siedleckie	4	0,7	2	0,3	4	0,6
37	Sieradzkie	4	1,0	2	0,5	4	1,0
38	Skierniewickie	1	0,3	2	0,5	4	1,0
39	Słupskie	—	—	1	0,3	2	0,5
40	Suwalskie	3	0,7	3	0,7	6	1,4
41	Szczecińskie	11	1,2	6	0,6	3	0,3
42	Tarnobrzeskie	1	0,2	—	—	1	0,2
43	Tarnowskie	—	—	—	—	5	0,8
44	Toruńskie	8	1,3	8	1,3	22	3,5
45	Wałbrzyskie	2	0,3	3	0,4	1	0,1
46	Włocławskie	1	0,2	1	0,2	3	0,7
47	Wrocławskie	7	0,6	11	1,0	13	1,2
48	Zamojskie	—	—	1	0,2	—	—
49	Zielonogórskie	2	0,3	5	0,8	3	0,5



Ryc. 3. Toksoplazmoza w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań



Ryc. 4. Różyca w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań

skim (1), poznańskim (2), suwalskim (3), szczecińskim (23), wałbrzyskim (2) i zielonogórskim (1).

Od października 1982 r. nie stwierdzono u bydła poronień na tle brucelozy i nie wyhodowano zarazka od zwierząt, które poroniły.

W świetle przedstawionych danych należałoby zastanowić się nad możliwością ograniczenia częstotliwości badań serologicznych w kierunku brucelozy tak u ludzi narażonych jak i u zwierząt.

Brak od 3 lat poronień u bydła na tle brucelozy przy jednoczesnym stwierdzaniu każdego roku znacznej liczby rozpoznanych brucelozy u ludzi budzić może zastrzeżenie co do swoistości badań serologicznych oraz prawidłowości rozpoznanych klinicznych. Może również sugerować, że poza bydłem istnieją w kraju inne nie ujawnione dotychczas rezerwuary, źródła i mechanizmy zakażenia ludzi pał. *Brucella*. Niezbędna jest kompleksowa ocena powyższych zjawisk przez specjalistów ds. chorób zakaźnych, epidemiologów, epizootologów i mikrobiologów. Nie istnieje brucelozą ludzi bez brucelozy zwierząt.

INNE CHOROBY ODZWIERZĘCE

W 1984 roku nie notowano zachorowań na nosaciznę, pryszczycę, ornitozę, wąglik, listeriozę.

Leptospiroza. W 1984 roku zgłoszono 16 zachorowań (w 1983 r. — 13 zach.). Zapadalność wynosiła 0,0/100 000 mieszkańców. Zachorowania wystąpiły w 4 województwach: bydgoskim (4), szczecińskim (4),

Tabela V. Różycyca w Polsce w latach 1978—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców według województw

Lp.	Województwo	1978—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.
POLSKA		409	1,1	235	0,6	234	0,6
1	St. warszawskie	1	0,0	3	0,1	1	0,0
2	Białkopodlaskie	2	0,7	5	1,7	3	1,0
3	Białostockie	9	1,4	4	0,6	2	0,3
4	Bielskie	5	0,6	—	—	—	—
5	Bydgoskie	5	0,5	2	0,2	2	0,2
6	Chełmskie	—	—	—	—	—	—
7	Ciechanowskie	3	0,7	1	0,2	1	0,2
8	Częstochowskie	—	—	—	—	1	0,1
9	Elbląskie	4	0,9	—	—	1	0,2
10	Gdańskie	18	1,3	22	1,6	7	0,5
11	Gorzowskie	13	2,9	5	1,1	5	1,1
12	Jeleniogórskie	4	0,8	1	0,2	2	0,4
13	Kaliskie	1	0,1	2	0,3	12	1,7
14	Katowickie	43	1,2	18	0,5	17	0,4
15	Kieleckie	19	1,8	9	0,8	7	0,6
16	Konińskie	1	0,2	1	0,2	5	1,1
17	Koszalińskie	22	4,8	22	4,6	10	2,1
18	Miejskie krakowskie	3	0,3	—	—	—	—
19	Krośnieńskie	1	0,2	1	0,2	—	—
20	Legnickie	—	—	—	—	1	0,2
21	Leszczyńskie	2	0,6	1	0,3	1	0,3
22	Lubelskie	4	0,4	2	0,2	13	1,3
23	Łomżyńskie	—	—	4	1,2	—	—
24	Miejskie łódzkie	30	2,6	19	1,7	27	2,4
25	Nowosądeckie	2	0,3	2	0,3	3	0,5
26	Olsztyńskie	6	0,9	3	0,4	3	0,4
27	Opolskie	2	0,2	4	0,4	3	0,3
28	Ostrołęckie	5	1,4	1	0,3	4	1,1
29	Pilskie	3	0,7	1	0,2	1	0,2
30	Piotrkowskie	6	1,0	10	1,6	4	0,6
31	Płockie	3	0,6	1	0,2	2	0,4
32	Poznańskie	5	0,4	12	0,9	7	0,5
33	Przemyskie	3	0,8	2	0,5	6	1,5
34	Radomskie	5	0,3	2	0,3	3	0,4
35	Rzeszowskie	3	0,5	2	0,3	1	0,2
36	Siedleckie	8	1,3	3	0,5	3	0,5
37	Sieradzkie	11	2,8	6	1,5	2	0,5
38	Skierniewickie	3	0,8	3	0,7	—	—
39	Słupskie	14	3,8	4	1,0	4	1,0
40	Suwańskie	8	1,9	17	3,9	8	1,8
41	Szczecińskie	7	0,8	2	0,2	5	0,5
42	Tarnobrzeskie	17	3,1	11	1,9	6	1,0
43	Tarnowskie	2	0,3	1	0,2	1	0,2
44	Toruńskie	38	6,3	15	2,4	18	2,9
45	Wałbrzyskie	3	0,4	3	0,4	5	0,7
46	Włocławskie	8	1,9	2	0,5	6	1,4
47	Wrocławskie	13	1,2	3	0,3	16	1,5
48	Zamojskie	4	0,8	2	0,4	4	0,8
49	Zielonogórskie	—	—	1	0,1	1	0,2

wałbrzyskim (3), wrocławskim (2) (tab. III) Nasilenie zachorowań w lutym, czerwcu i październiku (ryc. 2). Zanonowano 8 zgonów w tym 7 mężczyzn (4 w grupie wieku 20—34, 2 w 55—64 i 1 w 75—79) i 1 kobieta (30—34). Spośród zmarłych było 4 z miasta, 4 ze wsi.

Toksoplazmoza. W 1984 roku zarejestrowano 275 zachorowań (w 1983 — 251 zach.) Zapadalność wynosiła 0,7/100 000 (tab. IV). Najwyższą zapadalność rejestrowano w województwach: pilskim (5,9), gorzowskim (4,2), piotrkowskim (3,4), toruńskim (3,5), kaliskim (2,2), koszalińskim (2,7). Nie notowano zachorowań w 6 województwach: bielskopodlaskim, bydgoskim, ciechanowskim, krośnieńskim, ostrołęckim, płockim i zamojskim.

Najniższą liczbę zachorowań obserwowano w miesiącu sierpniu i wrześniu (ryc. 3). Zmarło 15 chorych w tym 10 mężczyzn i 5 kobiet, 9 ze wsi, 6 z miasta. Umieralność 0,04/100 000.

Różycą. W 1984 roku zgłoszono 234 zachorowania (w 1983 r. — 251 zach.). Zapadalność wynosiła 0,6/100 000 (tab. V). Najwyższą zapadalność notowano w województwach: koszalińskim (2,1), m. łódzkim (2,4), toruńskim (2,9), suwalskim (1,8), jeleniogórskim (1,7), lubelskim (1,3), przemyskim (1,5), wrocławskim (1,4), wrocławskim (1,9). Zachorowań nie rejestrowano w 6 województwach: bielskim, chełmskim, m. krakowskim, krośnieńskim, łomżyńskim i skierniewickim (tab. V).

Sezonowe nasilenie obserwowano od lipca do listopada (ryc. 4)

Tularemia. W 1984 roku zgłoszono 3 przypadki tularemii. Zapadalność wynosiła 0,01. Zachorowania stwierdzono w woj. białostockim, łomżyńskim i suwalskim.

Listerioza. W 1984 roku zarejestrowano 6 przypadków listeriozy. Zapadalność 0,02. Zanonowano 1 zgon mężczyzny w grupie wieku 70—74. Zachorowania notowano w woj. st. warszawskim (1 zach.), leszczyńskim (1 zach.) i wałbrzyskim (2 zach.).

Zbigniew Anusz

ŚWIERZB — 1984 ROK

W 1984 roku zanotowano 24 878 zachorowań na świerz b, o 7001 mniej (21,6%) niż w roku ubiegłym i o 44 217 mniej od mediany z lat 1978—1982 (tab. I). Zapadalność wynosiła 67,4/100 000 mieszkańców, oznacza to spadek w stosunku do roku 1983 o 19,8/100 000.

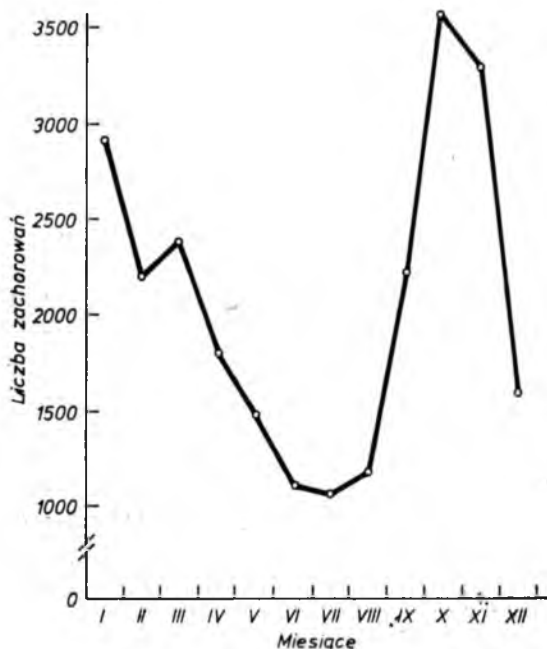
Tabela I. Świerz b u ludzi w Polsce w latach 1980—1984. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców

Lp	Województwo	1980—1982 mediana		1983		1984	
		l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.
POLSKA		69055	194,0	31879	87,2	24878	67,4
1	St. warszawskie	1906	82,7	590	24,9	439	18,4
2	Białkopodlaskie	1046	365,9	450	154,4	370	125,5
3	Białostockie	3267	511,3	952	145,2	706	106,5
4	Bielskie	1696	205,5	465	54,4	557	64,7
5	Bydgoskie	1829	177,2	1030	97,3	616	57,7
6	Chełmskie	677	292,2	403	171,1	230	96,5
7	Ciechanowskie	1110	275,9	526	128,0	287	69,2
8	Częstochowskie	1081	144,7	569	75,3	312	41,6
9	Elbląskie	787	179,1	543	119,6	495	107,5
10	Gdańskie	1583	118,3	1782	130,2	1241	89,9
11	Gorzowskie	1367	297,7	651	138,2	507	106,4
12	Jeleniogórskie	540	109,8	391	78,2	303	60,0
13	Kaliskie	1099	165,0	450	66,0	453	65,8
14	Katowickie	6259	169,0	2866	73,9	2196	56,7
15	Kieleckie	2514	235,8	810	74,7	549	50,0
16	Konińskie	237	54,4	125	27,8	106	23,4
17	Kozalińskie	436	94,6	374	78,8	372	77,4
18	Miejskie krakowskie	1609	138,4	975	81,8	559	46,5
19	Krośnieńskie	201	45,0	115	25,0	67	14,3
20	Legnickie	1403	308,8	561	117,8	373	77,4
21	Leszczyńskie	297	83,4	142	38,8	138	37,2
22	Lubelskie	1126	121,1	684	71,3	567	58,3
23	Łomżyńskie	1060	326,2	336	101,4	204	60,8
24	Miejskie łódzkie	3308	294,2	1879	164,3	1592	138,7
35	Nowosądeckie	575	91,9	444	68,8	314	47,9
26	Olsztyńskie	2613	385,2	917	130,5	791	111,0
27	Opolskie	2107	217,1	746	75,2	711	71,0

28	Ostrołęckie	1940	523,5	518	137,5	478	125,7
29	Piłskie	381	88,7	156	34,6	118	25,8
30	Piotrkowskie	1466	243,3	1151	185,3	702	112,1
31	Płockie	1201	244,8	477	95,0	429	84,8
32	Poznańskie	1683	136,7	597	47,0	804	62,6
33	Przemyskie	1280	337,6	597	154,7	353	90,3
34	Radomskie	1030	147,1	627	87,8	442	61,2
35	Rzeszowskie	1725	267,4	647	96,9	556	81,9
36	Siedleckie	719	116,9	403	64,4	310	49,1
37	Sieradzkie	583	148,0	190	48,1	240	60,3
38	Skierniewickie	705	178,1	280	69,5	184	45,3
39	Słupskie	672	182,7	253	66,3	284	73,1
40	Suwałskie	1630	387,2	563	129,8	444	100,8
41	Szczecińskie	1803	201,7	697	75,8	647	69,7
42	Tarnobrzeskie	1238	223,1	634	111,6	589	102,5
43	Tarnowskie	1061	172,3	527	84,8	255	40,4
44	Toruńskie	1688	277,4	674	108,0	711	112,7
45	Wałbrzyskie	520	72,7	368	50,8	325	44,5
46	Włocławskie	1317	317,7	667	159,1	492	116,3
47	Wrocławskie	2484	231,8	959	87,5	764	69,2
48	Zamojskie	706	149,7	332	69,2	246	50,8
49	Zielonogórskie	789	130,0	786	125,5	445	70,0

Najwyższą zapadalność notowano w województwach: m. łódzkim (138,7), ostrołęckim (125,7), białkopodlaskim (125,5), włocławskim (116,3), toruńskim (112,7), piotrkowskim (112,1), olsztyńskim (111,0); najniższą w woj.: krośnieńskim (14,3), st. warszawskim (18,4), komińskim (23,4), piłskim (25,8).

Najwyższą liczbę zachorowań rejestrowano w październiku (3471 — 13,8%) i listopadzie (3574 — 14,2%) oraz w styczniu (2710 — 11,8%). Uwagę zwraca wyraźny spadek zachorowań w grudniu (7,9%) (ryc. 1).



Ryc. 1. Swierzb w Polsce w 1984 r. Sezonowość zachorowań.

Tabela II. Swierzb w Polsce w 1984 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według płci, wieku i środowiska

Grupy wieku	Miasto						Wieś						POLSKA					
	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.	L. zach.	zap.
0—4	878	87,2	832	87,0	1710	87,1	658	87,9	630	88,4	1288	88,1	1536	87,5	1462	87,6	2998	87,6
0	83	40,8	70	36,2	153	38,6	65	40,6	58	37,9	123	39,3	148	40,7	128	37,0	276	38,9
1	153	75,5	150	78,1	303	76,8	153	98,7	126	85,3	279	92,2	306	85,6	276	81,2	582	83,5
2	203	102,2	183	97,1	386	99,7	151	102,3	126	89,8	277	96,2	354	102,3	309	94,0	663	98,2
3	198	99,4	206	108,3	404	103,7	143	99,8	158	115,9	301	107,6	341	99,6	364	111,4	705	105,4
4	241	119,0	223	115,8	464	117,5	146	102,5	162	119,6	308	110,8	387	112,2	385	117,4	772	114,7
5—9	1197	125,1	1272	139,2	2469	132,0	1074	162,0	1058	166,7	2132	164,3	2271	140,2	2330	150,4	4601	145,2
5	225	113,2	234	123,8	459	118,4	180	131,7	154	118,1	334	125,0	405	120,7	388	121,5	793	121,1
6	247	128,6	234	127,7	481	128,2	218	167,4	205	164,1	423	165,8	465	144,3	439	142,4	904	143,4
7	240	124,9	253	137,8	493	131,2	239	182,7	211	168,1	450	175,6	479	148,3	464	150,1	943	149,2
8	246	128,7	269	146,7	515	137,5	230	172,6	247	193,2	477	182,7	476	146,7	516	165,8	992	156,1
9	239	130,8	282	161,3	521	145,7	207	157,1	241	191,4	448	173,8	446	141,8	523	173,9	969	157,5
10—14	1063	135,0	1296	71,9	2359	153,0	1106	178,7	1193	202,2	2299	190,1	2169	154,2	2489	185,2	4658	169,3
15—19	821	112,0	1084	52,2	1905	131,8	644	116,5	1004	193,8	1648	153,9	1465	113,9	2088	169,7	3553	141,2
20—24	619	73,6	565	65,6	1184	69,6	375	59,8	430	81,3	805	69,6	994	67,7	995	71,6	1989	69,6
25—29	516	50,2	479	43,9	995	47,0	308	44,7	287	51,0	595	47,5	824	48,0	766	46,3	1590	47,2
30—34	416	39,2	465	41,9	881	40,6	238	40,7	207	41,4	445	41,0	645	39,8	672	41,8	1326	40,8
35—39	278	33,5	340	39,8	618	36,7	158	37,8	205	52,8	363	45,0	436	34,9	545	43,9	981	39,4
40—44	217	36,3	231	37,1	448	36,7	132	40,8	167	52,2	299	46,4	349	37,9	398	42,3	747	40,1
45—49	158	25,2	215	32,2	373	28,8	147	36,0	160	40,9	307	39,4	305	30,1	375	35,4	680	32,8
50—54	144	23,4	137	20,9	281	22,1	130	31,3	148	33,6	278	32,5	274	26,6	285	26,0	559	26,3
55—59	118	23,1	118	19,3	236	21,0	80	20,9	83	18,3	163	19,5	198	22,1	201	18,8	399	20,3
60—64	54	14,7	70	14,2	124	14,4	76	24,2	88	22,3	164	23,2	130	19,1	158	17,8	288	18,4
65—74	56	13,5	77	11,5	133	12,3	89	21,1	115	20,4	204	20,7	145	17,4	192	15,5	337	16,3
75 i więcej]	32	14,0	27	5,2	59	7,9	49	19,6	64	15,2	113	16,8	81	16,9	91	9,7	172	12,1
Ogółem	6567	61,9	7208	62,7	13775	62,3	5264	71,2	5839	78,7	11103	74,9	11831	65,7	13047	69,0	24878	67,4

Tabela III. Świerzb w Polsce w 1984 roku. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności według środowiska

	Liczba zachorowań	Zapadalność
Miasto		
ogółem	13 775	62,3
w tym:		
<20 tys.	3 122	70,3
20—50	2 210	58,4
50—100	2 091	73,7
>100 tys.	6 352	57,6
Wieś	11 103	74,9
POLSKA	24 878	67,4

Wśród chorych na świerzb zapadalność u mężczyzn i kobiet kształtowała się na tym samym poziomie (65,7; 69,0); w miastach u kobiet (62,7) u mężczyzn (61,9); u kobiet zapadalność wyższa była na wsi (78,7) niż u mężczyzn (71,2). Zapadalność w miastach była niższa (62,3) niż na wsi (74,9). Najwyższą zapadalność notowano w grupie wieku 10—14 lat (169,3) 5—9 lat (145,2) oraz 15—19 lat (141,2) tab. II). Najniższą zapadalność rejestrowano u ludzi powyżej 50 roku życia (32,8—12,1).

Najwyższą zapadalność występowała w miastach o liczbie ludności 50—100 tys. mieszkańców (73,7) oraz w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców (70,3) (tab. III).

Najczęstsze skupiska zachorowań stanowiły środowiska domowe.

Praca zespołowa *

ZMIANY W WYKORZYSTANIU ŚWIADCZEŃ WARSZAWSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA W LATACH 1970—79 NA TLE SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW

III. WSPÓLMIERNOŚĆ USŁUG I POTRZEB

Instytut Medycyny Społecznej AM w Warszawie
Dyrektor: prof. dr hab. H. Kirschner

Dane z długofalowych badań losowej próby dorosłych mieszkańców Warszawy z lat 1970/71 i 1978/79 wskazują, że mimo ilościowej zgodności między ogółem wyrażonych potrzeb a usługami zdrowotnymi, istniejący system świadczeń mógł nie wystarczać do zaspokojenia potrzeb bardziej nasilonych, odczuwanych szczególnie przez osoby starsze, ze znaczniejszym niedoborem zdrowia.

Pełne zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności należy do głównych celów służby zdrowia. Zadanie to ma jednak wiele aspektów i obejmuje, obok ilościowej podaży usług, także ich jakość. W obecnym domiesieniu, opartym na długofalowym badaniu ankietowym ludności Warszawy, podjęto próbę oceny zmian w ilościowym przystawianiu ogółu świadczeń do potrzeb zdrowotnych na początku i w końcu lat 1970.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Obecne dane pochodzą ze zbadania losowej próby mieszkańców Warszawy w wyjściowym wieku 18 i więcej lat wykonanego dwukrotnie: w latach 1970/71 i 1978/79, metodą ankiety samozwrotnej. Liczebność zbadanych osób wyniosła: 1896 w badaniu pierwszym oraz 1369 w badaniu powtórnym (72,2% wyjściowej kohorty). Uzyskano informacje dotyczące danych osobowych, cech społecznych, stanu zdrowia oraz korzystania z usług medycznych (5).

Z zakresu danych zdrowotnych do celów przedstawianej analizy wykorzystano informację dotyczącą faktu wystąpienia choroby w okresie 12 miesięcy poprzedzających zebranie wywiadu oraz liczbę epizodów chorobowych, które zdarzyły się w tym samym czasie. Miarą wykorzystania świadczeń medycznych był fakt zgłoszenia się do lekarza z wymie-

* Wykonawcy pierwszego badania: Z. Brzeziński, L. Głowacka, J. Kopczyński, E. Mróz, M. Mularczyk-Bal, H. Roszkowska. Wykonawcy badania drugiego: J. Kopczyński, J. Halik, U. Borkowska, C. Łabanowska, W. Sawicki

** Praca, wykonana w ramach działalności Komsji Zdrowia Komitetu Badań i Prognoz „Polska 2000” przy Prezydium PAN, była także finansowana przez Komitet Ekologii Człowieka PAN oraz z umowy polsko-amerykańskiej 05-202-2 zawartej z Instytutem Techniki Budowlanej (kierownik: prof. dr J. Sadowski)

nionej przyczyny i w tym samym czasie oraz liczba kontaktów z lekarzem w roku poprzedzającym badania. Obu rodzajów informacji użyto w postaci niezależnych zmiennych oraz utworzono z nich zmienną pochodną opisującą współmierność choroby i pomocy. Grupuje ona kontakty z lekarzem w klasy: 1) zgodnie rzadkich (jeżeli liczba wizyt i epizodów choroby lub chorób mieściła się zgodnie w granicach 0—2), 2) zgodnie częstych (jeżeli liczby te mieściły się w granicach 3 i więcej), 3) zbyt rzadkich (jeżeli w roku poprzedzającym zdarzyło się 3 i więcej epizodów choroby, przy jedynie 0—2 wizytach lekarskich) oraz 4) zbyt częstych (jeżeli stosunek ten uległ odwróceniu). Założenie o ilościowej zgodności wizyt i epizodów chorób usprawiedliwia spostrzeżenie o znacznej przewadze chorób ostrych nad przewlekłymi wśród przyczyn porad lekarskich (2, 3).

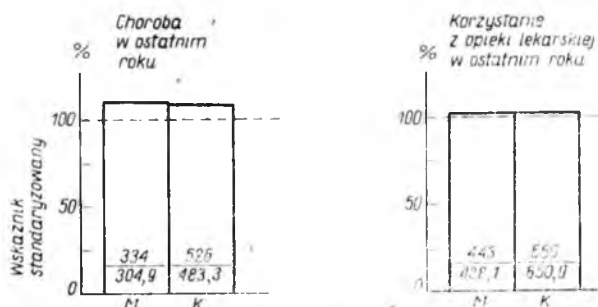
Analizę wykonano metodą przekrojową oraz długofalową. W pierwszym rodzaju analizy częstości badanych zmiennych z pierwszego badania porównywano z analogicznymi danymi z badania drugiego. Porównywane frakcje zestawiano ze sobą w 10-letnich grupach wieku lub obliczano standaryzowane wskaźniki częstości dla danych z r. 1978/79, używając jako standardu szczegółowych współczynników częstości w grupach wieku uzyskanych z badania I. Znamienność różnic między badanymi częstościami szacowano obliczając 95%, 99,9% i 99,99% przybliżone przedziały ufności dla wskaźników standaryzowanych i sprawdzając, czy zawierają one liczbę 100, reprezentującą częstość z badania wyjściowego. Wreszcie, dla danych z lat 1978/79 obliczono standaryzowane współczynniki częstości, będące iloczynem frakcji z lat 1970/71 i odpowiednich wskaźników standaryzowanych; mierniki te zestawiono z częstościami dla lat 1970/71. Oceny istotności różnic między współczynnikami częstości zostały przeniesione z ocen znamienności między odpowiednimi wskaźnikami.

Analizę typu długofalowego poprzedzono utworzeniem tablic czteropolowych, dzielących jednoimienne dane na klasy zgodne oraz niezgodne pod względem ich występowania w badaniu I i II. Analizę ograniczono do porównania liczebności klas niezgodnych, zakładając ich równość w przypadku braku zmiany i oceniając znamienność różnic przy pomocy testu McNemara (1). Dane przedstawiono graficznie przy pomocy rozdzielnie ustawionych słupków o wysokości symetrycznej względem średniej liczebności obu klas, przyjętej za 100.

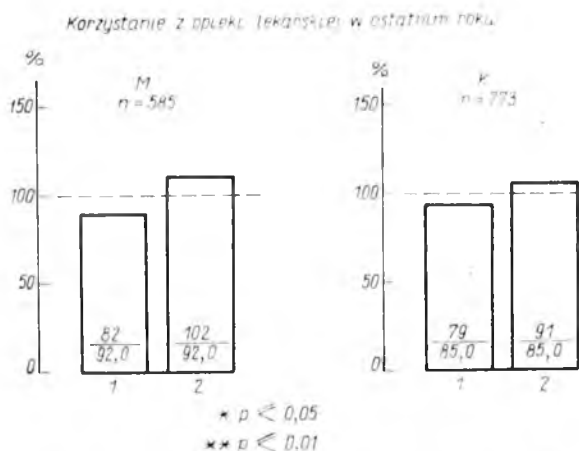
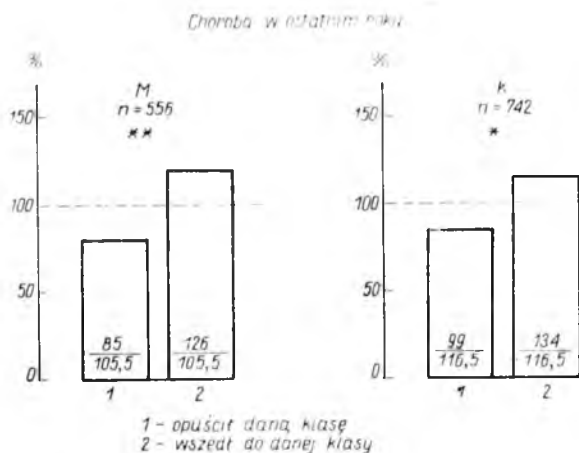
WYNIKI

Ponad połowa uczestników badania reprezentacyjnego z lat 1970/71 (53% mężczyzn i 63% kobiet) oświadczyła, że chorowała przynajmniej jeden raz w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Odsetki te zwiększyły się jeszcze w latach 1978/79 (59% mężczyzn i 69% kobiet), ale zestawienie częstości standaryzowanych (ryc. 1) wskazuje na postarzenie się uczestników badań jako jedyną przyczynę wystąpienia tej zmiany.

Częstość kontaktu z lekarzem w roku poprzedzającym badanie przewyższała częstość chorób w tym samym okresie: w latach 1970/71 z porady lekarza skorzystało 73% mężczyzn i 83% kobiet, a w 8,5 roku później — 76% mężczyzn i 86% kobiet. Podobnie, jak i w przypadku choroby, także przyrost świadczeń okazał się pozorny (ryc. 1), bowiem eli-



Ryc. 1. Częstość choroby w roku poprzedzającym badanie II oraz korzystanie w tymże roku z opieki lekarskiej wystandaryzowane na podobne częstości z badania I przyjęte za 100%

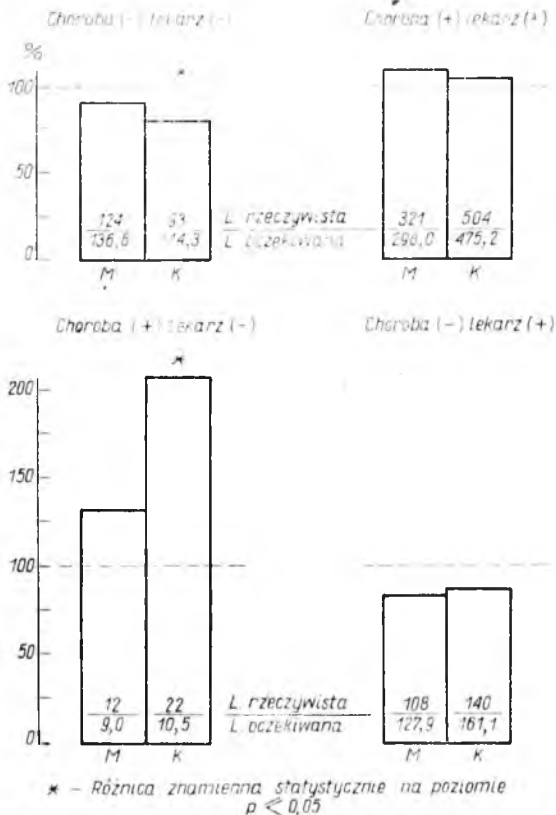


Ryc. 2. Zmiana w zakresie występowania chorób oraz korzystania z pomocy lekarskiej w roku poprzedzającym badanie II w stosunku do informacji z badania I (liczba spodziewana = 100%)

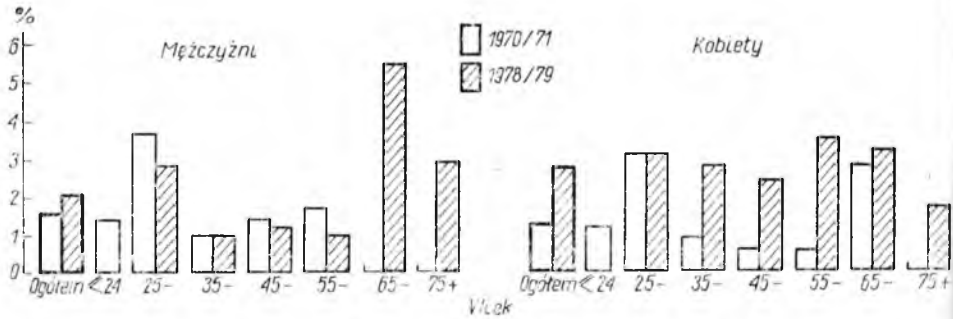
minacja wpływu wieku wyrównała różnice między częstościami wizyt w obu okresach. Jednak porównanie tych samych danych w grupie osób dwukrotnie zbadanych ujawniło pewną niewspółmierność ewolucji potrzeb zdrowotnych i świadczeń lekarskich: w okresie obserwacji wzrosła istotnie w tej grupie liczba chorujących w ciągu roku, ale podobne przesunięcie w dziedzinie usług nie przekroczyło poziomu znamienności statystycznej (ryc. 2).

Zestawienie różnych kombinacji występowania choroby i kontaktu z lekarzem w roku badania (ryc. 3, tab. I) wskazuje na ubytek w środowisku warszawskim względnej liczby osób nie chorujących i nie korzystających z pomocy lekarskiej (znamienny u kobiet), nieznaczne zmniejszenie się liczby osób korzystających z usług lekarza mimo braku wzmianki o chorobie — oraz wzrost liczby osób nie kontaktujących się z lekarzem mimo wystąpienia choroby. Wzrost niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych wystąpił najwyraźniej wśród starszych mężczyzn (ryc. 4).

Porównanie liczby porad lekarskich w roku poprzedzającym oba badania ujawniło wyraźny spadek częstości wizyt wielokrotnych (tab. I). Rozkłady wiekowe wykazują, że spadek ten był niezależny od wieku (dane pomijamy). Zmniejszenia częstości wizyt wielokrotnych nie wyjaśniły także zmiany w stanie zdrowia; jednoczesna jej standaryzacja na wiek oraz skalę zdrowia (zob. opis zmiennej w pierwszej części pracy)



Ryc. 3. Standaryzowane wskaźniki częstości choroby oraz korzystania z opieki lekarskiej w roku poprzedzającym badanie II na tle podobnych danych z badania I przyjętych za 100%.



Ryc. 4. Względna liczba osób, które mimo obecności choroby nie były u lekarza w roku poprzedzającym badanie wg płci i wieku w latach 1970/71 i 1978/79.

(5), nie spowodowała żadnej zmiany w wartościach wskaźników standaryzowanych w porównaniu z ich odpowiednikami wystandaryzowanymi wyłącznie z uwagi na wiek (dane pomijamy).

Analiza przystawiania liczby epizodów choroby do liczby porad lekarskich uwydatniła wzrost częstości zbyt rzadkiego, oraz zmniejszenie nadmiernie częstego, kontaktowania się z lekarzem w okresie II badania w porównaniu z latami 1970/71 (tab. I). Wzrost zbyt rzadkiego korzystania z pomocy był większy w młodszej oraz w najstarszej grupie wiekowej u obojga płci (dane pomijamy).

OMÓWIENIE

Mimo zmian w składzie próby losowej, spowodowanych zgonami i innymi przyczynami niepełnego uczestnictwa w powtórnym badaniu, stwierdzone zmiany we wzajemnym stosunku ilości chorób i porad są zapewne odbiciem rzeczywistych przemian w obrębie populacji warszawskiej. Wprawdzie zgony mogły zmniejszyć liczbę najczęstszych użytkowników pomocy medycznej, ale naturalny proces utraty zdrowia sprzyjał zastąpieniu ich przez osoby pierwotnie zdrowsze; przy małym napływie ludności do Warszawy jego natężenie w mieście mogło być podobne do analogicznych zdarzeń w grupie zamkniętej. Lepsza samoocena zdrowia w grupie kobiet nie uczestniczących w powtórnym badaniu oraz lepszy stan zdrowia nie odnalezionych mężczyzn mógł wprawdzie zwiększyć ocenę potrzeb zdrowotnych w powtórnym badaniu, ale nie przesądza to jeszcze o rozbieżności między ich ilością a zaspokojeniem.

Wreszcie, uzupełnianie się odsetków porad najczęstszych oraz ich liczby nieznannej do sum o różnej wielkości (zob. tab. I) mogłoby wyjaśniać spadek liczby wizyt wielokrotnych w II badaniu pogorszeniem się rzetelności odpowiedzi, gdyby prawidłowość taka objęła i inne kategorie liczebności wizyt, lub gdyby różnica ta pogłębiała się w miarę wzrostu liczby porad — czego nie obserwuje się w obecnych wynikach.

Z danych wynika, że przeciętny poziom usług medycznych z końca dekady lat 1970 nie zmienił się w stosunku do początku tego okresu oraz był współmierny z sumą wypowiedzianych potrzeb zdrowotnych. Jednak obserwacja długofalowa może świadczyć o niepełnym nadążaniu świadczeń za zwiększonym zapotrzebowaniem, związanym np. z postarzeniem się kohorty osób dwukrotnie zbadanych. Analiza rozkładów wiekowych dowodzi, że ubytek świadczeń w stosunku do potrzeb był naj-

Tabela I. Sposób i częstość korzystania z porad lekarzy w roku poprzedzającym badania z lat 1970/71 oraz 1978/79 na tle częstości występowania chorób w tym samym okresie. Współczynniki rzeczywiste (1970/71) oraz standaryzowane (1978/79 (%)) dla wieku 25 lat*

Rodzaj zmiennej	Mężczyźni			Kobiety			Razem	
	1970/71	1978/79	1970/71	1978/79	1970/71	1978/79	1978/79	
Sposób korzystania:	(n = 686)	(n = 584)	(n = 895)	(n = 777)	(n = 1581)	(n = 1361)		
nie chorował, nie korzystał	25	24	15+	13+	20+	18+		
chorował, korzystał	51	55	62	65	57	61		
chorował, nie korzystał	2	2	1+	3+	1+	2+		
nie chorował, korzystał	22	19	21+	18+	21++	18++		
Częstość korzystania:	(n = 654)	(n = 572)	(n = 840)	(n = 758)	(n = 1494)	(n = 1330)		
nie korzystał	27	25	17	15	21+	19+		
1—2 konsultacji	24	24	21	20	22	22		
3—5 konsultacji	19	20	20	22	20	21		
6 i więcej	24+++	16+++	33+++	24+++	29+++	21+++		
korzystał, liczba nieznaną	6+++	15+++	9+++	19+++	8+++	17+++		
Współmierność choroby i pomocy	(n = 640)	(n = 554)	(n = 822)	(n = 740)	(n = 1462)	(n = 1294)		
zgodnie, rzadko	52	53	41	43	46	48		
zgodnie, często	17	15	24	26	21	21		
zbyt rzadko	5++	9++	6+++	10+++	5+++	9+++		
zbyt często	26	23	29+++	22+++	28+++	22+++		

* Odsetki korzystających wg liczby konsultacji nie sumują się do 100% z odsetkiem nie korzystających wg sposobu korzystania ze względu na różne wielkości mianownika.

+ różnica istotna na poziomie $p < 0,05$;

++ różnica istotna na poziomie $p < 0,01$;

+++ różnica istotna na poziomie $p < 0,001$

większy w grupie ludzi starych. Dane wskazują także na możliwy mechanizm powstania tej zmiany w postaci redukcji częstości wizyt wielokrotnych. Uważa się je za wyraz nieuzasadnionych roszczeń ludzi starych; w toku obecnej obserwacji ich ubytek nie wiązał się jednak z wiekiem. Może pożądaną w przypadku nadużywania dostępności, spadek liczby wizyt wielokrotnych wytworzył jednak, lub pogłębił, niezaspokojenie potrzeb ludzi starych. Dowodzi to, że ta niewygodna forma opieki jest potrzebna i tendencja do jej ograniczenia jest w części nieuzasadniona.

WNIOSKI

1. W ubiegłej dekadzie zmniejszyła się przeciętna liczba kontaktów między pacjentami i lekarzami, szczególnie zmalała częstość wizyt wielokrotnych; uległa także redukcji liczba wizyt nie uzasadniona obecnością choroby.

2. Przeciętny poziom usług medycznych był ilościowo współmierny z sumą wypowiedzianych potrzeb zdrowotnych, jednak świadczenia te mogły nie wystarczać do pełnego zaspokojenia zwiększonego zapotrzebowania, szczególnie w przypadku ludzi starych, ze znaczniejszym deficytem zdrowia.

Коллективная статья

ИЗМЕНЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ УСЛУГ ВАРШАВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ГОДЫ 1970—1979 НА ФОНЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВАРШАВЫ

III. Соразмерность услуг и потребностей

Содержание

На основании дважды проводившегося (в 1970/71 и 1978/79 гг) обследования случайной выборки 1896 и 1369 взрослых жителей Варшавы собраны сведения о частоте эпизодов болезни и количестве медицинских консультаций в годах предшествующих эти обследования. Сравнению подлежала частота услуг за каждый период, а также изменения в состоянии здоровья и использовании услуг касающихся здоровья в группе лиц двукратно обследованных. Открыто, что соотношение услуг и требований связанных со здоровьем не подверглось каким либо существенным изменениям во всей обследованной популяции, но ухудшилось в группе обследовавшейся дважды, которая постарела почти на 10 лет по сравнению со временем исходного обследования. Сопоставление частоты услуг и эпизодов болезни показало рост числа лиц слишком редко обращающихся к врачу и снижение количества слишком частных обращений за медицинской помощью в году предшествующем обследованию. Общей чертой этих изменений было понижение количества многократной обращаемости. Хотя эта закономерность не была связана с возрастом, но понижение обращаемости к врачу могло неблагоприятно отразиться на доступности медицинских услуг, особенно в группах пожилых лиц с плохим состоянием здоровья.

Collective study

CHANGES IN THE UTILIZATION OF SERVICES OF THE WARSAW HEALTH SERVICE IN THE YEARS 1970—1979 IN RELATION TO THE HEALTH SITUATION OF THE POPULATION

III. Commensurability of services and needs

Summary

Two studies in the years 1970/71 and 1978/79 of groups comprising 1896 and 1369 adult inhabitants of Warsaw who were a primary random sample of the population provided information on the frequency of disease episodes and number of medical consultations in the year preceding each of these studies. The data were analysed by the cross-sectional method comparing the frequency of services in both these time periods and demonstrating changes in the health state and utilization of health services in the group of subjects participating in both these studies. It was found that the ratio of services to health demands was not changed essentially in the whole population studied, but it changed at the expense of services in the group studied two times who became nearly ten years older after the first study. The comparison of the frequency of services and number of disease episodes showed a rise in the number of subjects too infrequently visiting the doctors and a fall of the number of too frequent visits in the year preceding the study. A common feature of these changes was a fall of the number of multiple visits. Although this was not connected with age, the fall in the frequency of visits could have had an unfavourable effect on the availability of services, particularly in the group of elderly subjects with poor health.

PIŚMIENICTWO

1. *Armitage P.*: Metody statystyczne w badaniach medycznych. PZWL, Warszawa, 1978, str. 104. — 2. *Fry J.*: Ann. N. York Acad. Sci., 1978, 150. — 3. *Kopczyński J., Łabanowska C., Królewski A. S., Borkowski W.*: Optymalizacja opieki podstawowej na szczeblu rejonu, maszynopis powielony, AM Warszawa, 1980, str. 68. — 4. *Mróz E., Kopczyński J.*: Przeg. Epid., 1977, 31, 215. — 5. Praca zespołowa: Przeg. Epid., 1984, 38, 399.

Zbigniew J. Brzeziński

UMIERALNOŚĆ W POLSCE W PORÓWNANIU Z INNYMI KRAJAMI EUROPEJSKIMI

Zakład Epidemiologii i Programowania Ochrony Zdrowia Instytutu Matki
i Dziecka w Warszawie
Kierownik: prof. dr Z. J. Brzeziński

Przedstawiono umieralność w Polsce na tle innych krajów europejskich. Umieralność w Polsce jest wyższa od średniego poziomu europejskiego, a względna pozycja w stosunku do większości krajów uległa pogorszeniu w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Dotyczy to zwłaszcza populacji w wieku poniżej 65 lat. Do głównych przyczyn zgonów odpowiedzialnych za ten stan rzeczy należą choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz urazy, wypadki i zatrucia.

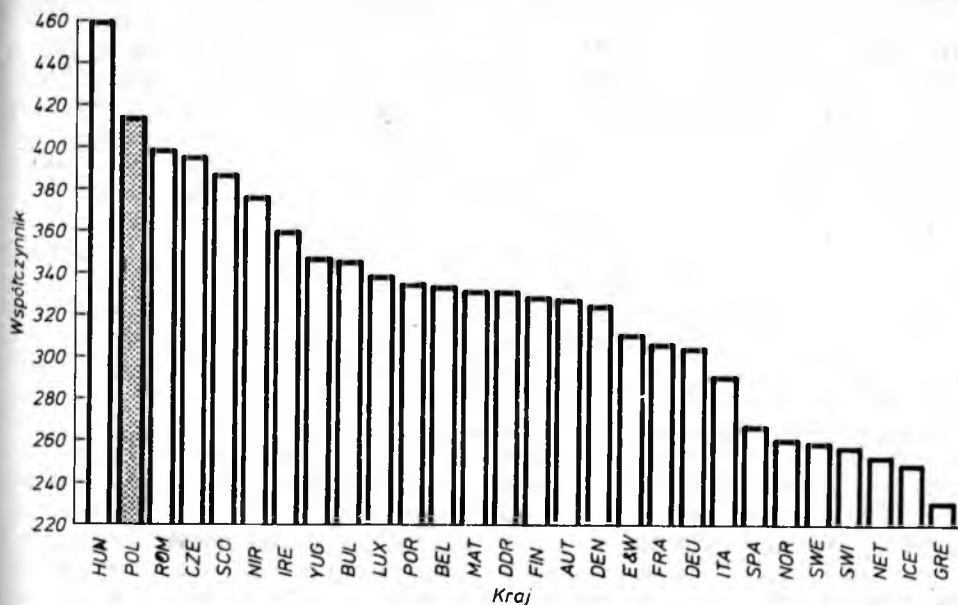
Zdrowie należy do podstawowych zasobów gwarantujących rozwój społeczno-ekonomiczny kraju. Nie ma absolutnych standardów zdrowotnych populacji i oceny sytuacji zdrowotnej danego kraju można dokonać jedynie przez porównanie z innymi krajami uwzględniając wartości poszczególnych mierników w danym momencie czasu oraz ich dynamikę w jakimś dłuższym lub krótszym okresie. Możliwość takiej makro-oceny dostarcza wydana ostatnio przez Biuro Regionalne monografia na temat umieralności i jej dynamiki w Europie (2). Przygotowano ją w ramach prac nad regionalnym programem Zdrowia dla Wszystkich w roku 2000 w celu wyłonienia głównych problemów zdrowotnych tego regionu oraz określenia pozycji wyjściowych programu przed rozpoczęciem prac nad jego wdrażaniem w poszczególnych krajach.

Materiał, którym posłużono się w analizie stanowiły informacje o umieralności przekazywane przez poszczególne kraje do banku danych ŚOZ w Genewie. W analizie posłużono się szczegółowymi współczynnikami zgonów wg płci i wieku, współczynnikami standaryzowanymi i standaryzowanymi wskaźnikami umieralności.

UMIERALNOŚĆ OGÓLNA

Zgony przedwczesne

Straty społeczne związane z umieralnością są tym większe im wcześniej dochodzi do zgonu. Jakkolwiek można uznać za przedwczesny każdy zgon, któremu można zapobiec niezależnie od wieku, to zwykle w ogólnych analizach przyjmuje się arbitralnie pewną granicę wieku. W pracach nad strategią i programem ZDW 2000 za taką granicę przyjęto



Ryc. 1. Standaryzowane współczynniki umieralności dla osób w wieku 1—64 lata, na 100 000 ludności. 1980 rok. Zgony z powodu wszystkich przyczyn. Region Europejski.

Legenda: AUT — Austria, BEL — Belgia, BUL — Bułgaria, CZE — Czechosłowacja, DDR — NRD, DEN — Dania, DEU — RFN, EW — Anglia z Walią, FIN — Finlandia, FRA — Francja, GRE — Grecja, HUN — Węgry, ICE — Islandia, IRE — Irlandia, ITA — Włochy, LUX — Luksemburg, MAT — Malta, NET — Holandia, NIR — Północna Irlandia, NOR — Norwegia, POL — Polska, POR — Portugalia, ROM — Rumunia, SCO — Szkocja, SPA — Hiszpania, SWE — Szwecja, SWI — Szwajcaria, YUG — Jugosławia.

65 lat. W Polsce w 1983 roku z ogólnej liczby około 350 tysięcy zgonów 126 tysięcy czyli 36% (4) zanotowano poniżej tej granicy wieku, podczas gdy odpowiedni odsetek dla Europy około roku 1980 wynosił 27%. Do oceny poziomu przedwczesnej umieralności można posłużyć się także standaryzowanym współczynnikiem zgonów. Wynosił on około roku 1980 w Polsce 414 na 100 000 ludności i jedynie Węgry spośród krajów Europy zanotowały wyższy współczynnik, wynoszący 460, podczas gdy najniższy współczynnik wystąpił w Grecji — 231 (ryc. 1).

Inny jeszcze miernik, którym można się w tym zagadnieniu posłużyć to tzw. utracone potencjalne lata życia. Utratę potencjalnych lat życia obliczono mnożąc odległość w latach środka klasy danej grupy wieku od momentu urodzenia przez liczbę zgonów w danej grupie wieku. Również wielkość tego miernika obliczona dla Polski stawia nas w grupie krajów wykazujących najwyższe wartości.

Umieralność niemowląt

Współczynnik zgonów niemowląt obniżył się ostatnio do poziomu poniżej 20 na tysiąc urodzeń żywych. Jest on jednak trzykrotnie wyższy od współczynników notowanych w przodujących pod tym względem krajach Europy, a tempo jego spadku jest wolniejsze. I tak w okresie 1976—84 roczne tempo spadku umieralności niemowląt w Polsce wynosiło średnio 2,5% i było porównywalne z innymi krajami socjalistycznymi

(Bulgaria — 2,6%, Czechosłowacja i NRD — po 2,8%) oraz z Danii (2,5%), podczas gdy w innych krajach np. Francji, Holandii, Austrii, RFN, zanotowano tempo znacznie wyższe (odpowiednio: 4,0%, 4,2%, 4,7% i 5,6%).

Postęp w zapobieganiu zgonom niemowląt nastąpił głównie dzięki eliminacji części zewnątrzprzochodnych przyczyn zgonów, przede wszystkim zakażeń pokarmowych i chorób układu oddechowego. Natomiast trwające od połowy ubiegłej dekady zwolnienie spadku umieralności niemowląt łączy się z przeszkodami, jakie stawia na drodze do jej zmniejszenia patologia bardziej złożona, występująca zwłaszcza w pierwszych tygodniach życia dziecka. Jej głównym podłożem jest wcześniactwo i niski ciężar ciała w chwili urodzenia oraz wady rozwojowe wrodzone.

Udział zgonów noworodków o ciężarze ciała poniżej 2500 g, które stanowią w Polsce 8% urodzeń żywych, wynosi około trzy czwarte wśród ogółu zgonów w pierwszym tygodniu życia.

Podobnie wśród zgonów w pierwszym roku życia około połowę stanowią zgony niemowląt, których ciężar ciała przy urodzeniu stanowił mniej niż 2500 g. Z krajów Europy, które dysponują odpowiednimi danymi, jedynie Węgry i Włochy notują wyższy niż w Polsce odsetek noworodków o ciężarze ciała poniżej 2500 g, podczas gdy w krajach o najniższym poziomie umieralności niemowląt nie przekracza on 4% (Finlandia i Szwecja).

Umieralność w innych grupach wieku

Umieralność wśród dzieci i młodzieży maleje w kolejnych grupach wieku osiągając najniższy współczynnik w wieku 10—14 lat i ponownie wzrasta w wieku 15—19 lat. Największy spadek umieralności poza okresem niemowlęcym dotyczy młodszych grup wieku, zwłaszcza grupy 1—4 lata. Jednak w porównaniu z innymi krajami Europy umieralność wśród dzieci i młodzieży stawia Polskę wśród krajów wykazujących poziom najwyższy, a tempo spadku najwolniejsze. Najczęstszymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży są wypadki, urazy i zatrucia, a na drugim miejscu choroba nowotworowa.

Częstością zgonów młodych mężczyzn (15—34 lata) ustępowaliśmy u schyłku lat siedemdziesiątych jedynie Portugalii. Przyczynił się do tego wzrost częstości wypadków drogowych (szczególnie w wieku 15—19 lat). Mimo podobnej tendencji młode kobiety wykazywały umieralność znacznie niższą niż mężczyźni.

Umieralność mężczyzn w wieku średnim (35—64 lata) była również wysoka jak na standardy europejskie; w drugiej połowie lat siedemdziesiątych zajmowaliśmy pod tym względem czwarte miejsce od końca. Zanotowaliśmy też w tym przedziale wiekowym w ciągu dwóch ubiegłych dziesięcioleci jeden z najwyższych wzrostów umieralności.

Prawdopodobieństwo zgonu w wieku powyżej 65 roku życia było w Polsce niższe od przeciętnej europejskiej. Jednak zanotowano w tym wieku także tendencje niekorzystne, np. najwyższy w Europie przyrost zgonów z powodu przyczyn gwałtownych.

Różnice w umieralności pomiędzy kobietami a mężczyznami doprowadziły do ponad siedmioletniej różnicy w dalszym przeciętnym trwaniu życia w chwili urodzenia między przedstawicielami obojga płci.

Przyczyny zgonów

Informacje o umieralności ogólnej w Europie są w zasadzie dość wiarygodne zarówno jeżeli chodzi o liczbę zgonów, jak również pod względem wieku i płci, przynajmniej w stosunku do tych krajów, które udostępniają je SOZ.

Dane o przyczynach zgonów nie osiągają tego samego poziomu wiarygodności. Badania SOZ wykazały, że w poszczególnych krajach występują różnice w zwyczajach diagnostycznych i sposobach badania przyczyn uwidocznionych na świadectwach zgonów. Dlatego interpretacja informacji o przyczynach zgonów wymaga ostrożności zwłaszcza jeśli chodzi o porównania poziomów umieralności z poszczególnych przyczyn i bardziej informatywne są raczej tendencje w ich kształtowaniu się w dłuższych przedziałach czasowych. Ponadto wskazane jest dokonywanie analiz w dwu lub więcej przedziałach wiekowych a nie obliczanie współczynników dla całego przedziału wieku. Należy uwzględnić przynajmniej dwa przedziały wieku do 65 lat i powyżej tego wieku. Wynika to nie tylko z tego, że rozpoznania w starszym wieku są mniej wiarygodne, lecz również z faktu, że wobec zwykle występującej w wieku zaawansowanym patologii wielonarządowej powstają trudności w określeniu głównej przyczyny zgonu, co prowadzi do znacznej zmienności w stosowaniu międzynarodowych zaleceń w tym zakresie.

Struktura zgonów

Około trzech czwartych ogółu zgonów w Polsce podobnie jak w Europie jest skutkiem chorób układu krążenia, nowotworów oraz przyczyn gwałtownych (urazy, zatrucia, wypadki). Jednakże udział w umieralności w poszczególnych grupach wieku różni się znacznie, np. przyczyny gwałtowne, które stanowią około 40% ogółu przyczyn zgonów w wieku poniżej 15 lat, maleją do około 3%; odwrotnie udział chorób układu krążenia z 3% (wiek poniżej 15 lat) wzrasta do blisko 60% w wieku powyżej 65 lat (tab. I).

Tabela I. Główne przyczyny zgonów w Polsce i w Europie w odsetkach ogółu zgonów około 1980 r.

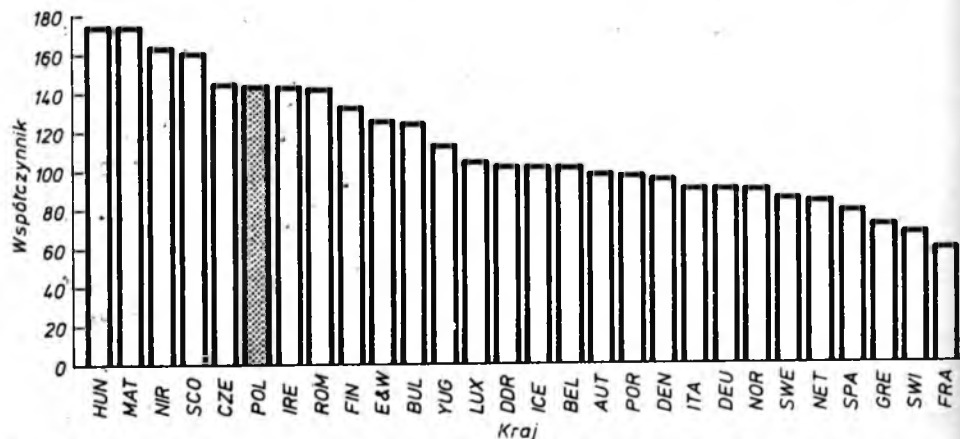
Przyczyny zgonów	grupy wieku					
	1—14 lat		15—64 lat		powyżej 65 lat	
	Polska	Europa	Polska	Europa	Polska	Europa
1. Nowotwory złośliwe	15,8 ^{x)}	15,2 ^{x)}	24,9	29,1	14,6	17,8
2. Choroby układu krążenia	2,9	3,7	34,1	32,4	58,4	56,0
3. Urazy, zatrucia, wypadki	40,3	38,0	18,5	15,5	2,6	3,0
4. Pozostałe przyczyny	41,0 ^{xx)}	43,1	22,5	23,0	24,4	23,2
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

^{x)} Łącznie z nowotworami łagodnymi

^{xx)} W tym: choroby układu nerwowego 12,3% i wady wrodzone 10,0%.

POZIOM UMIERALNOŚCI Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ ZGONÓW

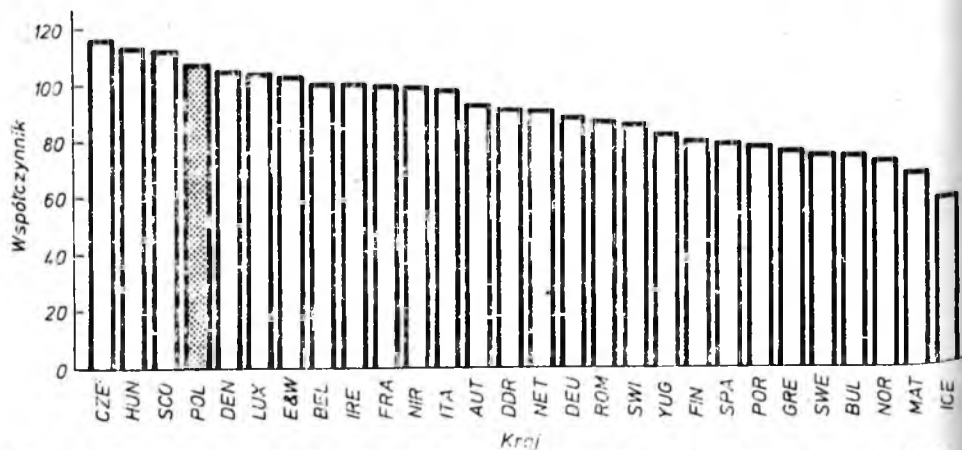
Poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia w wieku 1—64 w Polsce jest wyższy niż przeciętny w Europie i około roku 1980 stawiał Polskę w grupie 6 krajów o najwyższej umieralności z tej grupy przyczyn (ryc. 2).



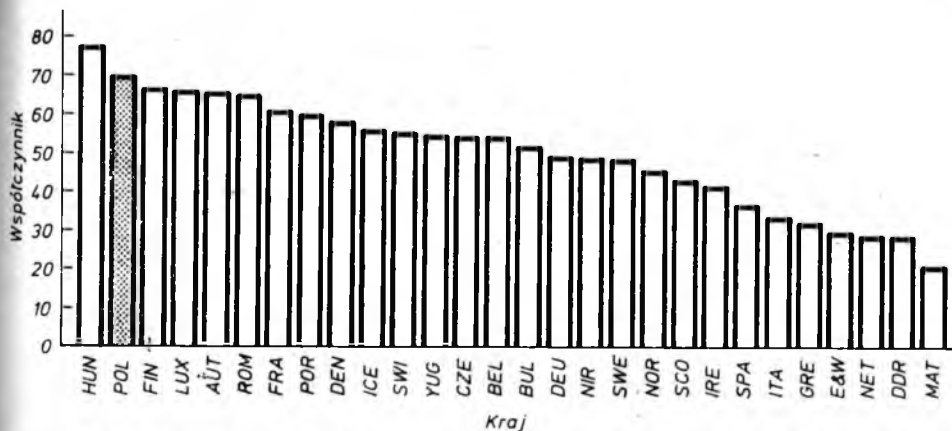
Ryc. 2. Standaryzowane współczynniki umieralności dla osób w wieku 1—64 lata, na 100 000 ludności. 1980 rok. Zgony z powodu chorób układu krążenia. Region Europejski.

Podobnie umieralność z powodu nowotworów złośliwych była wyższa od przeciętnej w Europie i jedynie w trzech krajach zanotowano wyższe współczynniki (ryc. 3).

Natomiast poziom umieralności z przyczyn gwałtownych stawiał nasz kraj na drugim miejscu pod względem wielkości współczynnika zgonów (ryc. 4).



Ryc. 3. Standaryzowane współczynniki umieralności dla osób w wieku 1—64 lata, na 100 000 ludności. 1980 rok. Zgony z powodu nowotworów złośliwych. Region Europejski.



Ryc. 4. Standaryzowane współczynniki umieralności dla osób w wieku 1—64 lata, na 100 000 ludności. 1980 rok. Zgony z powodu wypadków, urazów, zatruc. Region Europejski.

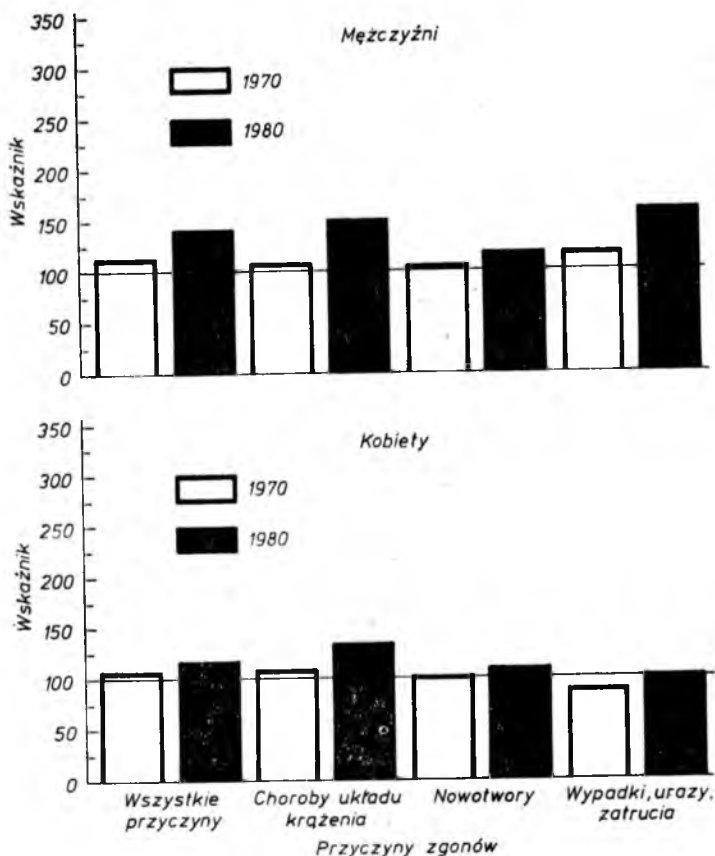
TENDENCJE CZASOWE KSZTAŁTOWANIA SIĘ UMIERALNOŚCI Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ

W celu porównania Polski z Europą posłużono się standaryzowanymi wskaźnikami zgonów, gdzie wskaźnik dla Europy wynosi 100. Jak wynika z ryciny 5 w ciągu dziesięciolecia 1970—1980, względna pozycja Polski pod względem umieralności pogorszyła się zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, zarówno w zakresie ogółu zgonów jak i głównych grup przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów i wypadków, urazów i zatruc.

Choroby układu krążenia

Znaczenie chorób układu krążenia wzrasta z wiekiem, zwłaszcza powyżej 35 roku życia. Poza tym, że choroby te są odpowiedzialne za największą proporcję zgonów, przyczyniają się one także w znacznym stopniu do powstawania niepełnosprawności. Aby to zilustrować wystarczy powiedzieć, że z ogółu osób, które przeżyły zawał serca, około 2/3 pozostaje przy życiu przynajmniej po 3 miesiącach, a z tych po roku zaledwie około 40% powraca do pełnej aktywności, 38% wykazuje ograniczenie sprawności, a 1% pozostaje obłożnie chorymi (3). Podobnie z ogółu osób, które przeżyły udar mózgu, rok przeżywa około połowa, a z nich 40% w tym czasie nie odzyskuje pełnej niezależności i jedynie 20% powraca do pracy zawodowej (1).

W Polsce utrzymuje się tendencja narastania tej grupy chorób, zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca (ryc. 6 i 7). Ostatnie dane wskazują, że w latach osiemdziesiątych zaznaczyła się tendencja zwolnienia wzrostu zgonów z powodu niektórych chorób układu krążenia, a w pewnych grupach wieku nawet spadku. Zbyt krótki okres nie pozwala jednak z całą pewnością stwierdzić, że jest to tendencja dobrze utrwalona. Tym bardziej, że wyjątkowo liczny w Polsce w porównaniu z innymi krajami udział zgonów z powodu „chorób tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych” znacznie wzrósł w tym samym czasie. I tak ogólny, niestandardyzowany współczynnik zgonów z tej grupy przyczyn, który wynosił w roku 1970 — 96,1 na 100 000 ludności, wzrósł do 196,1 w roku 1983.



Ryc. 5. Polska. Standaryzowany wskaźnik umieralności (w ‰). Osoby w wieku 0—64 lata w roku 1970 i 1980.

Nowotwory złośliwe

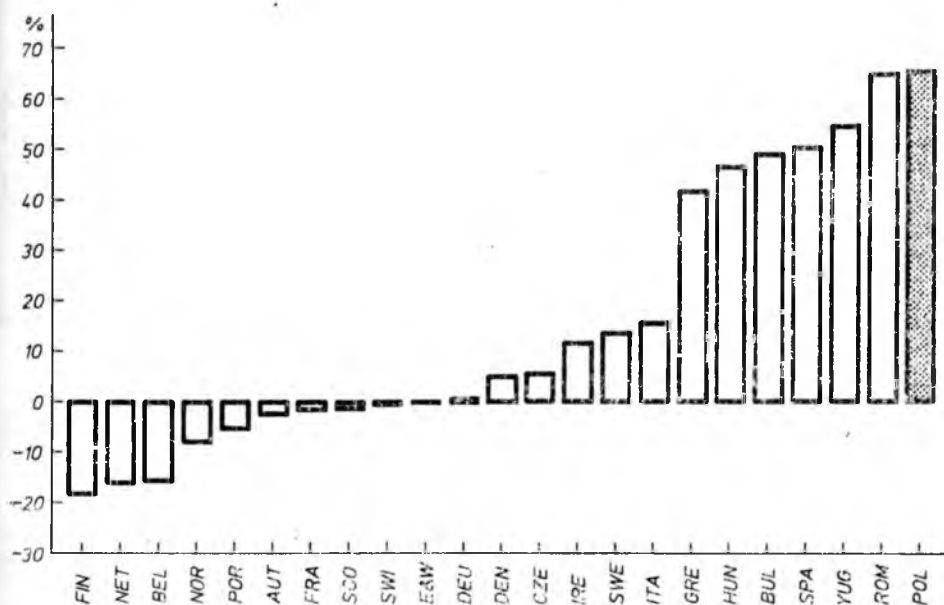
Są one drugą najliczniejszą grupą przyczyn zgonów, stanowiąc około 1/4 ogółu zgonów wśród mężczyzn i ponad 1/3 wśród kobiet w wieku 35—64 lata.

Najczęstszym nowotworem wśród mężczyzn w tej grupie wieku był rak płuc, a u kobiet rak sutka. W ostatnich dwóch dekadach wzrost zgonów z powodu raka płuc u mężczyzn w Polsce należał do największych wśród krajów europejskich (ryc. 8), podobnie jak rak sutka u kobiet (ryc. 9).

Wypadki, urazy i zatrucia

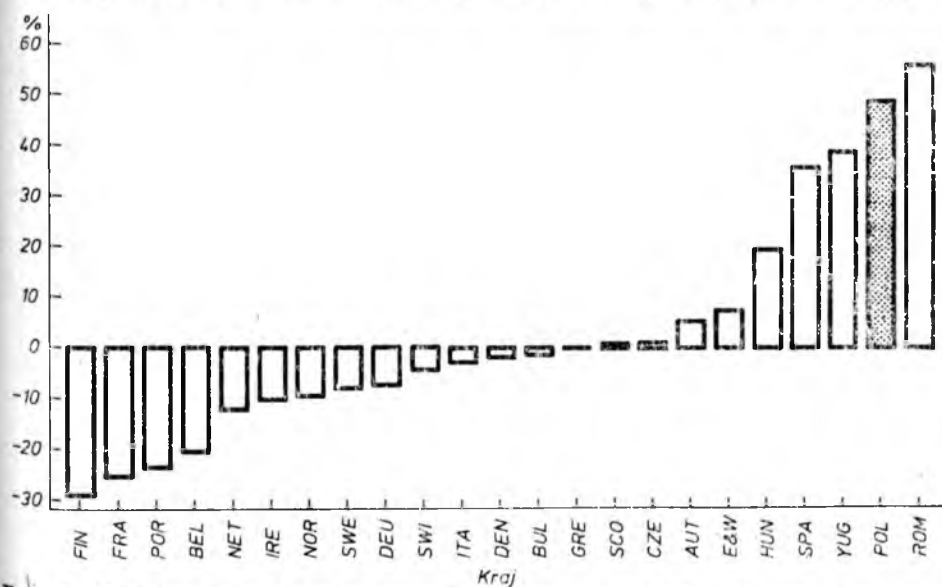
Są one trzecią główną grupą przyczyn zgonów, a ich skutki w poważny sposób przyczyniają się do inwalidztwa i niepełnosprawności. Znaczenie tej grupy przyczyn jest tym większe, że ulega im wielu ludzi młodych, w rezultacie czego społeczeństwa tracą bardzo znaczną liczbę potencjalnych lat życia (ryc. 10).

Informacje o wypadkach, urazach i zatruciach w Polsce, a zwłaszcza o okolicznościach w których zachodzą, jak również czynnikach je wa-

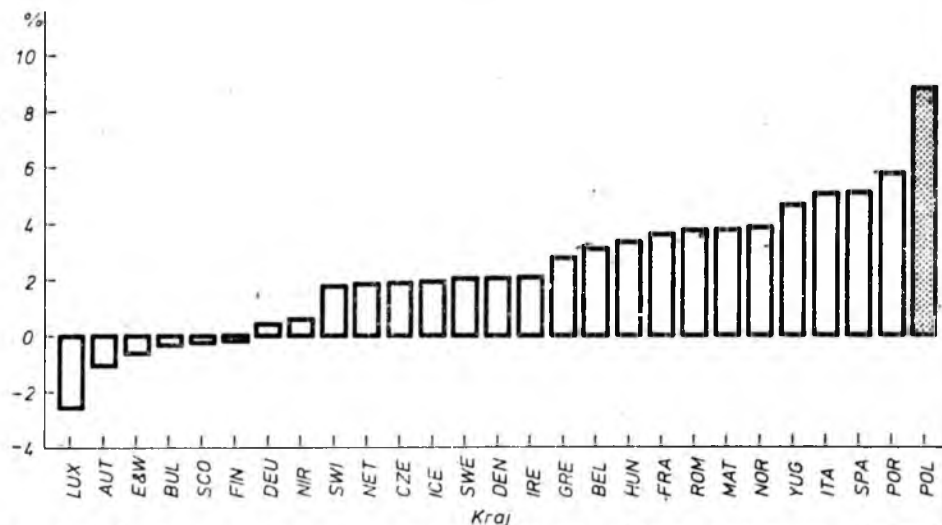


Ryc. 6. Niedokrwienna choroba serca u mężczyzn w wieku 35—64 lata. Zmiany w odsetkach standaryzowanego współczynnika umieralności (na 100 000 ludności) w latach 1970—1980.

runkujących nie są pełne. Jednakże nawet te fragmentaryczne dane wskazują, że wśród mężczyzn poziom urazowości jest wyższy od przeciętnego poziomu w Europie oraz wykazuje wyraźne tendencje wzrostu (ryc. 11). Podobny choć nieco niższy wzrost notuje się wśród kobiet, któ-



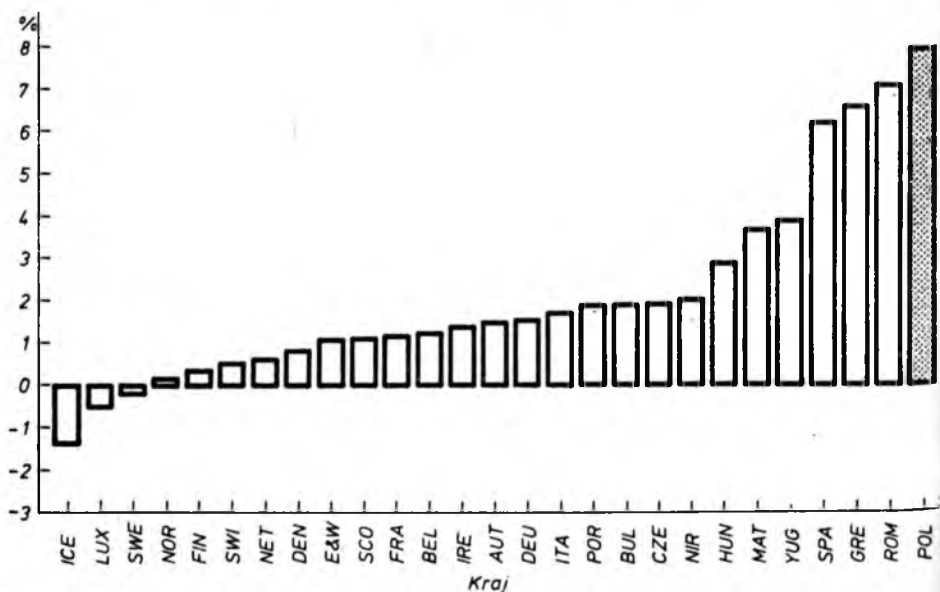
Ryc. 7. Niedokrwienna choroba serca u kobiet w wieku 35—64 lata. Zmiany w odsetkach standaryzowanego współczynnika umieralności (na 100 000 ludności) w latach 1970—1980.



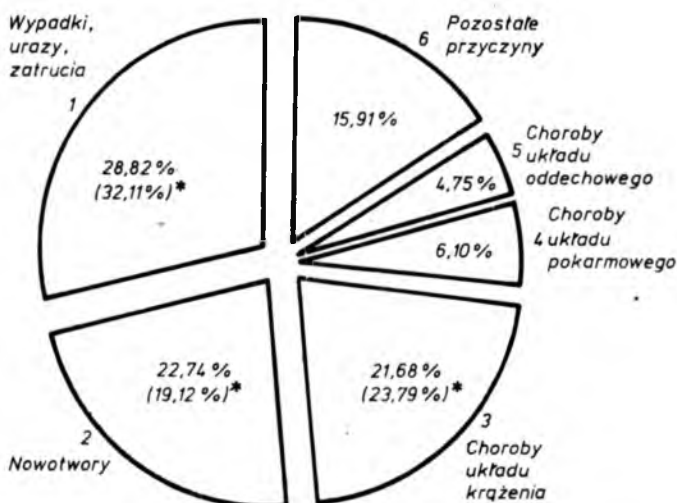
Ryc. 8. Rak płuc u mężczyzn w wieku 30—64 lata. Roczne zmiany w odsetkach od pięciolecia 1955/59 do 1975/79 standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 000 ludności

re w końcu lat siedemdziesiątych zbliżyły się bardzo do średniego poziomu w Europie (ryc. 12).

Najliczniej, jeśli chodzi o zgony, reprezentowane są w tej grupie przyczyn wypadki drogowe. W roku 1975 w Polsce, według danych Komisji Ekonomicznej Narodów Zjednoczonych dla Europy, zginęło w wypadkach drogowych 5633 osoby, a rany odniosło 46 385 osób, co w stosunku do



Ryc. 9. Rak sutka u kobiet w wieku 30—64 lata. Roczne zmiany w odsetkach od pięciolecia 1955/59 do 1975/79 standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 000 ludności.



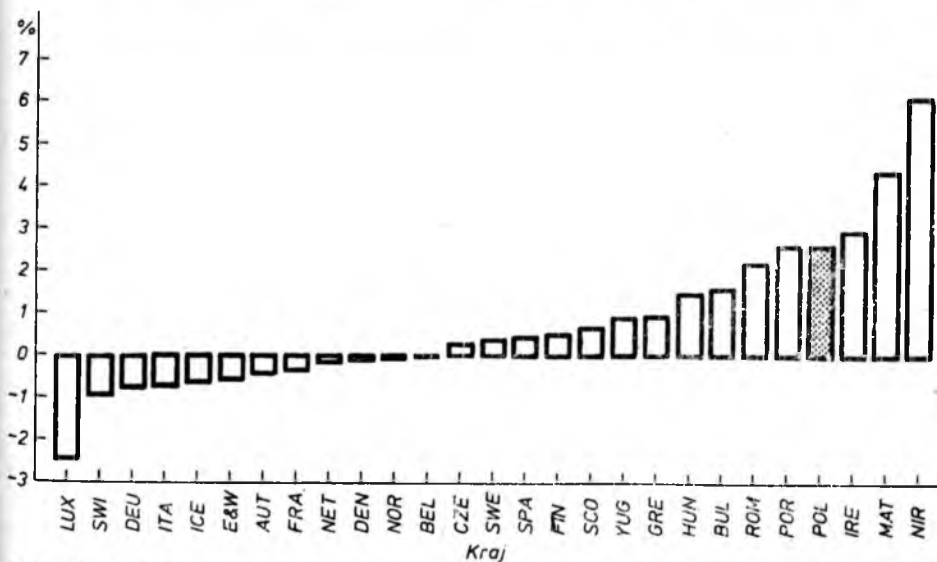
* Odpowiednie odsetki dla Polski

Ryc. 10. Liczba utraconych potencjalnych lat życia w %. Region Europejski. 1980.

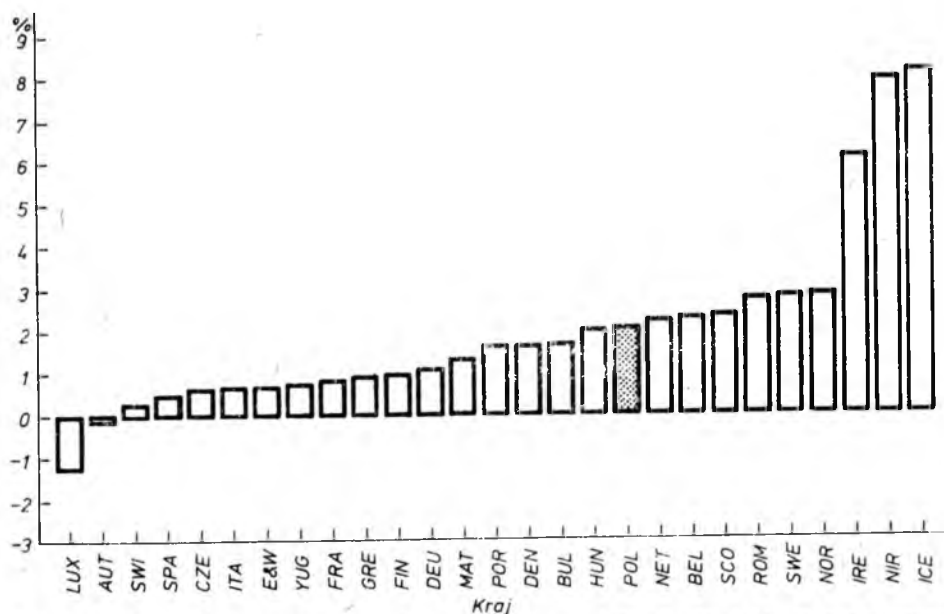
roku 1970 przyjętego za 100% oznacza odpowiednio 163% i 135%. O tempie wzrostu także świadczy porównanie z rokiem 1960 (przy tej samej podstawie 1970 — 100%), w którym odpowiednie wartości wynosiły 58% i 62%.

Wypadki związane z wykonywaniem zawodu wyrażają się liczbą 200 tysięcy rocznie, w tym półtora tysiąca śmiertelnych.

Brak jest danych o rozmiarach wypadków domowych i rekreacyjnych. Jednak według danych szacunkowych dla Europy wynika, że zgony z



Ryc. 11. Wypadki, urazy i zatrucia u mężczyzn w wieku 5—64 lata. Roczne zmiany w odsetkach od pięciolecia 1955/59 do 1975/79 standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 000 ludności.



Ryc. 12. Wypadki, urazy i zatrucia u kobiet w wieku 5—64 lata. Roczne zmiany w odsetkach od pięciolecia 1955/59 do 1975/79 standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 000 ludności.

powodu wypadkowych zatruc, wypadków i pożarów, a kategorie te reprezentują w znacznej proporcji wypadki domowe i rekreacyjne, wynoszą około 45% wszystkich zgonów wypadkowych.

Jeśli chodzi o zamachy samobójcze, to według rejestru prowadzonego przez Milicję Obywatelską w roku 1983 zanotowano ich 4021 z czego 3761 dokonanych. W stosunku do kilku poprzednich lat, zamachy samobójcze wykazują wzrost, ponieważ dla 1981 i 1982 r. odpowiednie liczby wynosiły 3155 i 2915 oraz 3481 i 3255. Jednak rok 1983 nie osiągnął poziomu 1980 roku, w którym zanotowano 4693 zamachy samobójcze, w czym 4338 dokonanych.

PODSUMOWANIE

Umieralność w Polsce kształtuje się powyżej średniego poziomu europejskiego i w stosunku do innych krajów w ciągu ostatnich kilkunastu lat względne różnice uległy zwiększeniu. Dotyczy to zwłaszcza populacji poniżej 65 roku życia. Do głównych przyczyn zgonów, które w największym stopniu przyczyniły się do tej niekorzystnej sytuacji, należą choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz wypadki, urazy i zatrucia. Wszystkie trzy grupy przyczyn zgonów uwarunkowane są czynnikami związanymi ze stylem życia: nawykiem palenia tytoniu, nadmiernym spożywaniem alkoholu, niewłaściwym odżywianiem. Wyłącznie jeden czynnik jakim jest palenie tytoniu jest odpowiedzialny za około 30% wszystkich nowotworów złośliwych.

Ze względu na znane uwarunkowania wszystkie trzy grupy przyczyn są podatne zapobieganiu. Jednakże dotychczasowe postępy w tym kie-

runku są wysoce niezadawalające. Istnieje potrzeba gruntownej rewizji obecnych zasad i programów profilaktycznych o charakterze ekstensywnym i zastąpienia ich bardziej skutecznymi programami intensywnymi.

З. И. Бжезиньски

СМЕРТНОСТЬ В ПОЛЬШЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ЕВРОПЕЙСКИМИ СТРАНАМИ

Содержание

Представлена смертность в Польше на фоне других европейских стран. Коэффициент смертности в Польше выше среднего европейского уровня, а относительная позиция по отношению к большинству этих стран ухудшилась за последние свыше 10 лет. Касается это особенно популяции в возрасте ниже 65 года жизни. Главными причинами смертей отвечающими за это состояние являются болезни кровеносной системы, злокачественные опухоли, а также травмы, несчастные случаи и отравления.

Z. J. Brzeziński

MORTALITY IN POLAND IN RELATION TO OTHER EUROPEAN COUNTRIES

Summary

The mortality is analysed in Poland in relation to other European countries. This mortality is higher in Poland than the mean European level and the relative position with regard to most countries has deteriorated over the last score of years. This is true particularly of the population below 65 years of age. The main causes of deaths responsible for this state of mortality are cardiovascular diseases, malignant neoplasms, accidents, traumas and intoxications.

PIŚMIENNICTWO

1. Aho K. i wsp.: Bull. WHO, 1980, 58, 113. — 2. Brzeziński Z. J.: Mortality in the European Region, WHO, Kopenhaga, 1985. — 3. Lamm G.: The cardiovascular disease programme of WHO in Europe Copenhagen, WHO, 1981. (Public Health in Europe, 15). — 4. Rocznik Statystyczny 1984, GUS, Warszawa, 1984.

Adres Instytut Matki i Dziecka, 01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17A

SYTUACJA I PERSPEKTYWY EPIDEMIOLOGII W POLSCE *

Po dyskusji w ramach Komisji Epidemiologicznej Komitetu Ekologii Człowieka Polskiej Akademii Nauk nad тезami do Trzeciego Kongresu Nauki Polskiej opracowano poniżej przytoczony materiał.

Wskazuje on zarówno na osiągnięcia epidemiologii w naszym kraju, na trudności rozwoju tej dyscypliny na obecnym etapie i lich przyczyny jak również nakreślone zostały kierunki w jakich powinien nastąpić jej rozwój.

Przez przeważający okres swojego rozwoju epidemiologia zajmowała się badaniem prawidłowości związanych z szerzeniem się chorób zakaźnych. Łączyło się to z dominującą rolą czynników zakaźnych w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej populacji. Ten sam wzgląd przesądził również o ukierunkowaniu badań epidemiologicznych w pierwszych latach powojennych w Polsce na zagadnienia zwalczania najgroźniejszych chorób zakaźnych, szczególnie duru brzusznego i osutkowego, zimnicy oraz błonicy. Na gruncie nowatorskich wdrożeń znanych już zasad zwalczania tych chorób rozwinęła się działalność badawcza umożliwiająca kierowanie akcjami zwalczania chorób zakaźnych wprost z pracowni naukowych — a jej upowszechnienie i udoskonalenie utworowało polskiej epidemiologii drogę na forum międzynarodowe. Pozycję tę zapewniły przypadające na lata 1950 i dalsze badania nad nawrotowym durem osutkowym, kontrolowane badania nad skutecznością szczepień przeciw durowi brzusznemu, przeciwdrożdżycy, nad zachorowaniami towarzyszącymi szczepieniom przeciw porażeniu dziecięcemu i inne. Udział w tych akcjach i badaniach przyczynił się do rozwoju i stabilizacji zawodowej dość licznej i kompetentnej kadry „epidemiologów chorób zakaźnych”.

Z czasem rozwinęły się również badania nad chorobami o podłożu niezakaźnym. W latach 1950 i 1960 wykonano szereg prac poświęconych rozpowszechnieniu i skuteczności zwalczania wola endemicznego, a w połowie lat 1960 rozpoczęto trwające do dziś badania nad częstością i uwarunkowaniami przewlekłych nieswoistych chorób płuc w Krakowie, których wyniki umocniły międzynarodową pozycję polskiej epidemiologii. W tym samym czasie rozpoczęto badania nad związkami rozpowszechnienia chorób układu krążenia z procesami urbanizacji, rozpoczęto rejestrację nowotworów złośliwych, zapoczątkowano badania nad społecznymi uwarunkowaniami zdrowia i rozwoju fizycznego, nad stanem zdrowia ludności kraju określonym na podstawie zgłoszeń do instytucji służby zdrowia — i wiele innych, dających podstawę do oceny sytuacji zdrowotnej populacji oraz pogłębiających wiedzę etiologiczną.

W latach 1970 rozwinęto badania nad powikłaniami naczyniowymi cukrzycy, przyłączono się do europejskiego eksperymentu nad zapobieganiem chorobie wieńcowej, rozpoczęto bardziej systematyczne badania nad opieką zdrowotną, kontynuowano badania nad przyczynami nieswoistych chorób płuc i prowadzono szereg badań opisowych i etiologicznych. Mimo wzrostu liczbowego publikacji z zakresu epidemiologii zaznaczył się i pogłębił przedział między poziomem działalności naukowej na tym polu w Polsce i na świecie. Przyczyny tego stanu należy szukać zarówno w kryzysowej sytuacji krajowej, jak i w trudnościach, na jakie napotyka współczesna epidemiologia na tradycyjnym obszarze swoich dociekań.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGII NA ŚWIECIE

Badania w zakresie epidemiologii chorób zakaźnych były tematycznie zależne od częstości i struktury ich występowania. Kontynuowano programy zamierzone na skalę światową, przede wszystkim doprowadzając do końca akcję wykorzystania ospy prawdziwej oraz wprowadzając w życie akcję szczepień przeciwko głównym chorobom wieku dziecięcego — oba przedsięwzięcia pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. W krajach rozwiniętych skupiono się na badaniach wspomagających zwalczanie chorób wirusowych, przeciwko którym szcze-

* Materiał opracowany przez Komisję Epidemiologiczną Komitetu Ekologii Człowieka Polskiej Akademii Nauk

pienia ochronne stały się możliwe w latach 1960 i późniejszych: odry, świnki, różyczki, WZW B i innych. W sferze teoretycznej dopracowano się modeli epidemiologicznych niektórych chorób zakaźnych, opisano sposoby szerzenia się i poznano przyczyny kilku poprzednio nieznanych chorób, pogłębiono wiedzę w zakresie etiologii zakażeń szpitalnych, grypy i innych schorzeń zakaźnych o rosnącym znaczeniu epidemiologicznym.

Metody epidemiologiczne rozszerzyły się na niemal każdą dziedzinę działalności medycznej, przyczyniając się do bliższego poznania zarówno częstości, jak i czynników związanych z występowaniem wielu chorób o zróżnicowanym podłożu. Poza gruntem zakaźnym epidemiologia stała się jednym z głównych narzędzi badań etiologicznych, tracąc — ze względu na rozległe pole oddziaływania — specyfikę podmiotową. Wyróżnikiem tematycznym tej dziedziny działalności naukowej stały się zewnątrzpochodne czynniki szkodliwe dla zdrowia, chociaż obserwuje się także wkraczanie epidemiologii na tradycyjny obszar genetyki populacyjnej, a część czynników ryzyka najpospolitszych chorób przewlekłych ma podłoże endogenne.

Po wielu znaczących osiągnięciach epidemiologii chorób niezakaźnych w sferze poznania czynników sprawczych, można obserwować pewien spadek efektywności pozostającego w jej dyspozycji aparatu metodycznego. Skierowano zainteresowania badawcze na sferę skuteczności, wydajności i sprawności środków profilaktycznych oraz leków a także programów zdrowotnych i podejmowanych przedsięwzięć. Udoskonalono też metody statystyczne szczególnie dotyczące analizy danych jakościowych. Zainteresowanie wpływem prostych efektów ustąpiło miejsca badaniu współdziałań między czynnikami uczestniczącymi w procesach chorobowych. Nastąpił wzrost zainteresowania społecznymi korelatami zjawisk chorobowych; natomiast niewielkie tylko postępy poczyniono w dziedzinie poznania czynników sprzyjających zachowaniu zdrowia.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGII W POLSCE

Większość aktualnych badań w Polsce ma charakter opisowy, a rzadziej podejmowane są badania etiologiczne. Wśród przyczyn tego stanu, niepomysłnego z punktu widzenia udziału myśli krajowej w światowym nurcie badawczym należy wymienić:

- 1) potrzebę systematycznego gromadzenia danych o sytuacji zdrowotnej ludności, szczególnie w chwili zwiększających się zagrożeń środowiskowych, zawodowych i społecznych,
- 2) wzrastające zacofanie metodyczne, szczególnie w zakresie umiejętności statystycznych, wywołane rosnącą izolacją środowiska naukowego od przodujących pod tym względem ośrodków światowych, czy choćby brakiem wystarczającego dopływu gotowych programów statystycznych i literatury obcojęzycznej,
- 3) niedoinwestowanie instytucji naukowych w zakresie nowoczesnej aparatury laboratoryjnej, komputerów, a nawet odczynników,
- 4) brak środków materialnych i kadrowych na ambitniejsze przedsięwzięcia analityczne i eksperymentalne,
- 5) brak precyzyjnego podziału czynności między różnymi instytucjami w zakresie zbierania i analizy danych co prowadzi niekiedy do nadmiernego obciążenia tymi zagadnieniami instytucji naukowych,
- 6) nie wykorzystywanie danych z naukowych badań i analiz do podejmowania decyzji na różnych stopniach zarządzania, co należy sądzić, jest najważniejszą przyczyną braku motywacji dla rozwoju epidemiologii.

Daje się zauważyć brak dostatecznego zaangażowania w pracę naukową kierowników naukowych, przeciążonych czynnościami administracyjnymi lub świadomie oddających w swojej działalności pierwszeństwo celom pozanaukowym. Nie bez znaczenia dla sytuacji epidemiologii, jak wspomniano powyżej, jest także niewielkie znaczenie, jakie mają przynieszone przez nią informacje o stanie zdrowotnym ludności, skuteczności przedsięwzięć itp. dla procesu podejmowania decyzji przesądzających o polityce zdrowotnej Polski, w którym potrzeby zdrowotne powinny zajmować czołowe miejsce na liście przesłanek.

Trudności epidemiologii pogłębia nasilający się deficyt kadrowy, spowodowany głównie brakiem napływu młodych lekarzy. Stan taki nie musi być jednak równoznaczny z upadkiem tej dyscypliny, ponieważ udział w badaniach epidemiologicznych socjologów, biologów, matematyków i innych specjalistów może przynieść wszechstronniejsze opracowanie podejmowanych tematów. Konieczne jest

wprowadzenie modelu badań uwzględniającego w większym niż dotychczas stopniu udział w nich innych specjalistów poza lekarzami. Jednak zupełny brak lekarzy w składzie ekip badawczych może prowadzić do zagubienia głównych celów epidemiologii oraz pozbawić ją niezbędnej ekspertyzy medycznej.

PERSPEKTYWY I WARUNKI ROZWOJU EPIDEMIOLOGII W POLSCE

Mimo niedostatecznego wykorzystania wyników badań epidemiologicznych oraz przygotowanych na tym gruncie ekspertyz zdrowotnych, epidemiologia pozostaje głównym oparciem dla racjonalnej działalności publicznej na rzecz zdrowia. W tym świetle konieczność prowadzenia badań epidemiologicznych w Polsce jest uzasadniona sytuacją zdrowotną ludności oraz stanem warunków zdrowotnych i społecznych. Z porównania danych z Polski z danymi z innych krajów wynika, że sytuacja zdrowotna Polski jest pod wieloma względami gorsza niż w większości krajów Europy. Nawet w wieku rozwojowym, w którym uzyskano znaczne obniżenie współczynników zgonów, Polska zajmuje odległe miejsce wśród krajów europejskich, a w wieku produkcyjnym nastąpił wśród mężczyzn wzrost umieralności w stosunku do stanu z roku 1960, którego rozmiary należą do najwyższych w Europie. W jego przyczynach dominują choroby układu krążenia, zwłaszcza choroba niedokrwienna serca, nowotwory złośliwe, zwłaszcza rak płuc — oraz wypadki, urazy i zatrucia. Sytuacja kobiet w tym wieku jest pomyślniejsza, ale pogarsza się ona w stosunku do przeciętnej europejskiej. Konieczne są pilnie miarodajne badania nad przyczynami niepomyślnych tendencji demograficznych.

Pogarszaniu się stanu zdrowia ludności sprzyja niedocenywanie wartości zdrowia przez ogół społeczeństwa, a także ubóstwo materialne pewnych grup ludności. Pod względem konsumpcji papierosów oraz alkoholu jesteśmy w czołówce światowej, a zachowania sprzyjające zdrowiu są mało popularne. Świadczy o tym m. in. struktura wydatków z r. 1983 w przeliczeniu na jedną osobę w Polsce: na alkohol wydano w tym roku 15%, na tytoń — 2,5% dochodów osobistych, podczas gdy na higienę osobistą wyłożono 1,9% dochodów, a na sport, turystykę i wypoczynek — tylko 1% (Rocznik statystyczny GUS, 1984). Maleje członkostwo w organizacjach wychowania fizycznego: z 2977 tys. w r. 1970 do 2939 w r. 1980 i 2159 w r. 1983; liczby członków klubów sportowych wynosiły w tym czasie: 641 tys. w r. 1970, 324 tys. w r. 1980 i tylko 284 tys. w r. 1983.

Niedobór zdrowia jest w Polsce w wysokim stopniu zróżnicowany społecznie. Wg danych z połowy lat 1970 z 8% populacji rodzin w Polsce o najniższych dochodach pochodziło 32% zgonów niemowląt, przy czym w miastach 15% i 44% na wsi, a z 2% rodzin o powierzchni mieszkaniowej 5 m² i mniej na osobę: 14% zgonów niemowląt; współczynnik zgonów niemowląt matek o wyższym wykształceniu wynosił w tym samym czasie 19 na tysiąc urodzeń żywych, a odpowiedni współczynnik wśród niemowląt matek o wykształceniu niepełnym podstawowym blisko trzy razy więcej, bo 56. Jeszcze ostrzej występuje to w stosunku do zgonów z tzw. przyczyn egzogenicznych, którym można zapobiec, i tak w grupie o wyższym wykształceniu współczynnik zgonów niemowląt wynosił 3, a w grupie z wykształceniem niepełnym podstawowym dziesięć razy więcej, bo 30 na tysiąc urodzeń żywych. Dane powyższe wskazują na pilną potrzebę przeciwdziałania opisanym zjawiskom negatywnym, w czym winno się znaleźć miejsce na wdrożenie innowacyjnej myśli lekarzy oraz na kontrolę efektywności przebiegu naprawy istniejącego stanu m.in. przy pomocy metod epidemiologicznych.

Potrzebę intensyfikacji badań epidemiologicznych uzasadnia także pogarszający się stan środowiska naturalnego w Polsce, utrzymujące się stale zagrożenie ze strony środowiska pracy oraz niezadawalający stan sanitarny kraju. Wprawdzie słyszy się opinie, że w sytuacji zagrożenia należy badania zastąpić działaniem, ale wcześniejsze doświadczenia w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych w Polsce dowodzą, że napływ aktualnych informacji najskuteczniej wspomnianie działania racjonalizuje i przyspiesza. To samo doświadczenie uczy także, że zwalczanie skutków zdrowotnych szkodliwości środowiskowych najtrafniej ukierunkowuje prawidłowa ocena sytuacji bieżącej. Rola epidemiologii nie ogranicza się tu (i gdzie indziej) do funkcji poznawczej, ale obejmuje również funkcje monitoringowe, diagnostyczne, normatywne i inne.

Uznając potrzebę opisowych badań nad stanem zdrowia ludności, należy w przyszłości dążyć do ulepszenia systemów gromadzenia danych i ich pełniejszej analizy. Niezbędne jest również częstsze podejmowanie badań analitycznych i eksperymentalnych, które są konieczne m. in. dla kształcenia młodej kadry naukowej. Należy zmniejszyć rosnący dystans między umiejętnościami oraz zasob-

bem środków, jakim dysponują epidemiolodzy w Polsce i krajach wyżej rozwiniętych. Szczególnie chodzi tu o szersze stosowanie nowszych technik umożliwiających efektywne analizowanie danych jakościowych, dzięki zarówno ich lepszej znajomości, jak i szerszej dostępności odpowiednich programów i systemów komputerowych oraz szybszych i prostszych w zastosowaniu maszyn cyfrowych. W pełni doceniając wagę udziału polskiej epidemiologii w badaniach etiologicznych nie należy jednak przeoczyć zaznaczających się w świecie tendencji do niekonwencjonalnego wykorzystania danych opisowych, np. do rozwiązania lokalnych problemów zdrowotnych, jak np. w Szwecji, czy wyzyskiwania ich w celu wykrycia niedostępnych dla innych metod efektów kohortowych, jak w programie „Monica”, dotyczącym etiologii choroby niedokrwiennej serca.

Reasumując, chociaż celowe jest zapewnienie rozwoju epidemiologii jako kierunku badań naukowych realizującego swoiste dla siebie cele poznawcze na równi z innymi naukami medycznymi, to główną racją jej trwania jest rola, jaką spełnia jako narzędzie ochrony i umacniania zdrowia zbiorowego. Dlatego w przyszłych planach rozwoju epidemiologii należy preferować jej funkcję instrumentalną i praktyczną, szczególnie informacyjną i monitorującą, ale także uwzględniającą wyraźnie określone cele badawcze i dysponującą efektywnymi i nowoczesnymi środkami ich realizacji. Należy podjąć działanie dla zapobieżenia pogłębiającemu się kryzysowi m. in. kadrowemu epidemiologii naukowej i praktycznej; stan ten wymaga wielokierunkowego działania między innymi w zakresie zmiany polityki kadrowej, wyższych preferencji dla tej dziedziny w oparciu o zasadę jej niezbędności, kształcenia przed i podyplomowego, np. w formie szkoły zdrowia publicznego, większych możliwości doszkalania młodej kadry naukowej za granicą; wzbogacenia warsztatu o nowoczesny sprzęt laboratoryjny i obliczeniowy oraz o inne środki, np. testy diagnostyczne. Działalności epidemiologii naukowej nie należy także ograniczać wyłącznie do funkcji sprawozdawczych i opisowych, chociaż należy uznać te kierunki również za ważne, ale używać jej przede wszystkim jako narzędzia wyjaśniania przyczyn najważniejszych problemów zdrowotnych oraz instrumentu oceny skuteczności, wydajności i sprawności metod przedsięwzięć i programów zdrowotnych.

STRESZCZENIA Z PIŚMIENICTWA ZAGRANICZNEGO

Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS). Doniesienie o międzynarodowej konsultacji naukowej pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. (Opracowano na podstawie informacji w Weekly Epidemiological Record 1985; 17: 129)

W Atlancie (Georgia), w dniach od 15 do 17 kwietnia 1985 r. odbyła się międzynarodowa konferencja na temat AIDS. Brało w niej udział ok. 2000 uczestników z 50 krajów; po konferencji, w dniach od 18 do 19 kwietnia odbyła się konsultacja WHO, będąca przeglądem informacji prezentowanych na konferencji i oceną międzynarodowych aspektów omawianych zagadnień. We wnioskach końcowych grupa konsultantów stwierdziła, że przedsięwzięcie odpowiedniej działalności w oparciu o dostępne informacje, może zredukować zapadalność na AIDS w obrębie różnych grup ryzyka.

Ogólne wnioski i zalecenia w wyniku konsultacji

Wytyczne dla Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

* — Konieczne jest utworzenie sieci ośrodków współpracujących nad AIDS, które będą brały udział w szkoleniu personelu, w ustalaniu techniki przeprowadzania badań diagnostycznych, w ocenie ich wyników oraz będą służyć pomocą w produkcji odpowiednich odczynników. Będą one także brać udział w przygotowywaniu materiałów szkoleniowych, w organizacji badań nad określeniem naturalnego przebiegu choroby i ocenie szerzenia się zakażenia w różnych częściach świata.

* — W celu koordynacji ogólnego nadzoru nad AIDS powinno się opracować i ustalić definicję zachorowania na AIDS oraz ujednoczyć schemat meldunków. Przewidywana jest kontynuacja i doskonalenie prac nad przygotowaniem produkcji skutecznej szczepionki oraz, jeśli będzie to wskazane, ustalenie międzynarodowych wymogów dotyczących szczepionki.

Wytyczne dla krajów członkowskich

* — Społeczeństwo powinno być poinformowane, że zakażenia wirusem LAV/HTLV-III nabywa się najczęściej takimi drogami jak: kontakty hetero- i homoseksualne, wspólne używanie igieł do iniekcji przez osoby nadużywające leków dożylnych, tranfuzja zanieczyszczonej krwi i produktów krwiopochodnych, przekazywanie niemowlętom przez zakażone matki oraz prawdopodobnie poprzez wtórne używanie igieł i innych niesterylnych narzędzi służących do naruszania ciągłości tkanek. Informacje na temat ryzyka zakażenia LAV/HTLV-III i AIDS powinny być udostępniane ogółowi społeczeństwa, a szczególnie osobom (zarówno mężczyznom, jak i kobietom), mogącym znajdować się pod wpływem wroscącego ryzyka z powodu kontaktów z wieloma partnerami seksualnymi. Do obecnej chwili brak dowodów rozprzestrzeniania się LAV/HTLV-III drogą przypadkowych kontaktów lub drogą kontaktów domowych. Państwa, w których rozpoznaje się AIDS, powinny być świadome tego, że terminowa i dokładna informacja jest często koniecznym warunkiem rozpraszania wątpliwości w środowiskach społecznych, których problem zachorowań na AIDS nie dotyczy.

* — Każde państwo powinno ocenić stopień ryzyka AIDS w odniesieniu do populacji kraju i ustalić metody rozpoznawania choroby drogą nadzoru i badań laboratoryjnych, z uwzględnieniem specyficznych testów w kierunku LAV/HTLV-III.

* — Ponieważ wystąpienie AIDS jest poprzedzone zakażeniem LAV/HTLV-III, w celu wczesnego rozpoznania wymagać się będzie wykonywania badań serologicznych w grupach potencjalnego ryzyka zakażenia. WHO powinno pomagać i współuczestniczyć w przeprowadzaniu okresowych badań serologicznych w krajach, w

których rozpoznawany jest AIDS, oraz w gromadzeniu porównywalnych danych i reprezentatywnej selekcji surowic.

* — Jeżeli tylko to możliwe, potencjalni dawcy krwi i osocza powinni być badani metodami skryningowymi w celu stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko LAV/HTLV-III, a wynik pozytywny powinien wykluczać wykorzystanie pobranej krwi zarówno w transfuzji, jak i w produkcji preparatów krwiopochodnych, z powodu ryzyka przekazania czynnika zakaźnego. Potencjalni dawcy powinni być przed oddaniem krwi informowani o konieczności wykonania badania.

* — Ryzyko przekazania LAV/HTLV-III w koncentratkach czynnika VIII i IX może być zmniejszone poprzez obróbkę termiczną (wysoka temperatura), lub zastosowanie innych, sprawdzonych metod inaktywacji.

* — Potencjalni dawcy narządów, nasienia, lub innego materiału pochodzenia ludzkiego, powinni być poinformowani o możliwościach przekazywania AIDS, natomiast osoby z grup wzrastającego ryzyka zakażenia, powinny być wykluczane spośród dawców. Jeżeli istnieje możliwość wykonania badań serologicznych, należy je przeprowadzić przed wykorzystaniem materiału. Jest to szczególnie ważne w przypadku, gdy gromadzony materiał pochodzi od dawców, którymi są nieprzytomni lub zmarli pacjenci, a nie dysponuje się wystarczającymi informacjami na ich temat.

* — Osoby, u których otrzymano pozytywny wynik badania w kierunku obecności przeciwciał LAV/HTLV-III, powinny być poddane badaniu lekarskiemu. Ludzie ci powinni poinformować opiekujący się nimi personel służby zdrowia o swoim stanie.

* — Ekspersi służby zdrowia powinni opracować wytyczne dotyczące ogólnej opieki nad chorymi na AIDS i obchodzenia się (w warunkach szpitalnych i w innych okolicznościach) z pochodzącymi od nich próbkami materiału. Wytyczne te powinny być zbieżne z tymi, które sprawdzili się w opiece nad pacjentami z wirusowym zapaleniem wątroby typu B (wzw B).

* — Kraje powinny szeroko informować służbę zdrowia o wprowadzonych przepisach dotyczących wykonywania prac laboratoryjnych, aby uniknąć ryzyka zakażenia personelu. Odpowiednie wytyczne zostały opublikowane przez WHO w 1983 r. Poziomym wymaganym w pracy z próbkami pochodzącymi od pacjentów zakażonych LAV/HTLV-III jest podobny, jak w odniesieniu do wzw B. W pracach związanych z produkcją i oczyszczaniem LAV/HTLV-III zaleca się przestrzeganie przepisów stosowanych w odniesieniu do pracy z materiałem wysoce zakaźnym.

* — Gromadzenie i magazynowanie próbek surowicy od reprezentatywnej grupy pracowników laboratoryjnych w okresie ich zatrudnienia pozwoli w przyszłości na oszacowanie stopnia ryzyka zakażenia się w laboratorium oraz skuteczności przepisów obowiązujących w pracy z materiałem wysoce zakaźnym. Kraje powinny udostępnić Światowej Organizacji Zdrowia zebrane na ten temat informacje w celu ich skorelowania i opracowania. Pobieranie i badanie próbek może być przeprowadzone jedynie za zgodą zainteresowanych osób.

* — Kraje powinny być powiadomione o obowiązku utajnienia informacji dotyczących wyników badań serologicznych i identyfikacji pacjentów chorych na AIDS. Badania serologiczne tych osób powinny być podejmowane za ich zgodą.

A. Przybylska

M. G. Mosznaga, P. K. Koszczug, W. A. Winogradow: Czynność wewnętrzzydzielnicza trzustki po przebyciu brucelozy. *Terapeutyczny Archiw.* 1985, 57, 1, 37

Brucelozą cechuje się skłonnością do nawrotów i przewleknięcia się choroby. Klinicznymi wykładnikami toczącego się procesu chorobowego są zmiany zapalno-zwyrodnieniowe głównie układu siateczkowo-śródbłonkowego, nerwowego, krążenia i wewnętrznego wydzielania. Nieliczne prace zajmujące się wewnętrzzydzielniczą czynnością trzustki, oparte na niewielkim materiale klinicznym, wykazały upóźnienie jej czynności. Wydaje się, że upóźledzona czynność może być wywołana nie tylko zmianami organicznymi tego narządu ale i uszkodzeniem czynnościowym tzw. osi jelitowo-trzustkowej.

Badania wykonano u 105 osób; u 75 (43 mężczyzn i 32 kobiety) w wieku 20—60 lat, w 4—7 lat po przebyciu brucelozy i u 30 (17 mężczyzn i 13 kobiet) w wieku 15—58 lat, z przewlekłym niekamicznym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, stanowiących grupę kontrolną.

U osób po przebyciu brucelozy wyjściowe stężenie glukozy w surowicy oraz

po 15 i 60 minutach po doustnym podaniu 50.0 g glukozy było statystycznie znacząco niższe w porównaniu z grupą kontrolną, ale maksymalne stężenie w obu badanych grupach było praktycznie takie samo. Stężenie insuliny po 15 i 30 minutach było także statystycznie znacząco niższe w porównaniu z grupą kontrolną i osiągało wartość maksymalną po 60 minutach, podczas gdy w grupie kontrolnej po 30 minutach.

Po śniadaniu próbnym z niską zawartością węglowodanów stężenie glukozy w surowicy i charakter krzywej cukrowej w obu badanych grupach były niemal identyczne. U osób po przebyciu brucelozы wyjściowe stężenie insuliny w surowicy było statystycznie nieznacząco niższe w porównaniu z grupą kontrolną i osiągało wartość maksymalną (o 22% przewyższającą stężenie wyjściowe) po 40 min., podczas gdy w grupie kontrolnej wartość maksymalną osiągało po 20 min. i przewyższało wartość wyjściową aż o 83%.

U osób po przebyciu brucelozы stężenie gastryny w surowicy na czczo było o 26,8% wyższe w porównaniu z grupą kontrolną, a po śniadaniu próbnym statystycznie nieznacząco niższe. Maksymalne stężenie w obu badanych grupach było takie samo.

Autorzy stwierdzają, że u osób po przebyciu brucelozы po doustnej stymulacji glukozą stężenie insuliny w surowicy jest obniżone. Świadczyć to może o obniżonej reaktywności aparatu wewnątrzwydzielniczego trzustki albo też o zaburzonej efektywności czynności osi jelitowo-trzustkowej. Nie może to być spowodowane upośledzonym wchłanianiem glukozy w jelitach, ponieważ maksymalne stężenie glukozy w obu badanych grupach było jednakowe. Wywołane natomiast być może zaburzeniami innych czynników wewnątrzwydzielniczych np. zmniejszoną produkcją insuliny przez komórki B wysp, obniżoną ich odpowiedzią na pobudzenie w wyniku np. zmniejszenia receptorów glukozowych lub też obniżonej intensywności przekazywania sygnałów przez oś jelitowo-trzustkową. To ostatnie stwierdzenie może być potwierdzone wysokim stężeniem gastryny w surowicy krwi na czczo u osób po przebyciu brucelozы. Wydaje się autorom, że zaobserwowane przez nich zmiany są spowodowane przebycią brucelozą.

J. Janeczko

PRACE Z EPIDEMIOLOGII, KLINIKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH
I ICH POGRANICZA OGŁOSZONE W CZASOPISMACH POLSKICH
W 1983 ROKU

ACTA HAEMATOLOGICA POLONICA, 1983, 14

- E. Kacperska, Z. Głóskowska-Moraczewska, H. Seyfried: Znaczniki immunologiczne wirusa zapalenia wątroby typu B w populacji polskich krwiodawców (nr 2, str. 105).
- Z. M. Rupniewska: Onkogenne retrowirusy (Cz. I) (nr 2, str. 129).
- Z. M. Rupniewska: Model wirusowy leukemogenezy u myszy (Cz. II) (nr 3—4, str. 229).
- Z. M. Rupniewska: Występowanie informacji genetycznej onkowirusów typu C w ludzkich białaczkach i chłoniakach (Cz. III) (nr 3—4, str. 241).

ACTA MYCOLOGICA, 1983, 19

- S. Chauhan, R. K. S. Chauhan: The antimicrobial spectra of selected *Penicillia* against some pathogenic and yeasts (zesz. 1, str. 111).

ACTA NEUROBIOLOGIAE EXPERIMENTALIS, 1983, 43

- N. K. Dev, H. K. Mangat: Cumulative effect of prostaglandin E₂ (PGE₂) injections on electroencephalographic activity in male monkeys (*Macaca mulatta*) (nr 3, str. 193).

ACTA POLONIAE PHARMACEUTICA, 1983, 40

- J. Buśko-Oszczapowicz, T. Prussak-Więckowska, Z. Marchlewska i inn.: Penicyliny półsyntetyczne. XXIV. Właściwości nowej pochodnej ampicyliny (zesz. 1, str. 49).
- Z. Olszewski, H. Krutul: Ocena bakteriologiczna środowiska aptek otwartych. I. Nosicielstwo drobnoustrojów chorobotwórczych u pracowników wybranych aptek otwartych. (zesz. 1, str. 89).
- H. Krutul: Ocena bakteriologiczna środowiska aptek otwartych. II. Czystość mikrobiologiczna powietrza w pomieszczeniach aptek otwartych (zesz. 1, str. 97).
- R. Guryn, H. Mikotajewska, K. Krakowiak: Poszukiwanie związków przeciwpasożytniczych i przeciwgrzybiczych, (nr 2, str. 153).
- J. Pawleczyk, D. Nowacka: Badanie zanieczyszczeń nierozpuszczalnych w płynach parenteralnych o dużej objętości. III. Wpływ opakowań i sterylizacji (nr. 2, str. 199).
- H. Krutul: Ocena bakteriologiczna środowiska aptek otwartych. III. Skażenie drobnoustrojami sprzętów aptecznych, odzieży, blankietów, recept, utensyliów oraz opakowań do leków recepturowych w aptekach otwartych. (zesz. 2, str. 227).
- H. Krutul, Z. Olszewski: Ocena bakteriologiczna środowiska aptek otwartych. V. Stopień i rodzaj skażenia drobnoustrojami leków recepturowych przyrządzanych w aptekach otwartych (zesz. IV, str. 479).
- M. Zaremba, A. Kacprzak-Wiatr, A. Grala-Katuzna i inni: Penicyliny półsyntetyczne. XXV. Ocena aktywności terapeutycznej chlorowodorku estru acetylometylowego hetacyliny (CEAH) na modelach doświadczalnie zakażonych myszy Balb/C pałeczkami Gram — ujemnymi (zesz. 4, str. 497).
- M. Zaremba, A. Kacprzak-Wiatr, A. Grala-Katuzna i inni: Penicyliny półsyntetyczne. XXVI. Ocena aktywności terapeutycznej pochodnych kwasu 6 B — amidynopenicylanowego na modelach doświadczalnie zakażonych myszy Balb/C pałeczkami Gram — ujemnymi (zesz. 4, str. 507).

- J. Pawlaczyc, D. Nowacka: Badanie zanieczyszczeń nierozpuszczalnych w płynach parenteralnych o dużej objętości. IV. Wpływ przechowywania i sączenia (zesz. 5—6, str. 589).
- Z. Zakrzewski, W. Hudemowicz, E. Rudzik, Z. Grzywa: Badanie uwalniania alergenów z maści w zależności od jej składu wraz z oceną kliniczną w próbach skórnych kontaktowych. III. Ocena porównawcza siarczanu neomycyny i chloramfenikolu (zesz. 5—6, str. 609).
- M. Piwowarska, Z. Zakrzewski, J. Zawadowska: Badanie trwałości soli potasowej penicyliny benzylowej, soli sodowej, ampicyliny i soli sodowej kloksacyliny w roztworach glukozy stosowanych do wlewów dożylnych (zesz. 5—6, str. 621).
- S. Kucharski, A. Borkowski, M. Chuchracki: Wpływ wybranych drobnoustrojów na zawartość substancji chemicznych w przechowywanych roztworach stosowanych w lecznictwie. VII. Płyny do dializy i hemodializy — koncentraty i ich rozcieńczenia a komórki szczepów *Serratia marcescens* 6/46 i *Candida albicans* 505. (zesz. 5—6), str. 629).

ANESTEZJOLOGIA, INTENSYWNA TERAPIA, 1983, 15

- W. Jurczyk: Organizacja intensywnej terapii (nr 3—4, str. 217).
- M. Ogonowska-Kotusiewicz: Wpływ anestezji ogólnej złożonej i operacji na wybrane wskaźniki odporności chorego. (nr 3—4, str. 223).
- L. Wołowicka, H. Bartkowiak: Zaburzenie odporności u chorych w stanach krytycznych (nr 3—4, str. 305).

ARCHIVUM IMMUNOLOGIAE ET THERAPIAE EXPERIMENTALIS, 1983, 31

- J. Czarnicki, J. H. Goch: Some T-cell functions in patients with viral myocarditis. The effect of polymorphonuclear leukocyte (PMNL) lysosome factors on T — suppressor cell activity *in vitro* (nr 1, str. 51).
- S. Slopek, W. Stenden, M. Kaczmarek, A. Krukowska, I. Durlak: Application of bacteriophage in the phagocytic test (nr 1, str. 75).
- J. Maresz-Babczyszyn, M. Sokalska: Kinetics of humoral response and mechanism of the protection in mice vaccinated with slimeextract from *Pseudomonas aeruginosa* (nr 1, str. 79).
- M. Łabodzińska, M. Chomik, M. Albin, i inni: Comparison of biological properties of A (HI N1) influenza virus strains isolated in 1947 and during the epidemic of 1977 (nr 1, str. 85).
- J. Maresz-Babczyszyn, M. Sokalska: Resistance to *Pseudomonas aeruginosa* septicemia in mice after transfer of immune spleen cells (nr 2, str. 199).
- B. Szulc, M. Chomik, H. Szalaty: Influence of interferon induction with influenza A virus upon the modification of anti — SRBC humoral response (nr 2, str. 209).
- J. Maresz — Babczyszyn, D. Kowalewska, M. Sokalska: Arthus and delayed type of hypersensitivity to *Pseudomonas aeruginosa* antigens in mouse (nr 2 str. 217).
- A. D. Inglot, O. Inglot: Hormonal — like modulation of growth of Moloney virus — induced tumors by interferon and platelet growth factor. (nr 2, str. 243).
- S. Jankowski, A. Konrad, K. Grybek-Hryncewicz: Impaired bactericidal activity of card sera against *Salmonella* strains (nr 2, str. 249).
- S. Slopek, I. Durlakowa, B. Weber-Dąbrowska i inni: Results of bacteriophage treatment of suppurative bacterial infections. I. General evaluation of the results (nr 3, str. 267).
- S. Slopek, I. Durlakowa, B. Weber-Dąbrowska i inni: Results of bacteriophage treatment of suppurative bacterial infections. II. Detailed evaluation of the results (nr 3, str. 293).
- A. Szkaradkiewicz, W. Kiczka, E. Trejster: Studies on pokeweed mitogen — induced lymphocyte proliferation in viral hepatitis (nr 4, str. 505).
- K. Izdebska-Szymona, K. Nowakowska, E. Sitnicka: Effect of experimental *Pseudomonas aeruginosa* infection on the activity of mouse phagocytes (nr 4, str. 511).
- B. Schu'ler, I. Buchowicz, E. Kotkowska-Tomanek: Anti- *Pseudomonas* immunoglobulin. III. Preliminary clinical evaluation (nr 4, str. 517).
- P. Jakoniuk, J. Borowski, J. Talarczyk: Functional studies on mouse macrophages

activated by phospholipids from *Listeria monocytogenes* and *Aspergillus fumigatus* (nr 4, str. 523).

- J. Reiss, B. Wojtyła, A. Lipko: Antigenic hemagglutination inhibition test in examining of the culture supernatants of *Clostridium botulinum* types A, B, E and F and some related species (nr 4, str. 531).
- Z. Machoń: P. Chlorophenylamide of 3 — methyl — 5-benzoylaminoisothiazole-4-carboxylic acid (ITCL, Wratzolin) — the new antiviral drug (nr 5, str. 579).
- E. Romanowska, Cz. Ługowski, E. Katzenellenbogen, M. Bogulska: Interaction of Wratzolin with serum albumins and its antiproteolytic activity (nr 5, str. 583).
- A. D. Inglot, E. Wolna: Effect of Wratzolin on growth and metabolism of cells *in vitro* (nr 5, str. 593).
- A. D. Inglot: Antiviral activity of Wratzolin (nr 5, str. 611).
- M. Mulczyk, J. Mleczo, D. Witkowska: Antifungal activity of Wratzolin (nr 5, str. 615).
- J. Gieldanowski: Investigations on the activity of p-chlorphenylamide of 3-methyl 5-benzoylaminoisothiazole — 4-carboxylic acid (ITCL) in the experimental keratitis (nr 5, str. 621).
- A. D. Inglot, M. Mulczyk, E. Oleszak: Biological evaluation of Wratzolin penetration from ointments to the skin (nr 5, str. 631).
- K. Moskalewska, H. Dąbrowska, J. Różański, Z. Grzywa: Wratzolin (ITCL) in the treatment of herpes simplex and recurrent and zoster (nr 5, str. 641).
- F. Wąsik, B. Gąsior-Chrzan, A. Woyton i inni: Results of Wratzolin treatment of selected skin diseases with particular reference to those of viral etiology (nr 5, str. 645).
- R. Michałowski, Z. Olejnicka, S. Kozak, J. Urban: Studies on the therapeutic effect of Wratzolin in selected dermatoses. (nr 5, str. 649).
- H. Szarmach, A. Wroński, H. Ludańska, W. Niczyporuk: Clinical studies on the effectiveness of Wratzolin in the treatment of some dermatoses (nr 5, str. 655).
- J. Zielińska-Jencyzyk, M. Cembrzyńska-Nowak, A. Sypuła: Human interferons and their purification (nr 6, str. 819).
- M. Wąsik, A. Myc, H. Matej, L. Rudzka: The MLC response of patients with infections mononucleosis to Epstein — Barr virus — transformed cells (nr 6, str. 871).
- M. Wąsik, H. Matej, D. Duś, A. Myc: The Epstein-Barr virus (EBV) — transformed lymphoblastoid cell lines (LCL) as stimulating cells in mixed lymphocyte culture (MLC) (nr 6, str. 879).
- J. Podwińska: The role of protein component *T. pallidum* in inducing skin reaction for delayed hypersensitivity (nr 6, str. 887).

Opracował: Zbigniew Anusz

CONTENTS

D. Naruszewicz-Lesiuk, B. Iwińska, M. Wieczorkiewicz, J. Kulczycki: Subacute sclerosing panencephalitis in Poland in the years 1977—1982. Second stage of epidemiological studies	161
W. Magdzik: Programme of protective vaccinations in Poland as compared with similar programmes in the European countries	170
M. Gańczak: Comparative analysis of the incidence of lymphocytic cerebrospinal meningitis in the years 1982 and 1983 in the material of the Department of Infectious Diseases, Pomeranian Medical Academ	191
W. I. Botiakow, T. I. Samożłowa, I. I. Protas: Thick-borne western encephalitis in the region of the Białowieża forest	188
S. Karwowska, E. Kacperska, H. Seyfried, A. Nowosławski: Serological indices of prophylactic activity of gamma-globulin produced by the Warsaw Laboratory of Sera and Vaccines in virus hepatitis in the years 1972—1984	193

EPIDEMIOLOGICAL CHRONICLE

Z. Anusz: Infantile diarrhoea aged up to 2 years in 1984	200
Z. Anusz: Infectious mononucleosis in 1984	203
Z. Anusz: Brucellosis and other diseases acquired from animals in 198	205
Z. Anusz: Scabies in 1984	212

EPIDEMIOLOGY OF NON-INFECTIOUS DISEASES

Collective study: Changes in the utilization of services of the Warsaw health service in the years 1970—1979 in relation to the health situation of the population. III. Commensurability of services and needs	216
---	-----

Z. J. Brzeziński: Mortality in Poland in relation to other European countries	224
---	-----

REFERENCES	236
SUMMARIES FROM FOREIGN PERIODICALS	240
PAPERS ON EPIDEMIOLOGY, CLINICAL PROBLEMS OF INFECTIOUS DISEASES AND BORDERLINES PUBLISHED IN THE POLISH PERIODICALS IN 1983	243