

Andrzej Zieliński, Mirosław P Czarkowski, Małgorzata Sadkowska-Todys

CHOROBY ZAKAŻNE W POLSCE W 2012 ROKU

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce w 2012 r.

MATERIAŁ I METODY. Głównym źródłem danych do tego opracowania są zestawienia statystyczne zawarte w biuletynach rocznych „Choroby zakaźne w Polsce w 2012 roku” i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 roku” (NIZP-PZH, GIS, Warszawa 2013) oraz dane zawarte w poszczególnych artykułach prezentowanej w tym zeszycie Przeglądu Epidemiologicznego kroniki epidemiologicznej. Dane o zgonach oparte są o zestawienia Departamentu Badań Demograficznych GUS dotyczące zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych zarejestrowanych w Polsce w 2012 r. i w latach wcześniejszych.

WYNIKI. Zakażenia górnych dróg oddechowych klasyfikowane jako „grypa i podejrzenia zachorowań na grypę” zgłoszono w 2012 r. w liczbie 1 460 037 przypadków, co w porównaniu z 2011 r. stanowi wzrost zapadalności o 26,2%, a w stosunku do mediany z lat 2006-2010 o 286,1%.

W 2012 r., przy wyraźnej dominacji salmoneloz wśród bakteryjnych zakażeń pokarmowych, utrzymała się tendencja spadkowa zapadalności na zakażenia jelitowe o tej etiologii. Zakażeń jelitowych wywołanych przez pałeczki *Salmonella* sp. zarejestrowano w 2012 r. 8 267 (21,5/100 000), co oznacza spadek zapadalności o 4,5%.

Wśród zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej, których zarejestrowano 39 462 przypadki (zapadalność 102,4/100 000), najwięcej było wywołanych przez rotawirusy – 23 692 (61,5/100 000).

W 2012 r. odnotowano 4 684 zachorowania na krztusiec (12,2/100 000), co oznacza wzrost zapadalności w porównaniu z poprzednim rokiem o 180%.

W 2012 r. odnotowano niewielki wzrost liczby zachorowań na świnkę o 7,5%, (z 2 585 do 2 779 przypadków), na różyczkę o 46,0 %, jednak w stosunku do mediany z lat 2006-2010 był to spadek o 52,9%. W 2012 r. nie odnotowano żadnego przypadku różyczki wrodzonej. Liczba zachorowań na odrę wyniosła 70 (0,18/100 000).

W 2012 r. wzrosła liczba zachorowań na choroby inwazyjne wywołane przez *H. influenzae* z 31 w 2011 r. do 36 w 2012 r.

Liczba zachorowań wywołanych przez *Streptococcus pneumoniae* pozostała w 2012 r. w porównaniu z 2011 r. na podobnym poziomie: 436 w 2012 i 430 w 2011. Jednak o 36% wzrosła liczba przypadków sepsy wywołanych przez ten drobnoustrój.

Zapadalność na gruźlicę ogółem (wszystkie postaci gruźlicy) w 2012 r. zmniejszyła się w porównaniu z rokiem poprzednim z 22,0 do 19,6/100 000, a na gruźlicę płuc z 20,5 do 18,2.

W 2012 r. zgłoszono 1 093 przypadki zakażeń HIV (2,84/100 000), co w porównaniu z poprzednim rokiem oznacza spadek zapadalności o 2,4%.

Zarejestrowano 21 przypadków malarii u osób, które zakaziły się za granicą na obszarach endemicznych malarii.

W 2012 r. nie odnotowano zachorowań na błonicę, nagminne porażenie dziecięce, wściekliznę oraz wirusowe gorączki krwotoczne poza dengą, której 5 przypadków zakażeń nabytych w obszarach endemicznych zgłoszono do nadzoru epidemiologicznego.

Z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2012 r. zmarły w Polsce ogółem 2 774 osoby. Udział zgonów z tych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów wyniósł 0,72%, a umieralność - 7,2 na 100 000 ludności; 41,1% wszystkich zgonów wystąpiło z powodu posocznicy.

Słowa kluczowe: choroby zakaźne, epidemiologia, zdrowie publiczne, Polska, rok 2012

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i pasożytniczych objętych nadzorem epidemiologicznym w Polsce w 2012 r. w porównaniu z rokiem 2011 oraz latami 2006-2010.

MATERIAŁ I METODY

Źródłem danych do tego opracowania są zestawienia statystyczne zawarte w biuletynach rocznych „Choroby zakaźne w Polsce w 2012 roku” i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 roku” (NIZP-PZH, GIS, Warszawa 2013) oraz dane zawarte w poszczególnych artykułach kroniki epidemiologicznej, w których Autorzy dokonali szczegółowego omówienia problemów dotyczących wybranych chorób zakaźnych. Dane dotyczące zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych zarejestrowanych w 2012 r. i w wybranych latach wcześniejszych uzyskano z zestawień Departamentu Badań Demograficznych GUS.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Tabela 1. „Choroby zakaźne w Polsce w latach 2006-2012. Zachorowania, zapadalność na 100 000 ludności i liczba zgonów”, zawiera zestawienia danych liczbowych o wybranych chorobach podlegających zgłoszeniu w ramach nadzoru epidemiologicznego.

Zakażenia górnych dróg oddechowych. Zakażenia górnych dróg oddechowych klasyfikowane jako „grypa i podejrzenia zachorowań na grypę” - w 2012 r. zgłoszono 1 460 037 przypadków – 3 789,0/100 000, co w porównaniu z 2011 r. stanowiło wzrost o 26,2%, a w stosunku do mediany z lat 2006-2010 o 286,1%. Jak w poprzednich latach, zapadalność na grypę i podejrzenia grypy najwyższa była u dzieci w grupie wieku 0-14, gdzie wyniosła 12 096,2/100 000. Zmarły z powodu grypy 4 osoby, podczas gdy w 2011 r. zgłoszono 95 zgonów z powodu grypy. Problemem pozostaje niski odsetek potwierdzonych rozpoznań grypy. W 2012 r. potwierdzono laboratoryjnie rozpoznanie zaledwie u 133 chorych.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe. W 2012 r. wśród bakteryjnych zakażeń pokarmowych podobnie jak w ostatnich dekadach dominowały zakażenia wywołane przez pałeczki *Salmonella* przy utrzymującej się tendencji spadkowej zarówno w odniesieniu do zapadalności, jak i odsetkowego udziału salmoneloz wśród zachorowań o innej etiologii, szczególnie wirusowych. Najwięcej zakażeń wirusowych było wywołanych przez rotawirusy, i dotyczyły przede wszystkim dzieci. W 2012 r. odnotowano 23 692 zakażenia rotawirusowe (61,5/100 000), co stanowiło spadek o 23,0% w stosunku do poprzedniego roku oraz wzrost o 12,3% w stosunku do mediany z lat 2006-2010. Ogółem zarejestrowano 39 462 przypadki (102,4/100 000) zakażeń pokarmowych wywołanych przez wirusy, co mimo spadku w porównaniu z poprzednim rokiem stanowi wzrost o 19,9% w stosunku do mediany z lat 2006-2010.

Zakażenia pokarmowe stanowią szczególne zagrożenie dla dzieci z grupy wieku do lat 2. W tej grupie wieku zakażenia jelitowe szczególnie często mogą prowadzić do znacznego odwodnienia oraz do zaburzeń elektrolitowych. W 2012 r. jako wirusowe i inne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2 zgłoszono 18 066 zachorowań (2 288,4/100 000), a jako biegunki do lat 2 BNO, prawdopodobnie zakaźne 14 201 (1798,9/100 000).

Zakażenia norowirusowe występujące częściej u dorosłych stanowią również ważny problem. W 2012 r. było tych zakażeń o 5,2% więcej niż w 2011 r., a w stosunku do mediany z lat 2006-2010 wystąpił wzrost o 36,7 %. Niski odsetek potwierdzeń laboratoryjnych rozpoznań chorób, w których podstawowym objawem jest biegunka sprawia, że czułość rozpoznań zakażeń norowirusowych jest niewielka i jest wysoce prawdopodobne, iż jest ich znacznie więcej niż wykazują to zgłoszenia w ramach nadzoru epidemiologicznego. Ten sam problem odnosi się do innych zakażeń bakteryjnych jak np. kamylobakterioza, która w Polsce rozpoznawana jest znacznie rzadziej niż salmonelozy, a w krajach Europy Zachodniej niemal równie często.

W 2012 r. odnotowano tylko 13 przypadków czerwonej bakteryjnej. Ograniczona liczba badań laboratoryjnych wykonywanych w celu potwierdzenia etiologii zakażeń układu pokarmowego sprawia, że liczby zgłoszeń zachorowań na biegunki o innej etiologii jak np. *Yersinia sp.* są w nadzorze epidemiologicznym w Polsce najprawdopodobniej zaniżone.

Choroby objęte programem szczepień obywatelskich (PSO). Nadzór nad tą grupą chorób jest szczególnie ważny z tej racji, że dane o zapadalności na te choroby mają bezpośrednie przełożenie na politykę szczepień.

W zakresie chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia, szczególny niepokój budzi wzrost zapadalności na krztusiec, jaki wystąpił w 2012 r. Odnotowano 4 684 zachorowania, a zapadalność wyniosła (12,2/100 000). Jest to najwyższa zapadalność na tę chorobę od roku 1971. Znaczne rozbieżności w zapadalności na krztusiec pomiędzy poszczególnymi województwami mogą przynajmniej w znacznej mierze zależeć od różnic w czułości wychwytywania przypadków zachorowań oraz w ich możliwości potwierdzenia.

W 2012 r. zapadalność na świnkę wzrosła o 7,5%, co nie stanowi znaczącej zmiany. W stosunku do mediany z lat 2006-2010 jest to spadek o 16,0%.

Wyraźniejszy był w 2012 r. wzrost zapadalności na różyczkę - w porównaniu z poprzednim rokiem o 46,0%. Liczne roczniki młodzieży męskiej niezaszczepione przeciwko różyczce stanowią rezerwuwar wirusa tej choroby i do czasu objęcia szczepieniami MMR ogółu młodzieży i młodych dorosłych, tego rodzaju wahania zapadalności mogą się powtarzać. Wprowadzenie w 2003 r. powszechnych szczepień MMR z biegiem czasu poprawi tę sytuację. W 2012 r. nie odnotowano żadnego przypadku różyczki wrodzonej. Mimo corocznych fluktuacji liczba zachorowań na świnkę i różyczkę po wprowadzeniu do kalendarza szczepień szczepionki MMR wyraźnie spadła.

Od kilku lat obserwowane są zachorowania na odrę w różnych grupach wieku, zwykle związane z zawlekaniami tej choroby do naszego kraju. Wiąże się to również z migracją do Polski osób, które nie poddają dzieci szczepieniom. Przy niskiej zapadalności, niewielkie nawet ogniska zachorowań na odrę powodują znaczne zmiany w odsetkach zapadalności, które choć nie mają wielkiego znaczenia epidemiologicznego, sygnalizują problemy z objęciem szczepieniem przeciw odrze osób z niektórych grup społecznych czy etnicznych.

W 2012 r. zarejestrowano 70 przypadków odrzy, w 2011 r. 38 przypadków. Wzrost zapadalności wyniósł w porównaniu z rokiem poprzednim 84,2%, ale w porównaniu z medianą z lat 2006-2010 był to spadek o 30,8%.

W 2012 r. choroby inwazyjne wywołane przez *H. influenzae* wystąpiły w liczbie 36, o pięć przypadków więcej niż w roku poprzednim. Poprawa sytuacji epidemiologicznej odnośnie zakażeń wywołanych przez *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) wskazuje wyraźnie na efektywność szczepień przeciw Hib.

Zapadalność na gruźlicę w 2012 r. uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem poprzednim z 22,0/100 000 do 19,6/100 000 w zakresie wszystkich postaci gruźlicy, a na gruźlicę płuc z 20,5 do 18,2/100 000. Jak w poprzednich latach, odnotowano duże, w skrajnym przypadku trzykrotne różnice w zapadalności między poszczególnymi województwami. Najpoważniejsza sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w województwach: lubelskim, świętokrzyskim i śląskim. Różnice w zapadalności na gruźlicę pomiędzy poszczególnymi województwami stanowią istotny problem nie tylko sytuacji epidemiologicznej w tych województwach, ale również problemów demograficznych i bytowych ludności. W ostatnim dziesięcioleciu obserwowana jest stała tendencja spadkowa zachorowań na gruźlicę w Polsce.

Inne choroby zakaźne i pasożytnicze. W obecnym czasie poważny problem stanowią zakażenia inwazyjne wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*. Liczba odnotowanych przypadków zakażeń *S. pneumoniae* ogółem wyniosła 436 (1,13/100 000). W 2012 r. co

najmniej 36 z tych zachorowań zakończyło się zgonem; 8 w przebiegu zapalenia opon mózgowych, 6 z powodu posocznicy, a pozostałe 22 zgony wystąpiły w przebiegu innych schorzeń wywołanych przez ten drobnoustroj. Istnieją poważne przesłanki, że liczby występujących zakażeń są znacznie wyższe od liczby zgłoszeń do nadzoru epidemiologicznego.

Rok 2012 był kolejnym rokiem, w którym odnotowano wzrost zachorowań na płonicę. Zgłoszono 25 421 zachorowań (66,0/100 000), co stanowi w porównaniu z poprzednim rokiem wzrost o 39,1%, a w porównaniu z medianą 2006-2010 o 124,9%. Nie zanotowano zgonów z powodu płonicy.

W 2012 r. odnotowano 241 zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (0,63/100 000). W stosunku do mediany z lat 2006-2010 był to spadek o 19,4%.

Od roku 2002 obserwowana jest wyraźna tendencja wzrostowa liczby nowo wykrytych zakażeń HIV. W 2012 r. zgłoszono ich 1 093 (2,84/100 000). W stosunku do mediany z lat 2006-2010 jest to wzrost o 29%. Dane te wskazują na niską efektywność działań prewencyjnych. Mimo niedostatku informacji o czynnikach ryzyka nowych zakażeń, istnieją przesłanki, że przyczyną obserwowanego wzrostu zapadalności są niezabezpieczone kontakty seksualne, głównie między mężczyznami.

Ważny problem zdrowia publicznego stanowią wirusowe zapalenia wątroby. Spośród nich najpoważniejszy problem epidemiologiczny stanowi wzw typu C, przeciw któremu nie ma skutecznej szczepionki. W 2012 r. zgłoszono 2 292 nowe zachorowania, a zapadalność wyniosła 5,9/100 000. W stosunku do poprzedniego roku jest to spadek o 2%, a w stosunku do mediany z lat 2006-2010 o 3,6%. Odwrócenie wzrastającego trendu zachorowań na wzw typu C jest zjawiskiem budzącym nadzieję na dalszą poprawę związaną z higieną i jakością sterylizacji sprzętu w instytucjach medycznych.

Jednak ze względu na to, iż jest to choroba przewlekła mająca nieraz po wielu latach poważne następstwa w postaci marskości i raka pierwotnego wątroby, roczne przyrosty nowo wykrytych zakażeń kumulują się w liczby stanowiące bardzo poważny problem zdrowia publicznego.

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B różni się przede wszystkim możliwością czynnego uodpornienia. W 2012 r. liczba zgłoszonych przypadków wzw B wyniosła 1 583 (4,1/100 000). Zapadalność w porównaniu z rokiem ubiegłym nie uległa zmianie. Jednak u dzieci w wieku 0-14 nie wykryto ani jednego zakażenia.

Od szeregu lat Polska jest krajem o bardzo niskiej endemiczności wzw A. Rocznie występuje kilkadziesiąt, rzadko powyżej stu przypadków (w 2012 r. było ich 71), zwykle powiązanych z przybyciem osób zaka-

zonych z zagranicy i wystąpieniem niewielkich ognisk epidemicznych.

Zapadalność na boreliozę z Lyme miała wyraźny trend wzrostowy od 1998 r. do 2009 r., a w latach 2010 - 2012 zapadalność na tę chorobę nie zmieniała się istotnie. W roku 2012 odnotowano 8 784 przypadki (22,8/100 000), co w stosunku do mediany z lat 2006-2010 stanowiło wzrost zapadalności o 5,3%.

W 2012 r. zarejestrowano 28 przypadków bąblowicy, o 47,3% więcej niż w poprzednim roku, jednak w stosunku do mediany z lat 2006-2010 był to spadek o 22,9%.

Ogniska włośnicy, które były notowane kilkakrotnie w poprzednich latach, głównie po spożyciu mięsa dzików, w 2012 r. nie wystąpiły. Zarejestrowano tylko jedno zachorowanie. Jest to prawdopodobnie związane z lepszym nadzorem weterynaryjnym nad mięsem upolowanych zwierząt, szczególnie dzików.

Rodzime zachorowania na zimnicę nie występują w Polsce, jednak są do naszego kraju importowane z krajów endemicznych. Zarejestrowano 21 przypadków malarii u osób, które to zakażenie nabyły za granicą.

W 2012 r. odnotowano 189 zachorowań (0,49/100 000) na kleszczowe zapalenie mózgu. Był to spadek o 14,5% w porównaniu z rokiem poprzednim. Ze względu na to iż 111 przypadków zapalenia mózgu zostało rozpoznanych bez określenia etiologii, zapadalność na zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze mogłaby okazać się wyższa.

Wirusowych zapaleń opon mózgowych zgłoszono 1 285 (3,33/100 000). Był to, w porównaniu z rokiem poprzednim, wzrost zapadalności o 23,7%

W 2012 r. zgłoszono 34 porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat, co daje zapadalność 0,59/100 000. Rozkład zgłoszeń z poszczególnych województw jest nierównomierny. Z trzech województw: opolskiego, podkarpackiego i podlaskiego nie było żadnych zgłoszeń. Natomiast wartość oczekiwaną zapadalności $\geq 1/100 000$ otrzymano tylko w czterech województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Zgłoszenia porażenia wiotkich stanowią ważny i obiektywny test czułości nadzoru epidemiologicznego i niestety od szeregu lat wyniki tych zgłoszeń dają nam niedobre świadectwo.

W 2012 r. nie odnotowano zachorowań na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne: dżumę, wąglik, błonicę, nagminne porażenie dziecięce, wściekliznę oraz wirusowe gorączki krwotoczne poza dengą, której 5 przypadków zakażeń nabytych w obszarach endemicznych zgłoszono do nadzoru epidemiologicznego.

Zgony i umieralność z powodu chorób zakaźnych. Dane udostępnione przez Departament Badań Demograficznych GUS wskazują, że w 2012 r.

z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (przy uwzględnieniu zgonów spowodowanych przez niektóre postaci zapalenia opon mózgowych i mózgu oraz grype - symbole G00-G05 i J10-J11 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ICD-10) - zmarły w Polsce 2 774 osoby. Udział zgonów z powodu tych chorób w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w 2012 r. (384 788 zgonów) wyniósł 0,72%, a umieralność - 7,2 na 100 000 ludności. W porównaniu z analogicznymi wskaźnikami odnotowanymi w poprzednim roku (odpowiednio: 0,91% i 8,8) były to wartości zdecydowanie niższe - odpowiednio o 20,6% i 18,6%. Tym samym zahamowana została tendencja wzrostowa umieralności z powodu chorób zakaźnych obserwowana w Polsce po 1998 r., szczególnie w ostatnich 5 latach, (Fig. 1. Umieralność na choroby zakaźne /na 100 000 ludności/ i procentowy udział zgonów z powodu chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 1983-2012).

Wyraźny spadek umieralności z powodu chorób zakaźnych odnotowany przez GUS, to efekt gwałtownego zmniejszenia się liczby zgonów, w których jako przyczynę wyjściową wskazano posocnicę paciorkowcową lub inną, najczęściej „nieokreśloną” (bez posocznicy meningokokowej oraz bez posocznicy u noworodków; kody A40 i A41 wg ICD-10). W 2012 roku zarejestrowano 1 141 takich przypadków (rok wcześniej 1 773), co oznaczało spadek o 35,6% w porównaniu z rokiem poprzednim.

Tak gwałtowny spadek z roku na rok liczby zgonów z powodu posocznicy nie mógł być efektem poprawy sytuacji epidemiologicznej, ani wynikać ze zmniejszenia się śmiertelności posocznicy, wystąpił bowiem w następstwie weryfikacji kart zgonów z taką przyczyną przeprowadzonej na wniosek Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez Departament Badań Demograficznych GUS. Wnioskując o weryfikację Zakład Epidemiologii zwracał uwagę, że obserwowane w Polsce zjawisko narastania na przestrzeni ostatnich lat liczby zgonów z powodu posocznicy może wskazywać na pogorszenie się jakości danych statystycznych, dotyczących zgonów z powodu chorób zakaźnych, ponieważ w przypadku zgonów związanych z posocznicami ICD-10 zaleca kodowanie przede wszystkim stanów poprzedzających te posocznice, prowadzących do posocznicy.

W wyniku weryfikacji liczba zgonów, w których posocznice wskazano jako przyczynę wyjściową zgonów, zmalała prawie o połowę (z 2 034 przed weryfikacją do 1 141) niemniej nadal, tak jak w poprzednich latach, pozostały one przyczyną najczęstszą i stanowiły 41,1% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych (rok wcześniej 52,0%).

Spśród chorób zakaźnych, które spowodowały największą liczbę zgonów w 2012 r., poza posocznicami wymienić należy: gruźlicę i jej późne następstwa (640 zgonów; 23,1% wszystkich zgonów z powodu chorób

zakaźnych i pasożytniczych), wirusowe zapalenia wątroby i ich późne następstwa (wszystkie typy razem - 296 zgonów; 10,7%), zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile* (127 zgonów; 4,6%), bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu (122; 4,4%) i AIDS (118; 4,3). Wymienione wyżej choroby razem (łącznie z posocznicami) były przyczyną prawie 90% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych w 2012 r.

Zwraca uwagę wzrost liczby zgonów z powodu zakażeń jelitowych wywołanych przez *Clostridium difficile*, które przed 2008 rokiem odnotowywano w Polsce jedynie sporadycznie (od 0 do 3 zgonów rocznie), a których liczba w ostatnim pięcioleciu zaczęła gwałtownie rosnąć. Obserwowane w Polsce w tym samym czasie upowszechnienie się diagnostyki laboratoryjnej tego patogenu, sprzyjające jego większej wykrywalności, tylko częściowo tłumaczy ten wzrost, dlatego należy zauważyć, że laseczki *Cl. difficile* były w 2012 r. patogenem, który wywołał najwięcej ognisk zakażeń szpitalnych zgłoszonych do nadzoru (82 ogniska, 27% wszystkich zgłoszonych ognisk).

Zwiększyły się znacznie różnice pomiędzy umieralnością odnotowaną w poszczególnych województwach w 2012 r. w porównaniu do różnic zaobserwowanych rok wcześniej. Stosunek najwyższego - w skali województw - współczynnika umieralności do współczynnika najniższego wyniósł 4,7:1. W poszczególnych województwach udział zgonów z powodu chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów wahał się od 0,24% w woj. podlaskim i 0,34% w kujawsko-pomorskim do 1,07% w zachodniopomorskim i 1,12% w pomorskim; a współczynniki umieralności z powodu chorób zakaźnych - od 2,3 na 100 000 ludności w woj. podlaskim i 3,3 w kujawsko-pomorskim do 10,3 w zachodniopomorskim i 10,9 w mazowieckim.

Udział chorób zakaźnych i pasożytniczych w przyczynach zgonów mężczyzn w 2012 r. (0,77%; umieralność 8,3 na 100 000), tak jak w latach poprzednich, przewyższał udział tych chorób w przyczynach zgonów kobiet (odpowiednio: 0,67% i 6,2). Współczynnik umieralności mężczyzn z powodu chorób zakaźnych był wyższy od współczynnika umieralności kobiet o 35,0%, przy czym wyższą umieralność mężczyzn, z wyjątkiem grupy 10-14 lat, stwierdzono we wszystkich pozostałych grupach wieku. W grupie wieku 5-9 lat różnica na niekorzyść mężczyzn była prawie 5-krotna (ale dotyczyła 6 zgonów ogółem), w grupie 30-34 lata - 4-krotna, a w grupie 15-19 lat - prawie czterokrotna. (Fig.2. Umieralność na choroby zakaźne (na 100 000 ludności) w Polsce w 2012 r. wg płci i wieku)

Zgodnie z wieloletnią tendencją, udział chorób zakaźnych i pasożytniczych w przyczynach zgonów mieszkańców miast był znacząco wyższy niż w przypadku mieszkańców wsi. W miastach choroby zakaźne

i pasożytnicze były przyczyną 0,84% ogółu zgonów, natomiast na wsi - 0,54%. Ogólna umieralność z powodu chorób zakaźnych w miastach (8,4 na 100 000) była wyższa od umieralności na wsi (5,4) o 57,0% i tylko w jednej grupie wieku (15-19 lat) różnica ta była odwrotna. Największa różnica na niekorzyść miast - prawie 4-krotna - wystąpiła w grupie wieku 30-34 lata. (Fig. 3. Umieralność na choroby zakaźne (na 100 000 ludności) w Polsce w 2012 r. wg środowiska i wieku)

Najwięcej zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych odnotowano wśród osób starszych (modalna 80-84 lata), a najwyższą umieralność z powodu tych chorób - wśród osób najstarszych, w wieku powyżej 84 lat (56,4 na 100 000). Największy procentowy udział miały jednak choroby zakaźne w umieralności dzieci w wieku do lat 9 oraz osób dorosłych w wieku od 30 do 44 lat. W grupie dzieci w wieku 0-4 lata udział ten wynosił 1,9%, w tym u niemowląt - 1,1% (umieralność 5,2 na 100 000), u dzieci w 2 roku życia - 3,8%, w 3 rż. - 10,3%, w 4 rż. - 5,8% i w 5 rż. - 7,5%); natomiast w grupie dzieci w wieku 5-9 lat - 2,9%. W przyczynach zgonów osób dorosłych, w grupie wieku 30-34 lata, udział zgonów z powodu chorób zakaźnych wynosił 1,6%, w grupie 35-39 lat - 2,0%, a w grupie 40-44 lata - 1,7%. Tak więc, weryfikacja kart zgonów zgłoszonych pierwotnie do GUS jako zgony z powodu posocznicy, wpłynęła nie tylko na zmniejszenie się ogólnej liczby zgonów z powodu chorób zakaźnych odnotowanych w 2012 r., ale wpłynęła też - jak można sądzić - na zmniejszenie różnic w udziale chorób zakaźnych i pasożytniczych w ogólnej umieralności osób w różnym wieku.

PODSUMOWANIE

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Polsce w 2012 r., poza znacznym, o 180% wzrostem, zapadalności na krztusiec, nie wykazywała dramatycznych zmian w porównaniu z rokiem poprzednim. Wzrosty zapadalności na choroby, którym można zapobiegać przez szczepienia dotyczyły odry, różyczki i inwazyjnych zakażeń *Haemophilus influenzae* typu b, ale w przypadku odry wzrost zapadalności o 84,2% dotyczył niewielkich liczb zachorowań z 38 w 2011 r. do 70 w 2012 r.

W 2012 r. utrzymała się tendencja spadku zapadalności na zatrucia i zakażenia pokarmowe o etiologii bakteryjnej, przy wzroście zapadalności na te zachorowania o etiologii wirusowej.

W 2012 r. nie nastąpiła znacząca poprawa w zakresie największego problemu nadzoru epidemiologicznego w Polsce, jakim jest niski odsetek laboratoryjnych potwierdzeń rozpoznania zachorowań i zakażeń.

Przy utrzymującym się wysokim poziomie zaszczerpienia w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych odsetek osób korzystających ze szczepień zalecanych nie ulega poprawie. Wzrasta też liczba świadomych odmów szczepień obowiązkowych.

Otrzymano: 26.03.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 31.03.2014 r.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: azieliński@pzh.gov.pl