

Meldunek 11/B/00

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.11 do 30.11.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/B		Dane skumulowane	
	16.11.00. do 30.11.00.	16.11.99. do 30.11.99.	1.01.00. do 30.11.00.	1.01.99. do 30.11.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	8	79	96
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	11	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	805	711	21734	22450
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	3	5	113	277
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	176	134	4612	3508
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	87	30	3668	1289
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	496	447	16585	12073
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	332	337	11459	8818
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	2	14	21
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	117	70	2026	658
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	312	400	7843	8818
Zapalenie opon mózgowych: razem	119	121	1911	2045
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	5	90	108
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	2	77	59
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	28	47	638	739
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	76	58	926	966
inne i nie określone (G03)	11	9	180	173
Zapalenie mózgu: razem	24	25	517	427
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	6	104	89
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	4	9	155	97
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	26	25
wirusowe, nie określone (A86)	7	4	149	146
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	7	4	82	69
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5601	5661	116629	90819
Odra (B05)	4	5	71	92
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	726	487	44108	29630
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	9	47	237	956
typu B (B16; B18.0-B18.1)	93	176	2486	2990
typu C (B17.1; B18.2)	80	111	1787	1605
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	9	114	131
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	13	13	288	326
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	554	1688	16639	87615
Włośnica (B75)	3	-	35	70
Świerzb (B86)	1109	1146	15400	15546
Grypa: ogółem (J10; J11)	12334	477	1567596	2343333
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1095	849	25338	25902
w tym: salmonelozy (A02.0)	800	708	21667	22403
gronkowcowe (A05.0)	13	5	359	347
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	11	2	66	85
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	1	110	62
nie określone (A05.9)	268	133	3135	3005
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	20	8	302	138
w tym: grzybami (T62.0)	20	8	292	122
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	275	351	7671	6529
w tym: pestycydami (T60)	3	4	99	119
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	180	184	4376	3852
alkoholem (T51)	41	46	1636	1226
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	6	40	65

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.11.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1.-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozal/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	-	-	-	805	3	496	-	117	312	119	2	24	4
Dolnośląskie	-	-	-	35	-	26	-	10	25	4	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	37	-	39	-	3	23	3	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	42	-	29	-	2	9	9	-	1	1
Lubuskie	-	-	-	13	-	8	-	-	2	2	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	91	-	22	-	58	9	9	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	26	1	28	-	5	16	20	-	2	-
Mazowieckie	-	-	-	80	-	61	-	16	42	5	-	1	-
Opolskie	-	-	-	59	-	4	-	-	16	7	-	1	1
Podkarpackie	-	-	-	53	-	38	-	-	6	8	2	1	-
Podlaskie	-	-	-	54	2	15	-	3	10	4	-	3	1
Pomorskie	-	-	-	67	-	60	-	-	10	5	-	3	-
Śląskie	-	-	-	119	-	50	-	7	50	19	-	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	17	-	21	-	4	12	3	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	28	-	15	-	2	10	4	-	1	1
Wielkopolskie	-	-	-	55	-	62	-	7	59	13	-	5	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	29	-	18	-	-	13	4	-	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-.1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	5601	4	726	9	98	85	554	3	1109	12334	1095	20	275
Dolnośląskie	299	-	90	-	14	11	54	-	46	774	40	-	25
Kujawsko-Pomorskie	271	1	121	-	4	7	70	2	72	1016	43	3	27
Lubelskie	177	-	14	2	3	2	19	-	100	3	55	-	23
Lubuskie	129	-	14	-	3	5	10	-	15	89	32	-	29
Łódzkie	540	1	28	-	11	10	10	-	164	4856	93	2	15
Małopolskie	484	-	45	1	2	1	39	-	51	109	43	-	9
Mazowieckie	644	-	57	4	13	11	43	1	62	3303	198	4	10
Opolskie	237	-	6	-	4	-	69	-	30	258	59	5	-
Podkarpackie	368	-	3	-	4	2	6	-	78	58	52	4	16
Podlaskie	112	-	5	-	1	1	22	-	36	79	54	1	15
Pomorskie	184	-	24	-	2	4	29	-	34	680	76	-	33
Śląskie	836	-	202	1	19	3	57	-	199	230	155	-	12
Świętokrzyskie	327	-	25	-	6	13	34	-	58	2	47	1	34
Warmińsko-Mazurskie	231	-	23	-	1	-	11	-	41	105	31	-	12
Wielkopolskie	443	2	53	1	6	10	75	-	56	696	67	-	11
Zachodniopomorskie	319	-	16	-	5	5	6	-	67	76	50	-	4

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 30 listopada 2000 r.

W listopadzie 2000 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 47 obywateli polskich, wśród których było 27 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 20 bez informacji o drodze zakażenia.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Serologii AIDS Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety (bez informacji o drodze zakażenia) oraz dwóch mężczyzn (narkomana i zakażonego drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 28 do 36 lat. Mieli miejsce zamieszkania w woj. dolnośląskim, lubuskim i podlaskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku podano liczbę komórek CD4 (30 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2000 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.663 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.247 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 937 zachorowań na AIDS; 509 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

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

Encefalopatia gąbczasta bydła (BSE) i wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD) - fakty epidemiologiczne

Głośna w prasie ostatnich dni encefalopatia gąbczasta bydła (bovine spongiform encephalopathy - BSE), popularnie zwana chorobą szalonych krów, została zauważona jako istotny problem epidemiologiczny w Wielkiej Brytanii w 1986 roku, choć pierwszych piętnaście zachorowań miało miejsce w roku 1985. Oszacowania na podstawie modeli matematycznych przyjmują wcześniejsze wystąpienie zachorowań (Anderson - 1983, Dealler - 1982, Cohen - 1980). Wystąpienie epidemii związane jest z zaniechaniem stosowania rozpuszczalników organicznych w produkcji mięsno-kostnych dodatków do paszy dla bydła, jakie miało miejsce w końcu lat siedemdziesiątych. Po roku 1986 liczba zgłasza-

nych przypadków BSE szybko narastała: 1986 - 63 przypadki, 1987 - 662 przypadki, 1988 - 3.238 przypadków, 1989 - 7.823 przypadki. Ogółem do lipca 1997 roku zarejestrowano w Wielkiej Brytanii 167.366 przypadków zachorowań na BSE. W 95% dotyczyły one bydła mlecznego. Rzeczywiste liczby zachorowań mogły być, według oszacowań, wyższe o około 10%. W lipcu 1988 roku został w wielkiej Brytanii wprowadzony zakaz karmienia bydła mięsno-kostnymi dodatkami paszowymi pochodzącymi ze zwłok przeżuwaczy. Mimo że w następnych latach nadal pojawiały się nowe przypadki BSE, dochodząc do ogólnej liczby około 180 tysięcy, bardzo niewiele z nich stwierdzano u bydła urodzonego po 1993 roku. Na podstawie analizy epidemiologicznej i spadku zachorowań po zaprzestaniu produkcji mięsno-kostnych dodatków do paszy można oszacować czas wylegania choroby BSE na 4-6 lat.

Pochodzenie BSE nie jest jasne. Istnieje duże prawdopodobieństwo przeniesienia jej na bydło z utylizowanych w paszach zwłok owiec chorych na inną chorobę prionową, scrapie. Nie da się jednak wykluczyć, że prion BSE, choć podobny, jest różny od priona wywołującego scrapie. Przenoszenie międzygatunkowe priona BSE dokonywane było na zwierzęta laboratoryjne, ale obserwowano prawdopodobne zakażenia zwierząt futerkowych (norki w USA), oraz lemurów i małp w ZOO w Montpellier we Francji. Priony dostają się do organizmu drogą pokarmową i wnikają do nabłonka przewodu pokarmowego, a następnie do tkanki limfatycznej węzłów Peyera lub migdałków. Następnie drogą nerwów obwodowych, głównie autonomicznych, dostają się do rdzenia kręgowego i do mózgu, gdzie prowadzą do zaburzeń metabolicznych przejawiających się po latach w postaci encefalopatii gąbczastej. Priony BSE mogą być również przenoszone drogą przetaczania produktów krwiopochodnych oraz, w rzadkich przypadkach, w ostatnim półroczu przed wystąpieniem objawów choroby, z krowy na jej płód. Nie stwierdzono przenoszenia za pośrednictwem mleka. W przenoszeniu choroby na ludzi nie ma danych co do zakażenia się inną drogą niż droga pokarmowa. Od 1995 roku, kiedy w Wielkiej Brytanii rozpoznano pierwsze zachorowania na vCJD, do 1999 roku zarejestrowano 52 przypadki (Kulczycki). Według ostatnich danych w Wielkiej Brytanii zarejestrowano już 84 przypadki vCJD. Minimalny okres inkubacji szacowany jest na dziewięć lat, ale wymieniane są okresy dłuższe, nawet do 30 lat. Na podstawie dynamiki dotychczasowych zachorowań w Wielkiej Brytanii przewidywane jest narastanie rocznej liczby zachorowań na BSE do roku 2015, a następnie ich spadek i zakończenie epidemii około roku 2040 jeżeli zostaną spełnione warunki odpowiedniego niszczenia zwłok padłych zwierząt oraz przestrzegany zakaz skarmiania produktów mięsno-kostnych. Jednak przewidywania całkowitej liczby przypadków vCJD i czasu kiedy mogą się one pojawić, zależą od kilku niewiadomych. Nie znany jest średni czas inkubacji oraz odsetek zakażonych wśród narażonych przez spożycie zakażonego mięsa. Przy założeniu średniego czasu inkubacji 10 lat, liczba osób, które mogą zachorować, jest szacowana wielokrotnie niżej niż gdyby inkubacja wynosiła średnio 25 lat. Przewidywania komplikuje jeszcze fakt, że czas inkubacji może zależeć od wieku osoby. Przypuszcza się, że osoby młodsze rozwijają vCJD w krótszym czasie od narażenia. Toteż oszacowania przewidywanej liczby zachorowań w Anglii w nadchodzącym półwieczu wahają się od około 200 do 80.000. Uwzględnienie w modelu epidemii kohorty wieku i przyjęcie w oszacowaniach wcześniejszego początku epidemii daje niższe

przewidywane liczby zachorowań: 1.124 przy 25 letnim okresie inkubacji oraz 165 przy okresie inkubacji 10 lat.

W ostatnich latach przypadki BSE pojawiły się w Szwajcarii, Irlandii, Portugalii, Francji, Luksemburgu, Lichtensteinie, Danii, a ostatnio za naszą zachodnią granicą w Niemczech. Reakcje na występowanie BSE "u innych" były w tych krajach podobne jak u nas. Szybko wprowadzono zakaz importu wołowiny, ale własną produkcję, a nawet import mączki mięsno-kostnej i jej skarmianie przez bydło utrzymywano do ostatniej chwili, a przecież przerwanie łańcucha pokarmowego stanowi klucz do zwalczania BSE zarówno w skali lokalnej jak i międzynarodowej. Jeżeli za kilka lat BSE, a później vCJD pojawi się w Polsce, zakres problemu będzie zależał od tego, ile w ostatnim czteroleciu zaimportowaliśmy mięsno-kostnych dodatków do paszy dla bydła z krajów gdzie problem ten występuje dzisiaj.

Na podstawie:

1. Anderson R, Donnelly C, Ferguson N i wsp. *Transmission dynamics and epidemiology of BSE in British cattle. Nature* 1996;392:779-88.
2. Dealler S, Kent J. *BSE: an update of statistical evidence. Br Food J* 1995; 97:3-18.
3. Cohen CH, Valleron A-J. *When did bovine spongiform encephalopathy (BSE) start? Implications on the prediction of a new variant of Creutzfeldt-Jakob disease (nvCJD) epidemic. Internat J Epidemiol* 1999;28:526-531.
4. Wilesmith J, Ryan J, Hueston W. *Bovine spongiform encephalopathy: case-control studies of calf feeding practices and meat and bonemeal inclusion in proprietary concentrates. Res Vet Sci* 1992;52:325-31
5. Kulczycki J. *Choroba Creutzfeldta-Jakoba - najszerszej występująca u ludzi encefalopatia gąbczasta. Przegl Epidemiol* 2001;55:(w druku).
6. Stefenson MA i wsp. *Temporal aspects of the epidemic of bovine spongiform encephalopathy in Great Britain: individual animal-associated risk factors of the disease. Ver Rec* 2000;147:349-54.

opracował Andrzej Zieliński

Choroba Creutzfeldta-Jakoba - wariant (vCJD)

Działania zapobiegawcze przeciw ryzyku przeniesienia czynnika vCJD przez transfuzję krwi

W końcu września 2000 r., przynajmniej 84 osoby w Wielkiej Brytanii, 1 w Irlandii i 3 we Francji zakaziły się wariantem choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD). Dostępne dane wskazują, że czynnik wywołujący vCJD jest identyczny z czynnikiem wywołującym encefalopatię gąbczastą bydła (bovine spongiform encephalopathy – BSE). Jednym z podstawowych czynników ryzyka tej choroby jest zamieszkiwanie w Wielkiej Brytanii. Do chwili obecnej, ani jeden przypadek zakażenia vCJD przeniesionego na drodze przetaczania krwi nie został wykryty, mimo intensywnego nadzoru epidemiologicznego nad vCJD w Wielkiej Brytanii i w innych krajach. Niedawna publikacja wyników wstępnych przeniesienia na drodze transfuzji czynnika BSE u owcy wzmacnia teoretyczne dotąd ryzyko przeniesienia vCJD u ludzi na drodze przetaczania krwi.

W obliczu narastających obaw co do zakażeń podczas przetaczania oraz nieuleczalności i stuprocentowej śmiertelności vCJD, a także wobec braku danych, które pozwalałyby zaprzeczyć teoretycznemu ryzyku zakażenia, w szeregu

krajów podjęto działania zapobiegawcze. Działania te obejmują zakaz w Wielkiej Brytanii stosowania osocza z obszaru Wielkiej Brytanii jako źródła materiału do frakcjonowania, wykluczenia dawców narażonych na czynnik BSE i powszechne usuwanie leukocytów z produktów krwiopochodnych przed ich składowaniem.

Działania zapobiegawcze w dziedzinie bezpieczeństwa krwi nie powinny pozbawiać pacjentów ważnego dla życia leczenia preparatami krwi. Rezygnacja z przyjętego obecnie systemu korzystania z wielokrotnych honorowych dawców krwi pochodzących z grup niskiego ryzyka, z powodu hipotetycznego ryzyka, mogłoby spowodować niedobory krwi i w konsekwencji spowodować pozyskiwanie dawców z populacji uprzednio traktowanych jako ryzykowne. Kraje, gdzie zostały podjęte działania zapobiegawcze polegające na wyeliminowaniu spośród dawców krwi osób o podwyższonym ryzyku vCJD winny wyważyć teoretyczną korzyść wobec potrzeby utrzymania dostępności i bezpieczeństwa produktów krwiopochodnych. Na przykład w Stanach Zjednoczonych ustalono, że uznanie sumy sześciu miesięcy spędzonych w Wielkiej Brytanii w okresie pomiędzy 1980 i 1996 rokiem za próg odsunięcia od oddawania krwi stanowi najlepszy kompromis pomiędzy teoretycznym ograniczeniem ryzyka, a utratą zbyt wielkiej liczby potencjalnych dawców krwi. Ostatnio Kanada dodała odsunięcie dawców, którzy spędzili we Francji w sumie 6 miesięcy w tym samym okresie. W przyszłości inne kraje mogą również być uważane za obszary ryzyka kontaktu z łańcuchem pokarmowym zakażonym BSE.

Wprowadzenie polityki, która zapewni, że produkty krwiopochodne są podawane z właściwych wskazań i tylko wtedy, gdy są niezbędne, może również obniżyć ryzyko przeniesienia czynnika zakaźnego, czy jest on znany, niezany, czy teoretyczny.

Dla służb krwiodawstwa, zdolność do reagowania na aktualne i teoretyczne zagrożenia dla bezpieczeństwa transfuzji jest miarą jakości systemu.

WHO będzie monitorowało sytuację odnośnie bezpieczeństwa przetoczeń krwi ze względu na vCJD poprzez swoich ekspertów.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,47,377-379)

opracował Andrzej Zieliński

Gorączka Doliny Rift w Arabii Saudyjskiej (sierpień - październik 2000)

W okresie od 10 września do 26 października w Arabii Saudyjskiej zarejestrowano 453 zachorowania na gorączkę Doliny Rift; 19% chorych zmarło. W 140 przypadkach rozpoznanie było potwierdzone badaniem laboratoryjnym (obecność antygenu wirusa, obecność swoistych IgM). W wywiadzie, chorzy podawali kontakt z chorymi lub padłymi owcami i kozami, wszyscy też byli narażeni na ukłucia komarów.

Obserwacje entomologiczne potwierdziły obecność ogromnych ilości komarów z rodzaju *Culex tritaeniorhynchus* i *Aedes caspius* zasiedlających nawadniane tereny w okręgu Al Ardah, skąd zgłoszono pierwszy przypadek zachorowania.

Wyniki badań wirusologicznych potwierdziły zakażenie komarów wirusem gorączki Doliny Rift. Zwierzęta domowe, owce i kozy były w 90% serologicznie dodatnie.

Gorączka Doliny Rift jest wirusową chorobą zwierząt roślinożernych, głównie owiec i kóz, przenoszoną przez ko-

mary. Epizootie i epidemie występują w okresie dużych opadów i powodzi. Choroba u człowieka przebiega na ogół łagodnie; powikłania prowadzą do ciężkich niewydolności narządowych takich jak zapalenie siatkówki, zapalenie wątroby, zapalenie mózgu, uszkodzenie nerek, skaza krwotoczna i zgon.

Wirus gorączki Doliny Rift "przekroczył" swoje afrykańskie siedlisko i można się obawiać, że pojawi się wszędzie tam, gdzie napotka korzystne dla niego wektory. Obserwowane jednocześnie, wieloogniskowe zachorowania na przeszlenu 600 km, od Hodediah w Jemenie do regionu Al Quendafah w Arabii Saudyjskiej, przeczą możliwości promienistego rozprzestrzeniania się choroby z pojedynczego ogniska w Arabii Saudyjskiej czy Jemenie.

Metody zwalczania i zapobiegania chorobie uwzględniają: określenie czynników ryzyka zakażenia, przebiegu klinicznego, ryzyka zakażenia szpitalnego, charakterystykę genetyczną szczepów wirusa, skuteczność ribowiryny w leczeniu oraz stopień zakażenia wektora. *Aedes caspius* wydaje się być międzyepidemicznym rezerwuarem wirusa i wektorem w okresie epidemicznym, gdy *Culex tritaeniorhynchus* pełni tylko rolę wektora w okresie epidemii.

Niezbędny jest ciągły nadzór aby prześledzić, czy zakażony dzięki transowarialnej infekcji "powodziowy" *Aedes* utrwała obecność wirusa gorączki Doliny Rift na Półwyspie Arabskim.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,46,370-371)
opracowała Danuta Seroka

Gorączka krwotoczna Ebola w Ugandzie

Do dnia 17 listopada 2000 w okręgu Gulu na gorączkę krwotoczną Ebola zachorowało 329 osób, w tym 107 osób zmarło. Zmarły również 3 osoby w okręgu Mbarara i 4 osoby w okręgu Masindi, graniczącym z Gulu; w obu przypadkach zakażenie było zawleczone z terenu Gulu.

W wyniku intensywnego nadzoru w ogniskach maleje liczba nowych zachorowań.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,46-47,369,377)
opracowała Danuta Seroka

Rola definicji chorób w nadzorze epidemiologicznym

Celem nadzoru epidemiologicznego jest ocena częstości pojawiania się zachorowań na choroby o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego, w szczególności chorób zakaźnych. Podstawowym źródłem błędów w ocenie występowania chorób jest niedopełnianie obowiązku zgłaszania przez wyznaczone do tego osoby i instytucje. A nie jest sprawą bagatelną informacja czy różnice w zgłaszalności przypadków pomiędzy regionami danego kraju są wynikiem różnic w zapadalności, czy rezultatem zróżnicowanego regionalnie poczucia obowiązku lekarzy i epidemiologów. Kolejną ważną słabością systemów nadzoru epidemiologicznego są kryteria diagnostyczne zgłaszanych chorób różne w różnych placówkach, lub nawet w odniesieniu do poszczególnych przypadków w tej samej placówce. Żaden system nadzoru nie jest doskonały. Nie ma fizycznej możliwości, aby system zgłaszania chorób wylapywał wszystkie zachorowania na daną chorobę i aby wśród zgłaszanych zachorowań nie znalazły

się fałszywie rozpoznane przypadki innych chorób o podobnych objawach, nie będących przedmiotem nadzoru. Jednak jakość nadzoru epidemiologicznego można wydatnie poprawić przez ustalenie jasnych kryteriów rozpoznawania poszczególnych chorób. Jednolite definicje pozwalają ponadto na lepsze porównywanie zapadalności w różnych krajach lub regionach danego kraju. Wysiłek podjęty przez WHO nad ujednoczeniem definicji chorób zakaźnych ma służyć przede wszystkim temu celowi. Warto jednak, aby zapoznali się z nimi zarówno lekarze leczący jak i epidemiolodzy, po pierwsze, jako z ważnym uściśleniem istotnego wycinka wiedzy medycznej, a po wtóre, w celu przygotowania gruntu pod konieczne w niedalekiej przyszłości wprowadzenie usprawnień nadzoru epidemiologicznego w Polsce.

dr hab. nauk med. Andrzej Zieliński
Zakład Epidemiologii PZH

Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia* (1)

I. Choroby

CHOLERA

A00

Zgłaszanie przypadków powszechnie wymagane przez Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (*International Health Regulations*)

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Cholera według oszacowań powoduje 120.000 zgonów rocznie i występuje w 80 krajach. Obecnie świat doświadcza siódmej pandemii. W Afryce epidemie stały się częstsze i wskaźniki śmiertelności z jej powodu są wysokie. Uchodźcy oraz przemieszczone populacje stanowią podwyższone ryzyko epidemii z powodu warunków panujących w obozach (niebezpieczna woda, niedostateczne warunki sanitarne i higieniczne). Powstrzymanie zachorowań wymaga właściwego nadzoru epidemiologicznego z powszechną zgłaszalnością przypadków. Oświata zdrowotna populacji zagrożonych i poprawa warunków życia stanowią zasadnicze środki zapobiegawcze. Zgłaszanie przypadków jest wszędzie wymagane przez Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

- *W obszarach, gdzie nie wiadomo o innych przypadkach choroby:* ostre odwodnienie lub śmierć z powodu ostrej wodnistej biegunki u pacjenta w wieku lat 5 lub więcej **lub**
- *W obszarach gdzie cholera jest endemiczna:* ostra wodnista biegunka u pacjenta w wieku 5 lat lub więcej*.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Izolacja *Vibrio cholerae* O1 lub O139 ze stolca jakiegokolwiek pacjenta z biegunką.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Przypadek, który spełnia kryteria definicji klinicznej.

Prawdopodobny: Nie stosuje się.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

Uwaga: W obszarach zagrożonych cholerą, gdy liczba "po-

twierdzonych" przypadków wzrasta, należy dokonać przesunięcia w kierunku używania przede wszystkim definicji przypadków "podejrzanych".

* Cholera występuje u dzieci poniżej piątego roku życia; jednakże, włączenie wszystkich przypadków wodnistej biegunki w grupie wieku 2-4 lata do sprawozdań odnośnie cholery znacznie zmniejszyłoby specyficzność raportów. W leczeniu przypadków wodnistej biegunki w obszarach, gdzie cholera jest endemiczna, cholera powinna być podejrzewana u wszystkich pacjentów.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Rutynowy nadzór epidemiologiczny (może on być połączony z nadzorem chorób biegunkowych - zob.: *Ostra biegunka wodnista*).

- Natychmiastowe zgłaszanie przypadków podejrzanych ze szczebla terenowego do szczebli pośrednich i szczebla centralnego. Wszystkie podejrzane przypadki i grupy przypadków winny być poddane badaniom epidemiologicznym.
- Zbiorcze dane o przypadkach winny być również uwzględnione w rutynowych tygodniowych / miesięcznych sprawozdaniach ze szczebla pośredniego do centralnego.

Międzynarodowe: Pierwsze podejrzane przypadki winny być zgłaszane obowiązkowo do WHO. Dane zbiorcze o przypadkach winny być zgłaszane obowiązkowo do WHO.

Wybuchy epidemii

- W czasie wybuchów epidemii nadzór winien być zintensyfikowany przez aktywne wyszukiwanie przypadków.
- Potwierdzenia laboratoryjne winny być dokonywane możliwie najszybciej.
- Następnie należy ustalić tygodniowe raporty przypadków, wieku chorych, zgonów, regionów oraz przyjęć szpitalnych.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Wiek, płeć, dane geograficzne.
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Zejście.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków klasyfikowanych ze względu na wiek i płeć.
- Liczba zgonów.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

- Należy podawać liczby tygodniowe, a nie ruchome średnie.
- Śmiertelność z powodu cholery (wykresy).
- Tygodniowe / miesięczne zestawienia zachorowań w obszarach geograficznych i grupach wieku (wykresy).
- Porównania z tymi samymi okresami w ciągu poprzednich pięciu lat.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrywanie wybuchów epidemii, ocena zachorowalności, śmiertelności z powodu cholery.
- Podjęcie właściwie ustawionych w czasie badań epidemiologicznych.
- Ocena szerzenia się terytorialnego i postępu (wzrostu liczby przypadków) choroby.
- Planowanie zaopatrzenia w środki lecznicze oraz środków i działań zapobiegawczych.
- Ocena efektywności działań leczniczych i zapobiegawczych.

ASPEKTY SPECJALNE

Przynajmniej jedno laboratorium w każdym kraju winno być wyznaczone w celu identyfikacji gatunków (w Polsce jest nim Zakład Bakteriologii, Państwowego Zakładu Higieny). Z chwilą, gdy obecność cholery w danym obszarze zostanie ustalona, zbędne staje się potwierdzanie wszystkich podejrzanych przypadków i nadzór epidemiologiczny winien opierać się na definicji przypadku "podejrzanego".

Monitorowanie epidemii winno jednak obejmować stałe potwierdzanie laboratoryjne pewnej części przypadków.

W krajach gdzie cholera jest rzadka lub nie była uprzednio notowana, pierwsze przypadki winny być potwierdzane laboratoryjnie (z uwzględnieniem typowania toksogennych szczepów *Vibrio cholerae* O1 lub O139 w stolcu, o ile to tylko możliwe).

SALMONELOZA

A02.0

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Salmoneloza jest jedną z głównych przyczyn zakażeń pokarmowych (*foodborne disease*). Wykrywanie i zwalczanie wybuchów epidemii jest skomplikowane przez fakt istnienia ponad 2.200 serotypów *Salmonella sp.*, z których szereg ma mnogie typy fagowe. Nadzór epidemiologiczny nad salmonelozami oparty na laboratoriach z ostatecznym typowaniem i badaniem wrażliwości na antybiotyki pozwala na szybką identyfikację zachorowań grupowych (*clusters*). Badania mogą koncentrować się wówczas na indywidualnych przypadkach zakażonych "epidemicznymi" szczepami, co pozwala na lepszą koncentrację na czynnikach ryzyka i podejrzanych potrawach oraz składnikach pokarmowych. Zastosowanie metod molekularnych może prowadzić do dokładniejszej identyfikacji "szczepów" epidemicznych.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Choroba z następującymi objawami: biegunka, bóle brzucha, gorączka, wymioty, poczucie choroby.

Laboratoryjne kryteria potwierdzenia

Izolacja *Salmonella spp.* ze stolca lub krwi pacjenta.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Osoba mająca jeden lub więcej objawów klinicznych.

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany z potwierdzeniem laboratoryjnym.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Szczebel krajowy

Nadzór epidemiologiczny nad salmonelozami jest działaniem opartym na laboratoriach. Próbkę badaną w laboratoriach muszą być uzyskane od przypadków rozpoznawanych w ośrodkach zdrowia, szpitalach lub w praktyce prywatnej, a lekarze leczący muszą być świadomi znaczenia badania próbek dla potrzeb zdrowia publicznego, szczególnie w przypadkach, gdy istnieje podejrzenie zakażenia przenoszonego przez wodę lub pokarmy. Nadzór jest oparty na sieci laboratoriów, które rutynowo zgłaszają dane o izolacji *Salmonella spp.* do szczebla centralnego. Wszystkie podejrzane

wybuchy epidemii salmonelozy muszą być zgłaszane do szczebla centralnego i poddawane badaniom epidemiologicznym. Ponadto, wyhodowane szczepy *Salmonella spp.* winny być wysyłane do laboratorium referencyjnego celem typowania. Ostateczne dane o występujących typach mogą być analizowane na szerszej bazie geograficznej; pozwala to na wykrycie wybuchów epidemii, które w innych wypadkach mogłyby być przeoczone.

Minimalny zbiór danych winien być kompletowany odnośnie każdego zakażenia grupowego na pośrednich i centralnym szczeblu. Winno to być wykonywane po badaniu wybuchu epidemii i winno zawierać kluczowe zmienne odnośnie natury i rozmiarów wybuchu (czas, miejsce, osoby, możliwe źródło).

Uwaga: Sieć laboratoriów do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad salmonelozami winna być możliwie najszersza i najpełniejsza. Koncentracja wyposażenia w celu ostatecznego typowania w laboratoriach referencyjnych jest korzystna dla utrzymania jakości badań. Należy jednak, polegając na badanych w nich próbkach, zwracać uwagę na to, że nie zawsze muszą być one reprezentatywne w kategoriach spektrum klinicznego i geografii.

Szczebel międzynarodowy

Raporty o zgłoszeniach, dane laboratoryjne i zachorowania grupowe należy wysyłać do: *WHO Global Database on Foodborne Diseases Incidence* jak również do regionalnych programów nadzoru epidemiologicznego. Raporty z badań poszczególnych wybuchów epidemii, szczególnie tych, które dotyczą produktów komercyjnych, należy przysyłać do *WHO Global Database on Foodborne Diseases Outbreaks*.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane przez laboratoria dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data wystąpienia objawów, data pobrania materiału.
- Rodzaj materiału, zidentyfikowana bakteria(e).

Zgłaszane przez laboratoria dane zbiorcze

- Liczba przypadków *Salmonella species*, według obszarów geograficznych i grup wieku.

Dane zbiorcze z wybuchów epidemii

- Specyficzny szczep *Salmonella* zidentyfikowany gatunkowo i fagowo.
- Liczba ludzi zagrożonych / chorych / hospitalizowanych.
- Liczba zgonów.
- Informacja geograficzna, umiejscowienie wybuchu epidemii (np. restauracja, szpital, szkoła).
- Data pierwszego i ostatniego zachorowania.
- Potrawa lub jej składnik wskazany jako przyczyna oraz podstawa tego wskazania (np. badanie epidemiologiczne, wyhodowanie bakterii z potrawy).
- Czynniki sprzyjające wybuchowi epidemii (np. nieodpowiednie przechowywanie, nieodpowiednie podgrzanie, zainfekowanie przez inny produkt, zakażony operator żywności, czynniki środowiskowe).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Dane nadzoru epidemiologicznego

- Częste przeglądy danych laboratoryjnych w celu wykrycia

zachorowań zbiorczych w czasie, miejscu lub rodzaju osób (np. grup zawodowych).

- Wszystkie zachorowania zbiorcze muszą być badane w celu oceny, czy mamy do czynienia z wybuchem epidemii.
- Częstość potwierdzeń laboratoryjnych w poszczególnych tygodniach, obszarach geograficznych, według zidentyfikowanego organizmu, grupy wieku, płci oraz mapa zachorowalności według obszarów geograficznych (jeśli to możliwe).

Dane z badań wybuchów epidemii

Częstość wybuchów według gatunków, typów fagowych, miesięcy, obszarów geograficznych, umiejscowienia epidemii (np. stołówka, szkoła), zachorowalności epidemicznej (attack rate), czasu trwania epidemii; produkty pokarmowe oraz czynniki uczestniczące w wybuchu.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Określenie rozmiarów problemu dla zdrowia publicznego.
- Wykrycie zachorowań grupowych / wybuchów epidemii w odpowiednim czasie.
- Prześledzenie trendów salmonelozy w czasie.
- Identyfikacja produktów żywnościowych wysokiego ryzyka, ryzykownych procedur obróbki żywności oraz populacji podwyższonego ryzyka dla specyficznych patogenów.
- Wykrycie pojawiania się nowych gatunków i typów fagowych.
- Wytycanie polityki higieny żywności i monitorowanie wpływu działań zapobiegawczych.
- Ocena ryzyka i wyznaczanie standardów.

ASPEKTY SPECJALNE

Nadzór nad zachorowaniami u ludzi musi być powiązany ze służbami odpowiedzialnymi za nadzór higieniczny i bakteriologiczny nad żywnością.

GRUŹLICA

A15-A19

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Około jedna trzecia populacji świata jest zakażona przez *Mycobacterium tuberculosis*. Pomiędzy 7 a 8,8 milionów nowych przypadków pojawia się każdego roku, 95% w krajach rozwijających się; około 3,3 milionów przypadków gruźlicy jest zgłaszanych każdego roku. Przewidywania na następny wiek sugerują, że zagrożenie gruźlicą wzrośnie, jeżeli odpowiednie środki jej zwalczania nie zostaną natychmiast wprowadzone we wszystkich krajach.

Ogólnym celem zwalczania gruźlicy jest zmniejszenie chorobowości, umieralności i przenoszenia choroby aż przestanie stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego. Aby ten cel osiągnąć, Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*World Health Assembly*) ustanowiło w 1991 roku następujące cele dla zwalczania gruźlicy w świecie:

- skuteczne leczenie 85% nowo wykrytych przypadków z obecnością prątków w preparacie bezpośrednim z płwociny,
 - wykrywanie 70% przypadków z obecnością prątków w preparacie bezpośrednim z płwociny do roku 2000.
- Nadzór nad gruźlicą pomaga uzyskać dokładny obraz przebiegu epidemii w zbiorowiskach w czasie i pozwala na podjęcie interwencji w porę.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

1. DEFINICJE WHO/IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases*)

Gruźlica płuc, dodatni preparat bezpośredni (PTB+)

- Gruźlica u pacjenta z przynajmniej dwoma wstępnymi badaniami rozmazu płwociny (mikroskopowy preparat bezpośredni) dodatnimi w stosunku do prątków kwasoopornych, **lub**
- Gruźlica u pacjenta z jednym dodatnim badaniem płwociny w kierunku prątków kwasoopornych i ze zmianami radiologicznymi odpowiadającymi aktywnej gruźlicy płuc stwierdzonymi przez wyszkolonego radiologa, **lub**
- Gruźlica u pacjenta z jednym dodatnim w kierunku prątków preparatem bezpośrednim i przynajmniej z jednym posiewem płwociny, z którego wyhodowano prątki gruźlicy.

Gruźlica płuc, preparat bezpośredni ujemny (PTB-)

Gruźlica u pacjenta z objawami klinicznymi sugerującymi gruźlicę i co najmniej z jedną z następujących cech:

- Trzy ujemne preparaty bezpośrednie w kierunku prątków kwasoopornych.
- Radiologiczne zmiany sugerujące gruźlicę płuc i brak odpowiedzi klinicznej na leczenie przez tydzień antybiotykami o szerokim spektrum.
- Decyzja lekarza, aby leczyć pełnymi dawkami leków przeciwprątkowych przez cały należy okres.

Gruźlica płuc, rozmaz ujemny, hodowla dodatnia

Gruźlica u pacjenta z objawami klinicznymi sugerującymi gruźlicę i co najmniej z jedną z następujących cech:

- Gruźlica u pacjenta z ujemnym w kierunku prątków preparatem bezpośrednim i przynajmniej z jednym posiewem płwociny, z którego wyhodowano prątki gruźlicy (*M. tuberculosis complex*).

Gruźlica pozapłucna (*Extra-pulmonary tuberculosis*)

- Gruźlica narządów innych niż płuca: opłucnej, węzłów chłonnych, brzucha (jelit lub/i otrzewnej), układu moczowo-płciowego, skóry, stawów i kości, opon mózgowych, itd.
- Rozpoznanie winno opierać się na jednej dodatniej hodowli z miejsca poza płucami i histopatologicznymi lub mocnymi klinicznymi danymi sugerującymi rozpoznanie czynnej gruźlicy pozapłucnej, po którym nastąpiła decyzja lekarza o podjęciu pełnego leczenia przeciwgruźliczego.
- Każdy pacjent z rozpoznaniem gruźlicy płuc i pozapłucną winien być klasyfikowany jako przypadek gruźlicy płuc.

Nowy przypadek

Pacjent, który nigdy nie brał leków przeciw gruźlicy lub przyjmował je krócej niż przez 4 tygodnie.

Przypadek nawrotu

Pacjent uprzednio leczony z powodu gruźlicy i uznany przez lekarza za wyleczonego po jednym pełnym kursie chemioterapii, ale który zgłasza się ponownie do służby zdrowia bakteriologicznie dodatni (rozmaz lub hodowla).

2. DEFINICJA EUROPEJSKA

Kraje europejskie, które już mają rozbudowaną sieć laboratoriów z odpowiednimi urządzeniami do izolacji prątków, są proszone o zgłaszanie przypadków potwierdzonych (*defi-*

nite) oraz innych niż potwierdzone (*others than definite*) w uzupełnieniu definicji WHO/IUATLD.

Potwierdzony przypadek gruźlicy

Przypadek z chorobą potwierdzoną przez hodowlę *M. tuberculosis complex* (w obszarach, krajach, gdzie laboratoria II stopnia nie są dostępne, pacjent z dodatnim badaniem preparatu bezpośredniego płwociny w kierunku prątków kwasoopornych jest również uznawany za przypadek potwierdzony).

Inny niż potwierdzony przypadek gruźlicy

Przypadek, który spełnia **obydwa** następujące warunki:

- w osądzie lekarza, objawy kliniczne i radiologiczne pacjenta odpowiadają obrazowi gruźlicy; **i**
- lekarz podjął decyzję, aby leczyć pacjenta pełnym leczeniem przeciwprątkowym.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Kwartalne raporty o zgłaszanych przypadkach i kohortowa analiza skutków leczenia (na szczeblu terenowym, pośrednim i centralnym).

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszanie przypadków według kategorii

- Liczba nowych przypadków gruźlicy płuc z dodatnim wynikiem rozmazu płwociny.
- Liczba przypadków nawrotów gruźlicy.
- Liczba nowych przypadków gruźlicy płuc z ujemnym wynikiem rozmazu płwociny.
- Liczba nowych przypadków gruźlicy pozapłucnej.
- Liczba nowych przypadków gruźlicy płuc z dodatnim wynikiem rozmazu płwociny według grup wieku i płci (sugerowane grupy wieku: 0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-65, 65 i więcej lat).

Wyniki leczenia nowych przypadków z dodatnim wynikiem badania rozmazu płwociny

(zwykle jako procent nowych przypadków zarejestrowanych w tym samym czasie)

- Liczba przypadków, które zmieniły się w ujemne po wstępnej fazie leczenia.
- Liczba przypadków wyleczonych (to znaczy z zakończonym leczeniem i przynajmniej 2 ujemnymi preparatami płwociny, z których jeden został uzyskany na końcu leczenia).
- Liczba przypadków, które po stwierdzeniu ujemnych wyników badań płwociny pod koniec wstępnej fazy leczenia, kontynuowały leczenie przepisane do końca, ale bez badania płwociny na końcu leczenia.
- Liczba przypadków, które zmarły (niezależnie od przyczyny).
- Liczba przypadków niepowodzenia w leczeniu (to znaczy stały się ponownie dodatnie lub pozostały dodatnie po 5 miesiącach leczenia).
- Liczba przypadków, które przerwały leczenie (tzn. nie odbierały leków przez 2 miesiące lub dłużej, po zarejestrowaniu).
- Liczba przypadków przeniesionych gdzie indziej (do innej jednostki sprawozdawczej i ich wyniki nie są znane).

Uwaga: Dla krajów europejskich, które przyjmują definicje przypadków "potwierdzonych" i "innych niż potwierdzone" w oparciu o wyniki hodowli, wyniki leczenia mogą się opierać na wynikach drugiego posiewu w czasie fazy kontynuacji leczenia.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Kwartalne raporty z analizy obszaru geograficznego (jednostki administracyjnej):

- *Współczynnik skuteczności leczenia*: liczba przypadków wyleczonych, plus liczba pacjentów, którzy ukończyli leczenie jako ułamek przypadków zarejestrowanych w tym samym czasie.
- *Jakość usług diagnostycznych*: odsetek nowych przypadków z dodatnimi wynikami badania płwociny wśród wszystkich przypadków płucnych.

Wykresy:

- Liczby zgłaszanych przypadków w ciągu szeregu lat według obszarów geograficznych, regionów, krajów.

- Liczby zgłaszanych przypadków według wieku i płci.

- *Współczynnik wykrywania przypadków*: stosunek liczby przypadków wykrytych przez nadzór epidemiologiczny do liczby przypadków oszacowanych dla danego kraju.

Tablice: Kwartalne raporty wyszukiwania przypadków i wyników leczenia.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Na szczeblu terenowym: zapewnienie, że właściwe leczenie jest oferowane, kontakty wyszukiwane, lokalne wzrosty liczby zachorowań wykrywane i miejscowa epidemiologia choroby jest monitorowana.
- Na szczeblu krajowym: wspieranie monitorowania epidemiologii choroby i efektywności programów leczniczych (zdolność *Narodowego Programu Zwalczenia Gruźlicy* do wykrywania jej przypadków, diagnozowania przypadków z dodatnimi rozmazami płwociny i do skutecznego jej leczenia) oraz wspieranie planowania działań objętych programem (zapewnianie zaopatrzenia w leki, zaopatrzenie laboratoriów etc.).
- Na szczeblu międzynarodowym: badanie tendencji w czasie i dokonywanie porównań pomiędzy różnymi krajami w celu koordynacji wysiłków w zwalczaniu gruźlicy.

DŻUMA U LUDZI

A20

Zgłaszanie przypadków powszechnie wymagane przez *Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (International Health Regulations)*

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Choroba występuje endemicznie w wielu krajach, często stwarza zagrożenie epidemiami. Dżuma jest przenoszona na ludzi poprzez ukąszenia pcheł lub bezpośrednie narażenie na kropelki z dróg oddechowych lub zakażone tkanki zwierzęce. Nadzór nad zachorowaniami ludzkimi i zwierzęcymi jest ważny dla przewidywania i wykrywania epidemii oraz dla monitorowania sposobów przeciwdziałania.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Choroba charakteryzuje się gwałtownym pojawieniem się gorączki, dreszczy, bólu głowy, poczuciem ciężkiej choroby z prostracją **oraz**

- *Postać gruczołowa*: Bardzo bolesne powiększenie węzłów chłonnych (*bubo*).
- *Postać płucna*: Kaszel z płwociną podbarwioną krwią,

ból w klatce piersiowej, trudności w oddychaniu.

Uwaga: Obie postacie mogą rozwinąć się w *postać posoczniczą* z toksemią: posocznica bez wyraźnej limfadenopatii występuje rzadko.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyhodowanie *Yersinia pestis* z węzłów chłonnych, krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego lub płwociny, **albo**
- Test hemaglutynacji biernej (PHA), wykazujący przynajmniej czterokrotny wzrost miana przeciwciał specyficznych dla antygenu F₁ *Y. pestis*, oznaczonego w teście zahamowania hemaglutynacji (HI) na surowicach dobranych parami od tego samego osobnika.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Przypadek zgodny z opisem klinicznym. Może być lub nie być wsparty znalezieniem w preparacie bezpośrednim Gram ujemnych dwubiegunowych ziarenko-pałeczek w materiale klinicznym (aspirat węzłów chłonnych, płwocina, tkanka, krew).

Prawdopodobny: Przypadek podejrzany z

- Dodatnim bezpośrednim testem fluorescencyjnym na przeciwciała (FA) przeciw *Y. pestis* w materiale klinicznym **lub**
- Testem hemaglutynacji biernej z mianem przeciwciał przynajmniej 1:10, specyficznych dla antygenu F₁ *Y. pestis* oznaczonego w teście zahamowania hemaglutynacji (HI) **lub**
- Związkiem epidemiologicznym z przypadkiem potwierdzonym.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

We wszystkich sytuacjach: Natychmiastowe zgłaszanie podejrzanych przypadków ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego. Zgłaszanie przez laboratoria wszystkich przypadków potwierdzonych jest wymagane we wszystkich sytuacjach.

W czasie wybuchu epidemii: Zintensyfikowany nadzór: aktywne wyszukiwanie przypadków i śledzenie kontaktów winno zostać podjęte, aby leczenie stosować do przypadków i kontaktów; koncentracja na działaniach środowiskowych oraz na szkoleniu wspólnot. Winny być sporządzane dzienne zgłoszenia liczby przypadków i kontaktów jak również statusu ich leczenia i stanu zdrowia. Raporty tygodniowe muszą podsumowywać sytuację epidemiczną, podjęte działania w walce z epidemią oraz działania planowane dla przerwania epidemii.

Międzynarodowe: Obowiązkowe jest zgłaszanie wszystkich podejrzanych i potwierdzonych przypadków do WHO w ciągu 24 godzin.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Dane indywidualne dla potrzeb zgłaszania i badania przypadków na szczeblu terenowym

Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne), identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, data wystąpienia objawów, data zgłoszenia, zespół kliniczny, historia kontaktów z gryzoniami, obecność śladów po uką-

szeniach pcheł, domowe kontakty bezpośrednie w ciągu ostatnich siedmiu dni, imiona i geograficzne umiejscowienie kontaktów, zejście.

Dane indywidualne na szczeblu centralnym i regionalnym

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, obszar geograficzny, liczba rozpoznanych kontaktów, liczba leczonych kontaktów.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Przypadki w poszczególnych tygodniach / miesiącach, obszar geograficzny, wiek, płeć.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrycie tendencji w sporadycznych i endemicznych wzorcach zachorowań.
- Określenie obszarów wysokiego ryzyka.
- Podanie wczesnych ostrzeżeń o wybuchach epidemii.
- Wykrycie zachorowań zbiorczych i wybuchów epidemii.
- Potwierdzenie wpływu działań przeciwepidemicznych oraz stwierdzenie zakończenia epidemii.

ASPEKTY SPECJALNE

Nadzór epizootyczny

- Okresowe badanie populacji gryzoni i ich pcheł i monitorowanie obecności dżumy w tych populacjach; uczula to czynniki administracyjne na wzmożone ryzyko dżumy u ludzi pozwalając w ten sposób na wprowadzenie działań zapobiegawczych nim wystąpią przypadki u ludzi.
- Serologiczny nadzór nad dzikimi drapieżnikami oraz psami i kotami przebywającymi poza domem jest zalecany w obszarach otaczających miejsca endemiczne.

- Porty w pobliżu miejsc endemicznych winny być poddane nadzorowi i wymagają okresowych działań sanitarnych ukierunkowanych na zmniejszenie populacji gryzoni
- Kraje z obszarami endemicznymi winny prowadzić politykę ocen ryzyka przy okazji każdego większego projektu, który mógłby zakłócić równowagę środowiska (drogi, tamy, urządzenia melioracyjne).

(cdn)

* WHO Recommended Surveillance Standards, Second edition - June 1999 (WHO/CDS/CSR/ISR/99.2)

wybór, przekład i opracowanie Andrzej Zieliński

Errata do "Meldunku 11/A/00"

Strona 6, kolumna I, wiersz 5 (od góry): jest "innych serotypów", powinno być "izolatów innych serotypów".

adres internetowy: <http://www.medstat.waw.pl>

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 2000/1 w porównaniu z sezonami 1997/8-1999/2000 zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

