

## Meldunek 12/A/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.12 do 15.12.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 12/A		Dane skumulowane	
	1.12.00. do 15.12.00.	1.12.99. do 15.12.99.	1.01.00. do 15.12.00.	1.01.99. do 15.12.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	11	3	90	99
Dur brzuszny (A01.0)	2	-	13	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	591	499	22330	22949
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	4	7	117	284
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	168	124	4781	3632
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	96	66	3763	1355
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	523	481	17106	12554
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	352	340	11811	9158
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	15	21
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	134	100	2160	758
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	302	444	8144	9262
Zapalenie opon mózgowych: razem	118	79	2029	2124
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	6	93	114
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	1	80	60
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	31	662	770
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	81	34	1007	1000
inne i nie określone (G03)	7	7	187	180
Zapalenie mózgu: razem	22	30	539	457
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	5	108	94
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	7	3	162	100
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	5	28	30
wirusowe, nie określone (A86)	9	11	158	157
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	-	6	82	75
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6442	6393	123071	97212
Odra (B05)	7	5	77	97
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	979	590	45087	30220
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	18	38	255	994
typu B (B16; B18.0-B18.1)	118	181	2604	3171
typu C (B17.1; B18.2)	86	113	1872	1718
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	10	12	125	143
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	13	18	298	344
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	531	1417	17170	89032
Włośnica (B75)	-	7	35	77
Świerzb (B86)	978	1137	16378	16683
Grypa: ogółem (J10; J11)	15798	452	1583394	2343785
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	748	600	26091	26502
w tym: salmonelozy (A02.0)	584	495	22256	22898
gronkowcowe (A05.0)	30	6	389	353
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	9	68	94
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	-	3	110	65
nie określone (A05.9)	132	87	3267	3092
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	7	2	306	140
w tym: grzybami (T62.0)	7	2	296	124
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	316	362	7987	6891
w tym: pestycydami (T60)	5	1	104	120
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	198	221	4574	4073
alkoholem (T51)	56	56	1692	1282
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	2	40	67

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.12.2000 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 /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
	Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)									
POLSKA	11	2	-	591	4	523	1	134	302	118	3	22	7
Dolnośląskie	-	-	-	22	-	32	-	8	24	5	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	3	-	-	43	-	33	-	-	21	5	-	3	-
Lubelskie	-	-	-	37	-	29	-	-	5	6	-	2	-
Lubuskie	1	-	-	6	-	7	-	2	5	2	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	42	-	41	-	67	4	3	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	29	1	20	-	5	23	21	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	89	3	49	-	12	19	3	-	2	-
Opolskie	-	-	-	42	-	6	1	-	13	4	-	2	2
Podkarpackie	-	-	-	19	-	38	-	4	12	12	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	53	-	19	-	11	5	4	1	4	2
Pomorskie	-	-	-	36	-	40	-	-	15	10	1	1	-
Śląskie	7	-	-	63	-	46	-	6	71	16	1	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	14	-	28	-	4	12	4	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	32	-	27	-	7	10	5	-	5	3
Wielkopolskie	-	2	-	39	-	89	-	8	46	11	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	25	-	19	-	-	17	7	-	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-.1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	6442	7	979	18	128	96	531	-	978	15798	748	7	316
Dolnośląskie	517	1	154	-	11	9	62	-	87	2430	40	-	29
Kujawsko-Pomorskie	267	-	143	1	10	6	82	-	75	1104	55	1	37
Lubelskie	236	-	36	2	3	2	29	-	76	3	37	-	51
Lubuskie	209	-	12	-	3	8	-	-	37	160	6	-	34
Łódzkie	492	-	43	1	16	12	15	-	109	5518	45	1	2
Małopolskie	621	-	67	1	7	7	29	-	85	175	65	-	7
Mazowieckie	657	1	51	10	13	8	28	-	59	3632	91	1	10
Opolskie	220	-	10	-	1	-	18	-	14	117	43	-	1
Podkarpackie	331	1	10	-	2	3	9	-	46	48	23	1	20
Podlaskie	234	-	10	-	1	2	13	-	18	319	54	1	7
Pomorskie	318	-	30	-	9	11	86	-	65	697	43	-	31
Śląskie	793	2	250	2	24	8	34	-	129	320	99	-	6
Świętokrzyskie	358	-	29	-	10	10	25	-	54	1	20	2	45
Warmińsko-Mazurskie	352	-	13	-	6	1	6	-	40	52	33	-	4
Wielkopolskie	513	2	91	-	9	7	87	-	50	965	54	-	19
Zachodniopomorskie	324	-	30	1	3	2	8	-	34	257	40	-	13

## Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia\* (2)

### WĄGLIK U LUDZI

A22

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Wąglik jest szeroko rozpowszechnioną chorobą odzwierzęcą przenoszoną z inwentarza żywego (bydło, owce, kozy, bawoły, świnie i inne) na ludzi przez kontakt bezpośredni lub poprzez produkty zwierzęce. Ludzki wąglik jest poważnym problemem w licznych krajach i niesie ze sobą potencjał wybuchów gwałtownych epidemii (szczególnie postaci żołądkowo-jelitowych); mimo że jego forma płucna (wziewna) jest przeważnie związana z wykonywaną pracą, możliwość użycia go jako broni biologicznej nie powinna być zapomniana. Wąglik ma poważny wpływ na handel produktami zwierzęcymi. Kontrola wąglika jest oparta na zapobieganiu mu u bydła i trzody: programy oparte na zapobieganiu wąglikowi wyłącznie u ludzi są kosztowne i zazwyczaj nieefektywne, z wyjątkiem osób pracujących w warunkach zagrożeń przemysłowych. Istnieje efektywna szczepionka dla ludzi narażonych w pracy przemysłowej oraz skuteczne szczepionki dla zwierząt hodowlanych, szczególnie dla stad ze stałą ekspozycją na skażoną glebę. W większości krajów wąglik jest chorobą obowiązkowo zgłaszaną. Nadzór epidemiologiczny jest ważny dla monitorowania programów zapobiegawczych i dla wykrywania wybuchów epidemii.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

Choroba z ostrym początkiem występująca w kilku formach klinicznych. Oto one:

forma miejscowa:

- *skórna*: zmiany skórne rozwijające się w ciągu 1 do 6 dni z grudek przez formę pęcherzową, do wgłębionego czarnego strupa zawsze z towarzyszącym obrzękiem, który może być umiarkowany lub znaczny;

formy uogólnione:

- *żołądkowo-jelitowa*: zaburzenia ze strony układu pokarmowego w postaci nudności, wymiotów, utraty łaknienia z występującą nieco później gorączką;
- *płucna (wziewna)*: krótki okres prodromalny przypominający ostrą wirusową infekcję dróg oddechowych, a następnie gwałtownie pojawiające się niedotlenienie, duszność i wysoka temperatura z radiologicznym obrazem poszerzenia śródpiersia;
- *oponowa*: ostro pojawiająca się gorączka niekiedy z drgawkami, utrata przytomności, objawy oponowe; zwykle pojawiająca się w postaciach uogólnionych.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Laboratoryjne potwierdzenie rozpoznania przez **jedno lub więcej** z poniższych:

- Izolacja *Bacillus anthracis* z materiału pobranego od pacjenta (np. krwi, zmian tkankowych, wydzielin).
- Znalezienie *B. anthracis* w preparatach bezpośrednich z materiału pobranego od pacjenta (płyn z pęcherzy, krew, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn opłucnowy, stolce).
- Dodatkowo testy serologiczne (ELISA, Western blot, oznaczanie toksyny, oznaczenia chromatograficzne, test fluorescencyjny na przeciwciała (FAT)).

**Uwaga:** Może nie być możliwe demonstrowanie *B. anthracis*

w materiale klinicznym, jeżeli pacjent otrzymywał antybiotyki.

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek zgodny z kryteriami klinicznymi i mający powiązanie epidemiologiczne z potwierdzonymi lub podejrzanymi przypadkami zwierzęcymi, lub zakażonymi produktami zwierzęcymi.

**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany z dodatnim wynikiem testu skórnoego (u osób nieszczepionych).

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany, potwierdzony laboratoryjnie

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Ze względu na to, iż stosunek liczby zachorowań wśród ludzi do liczby zachorowań wśród zwierząt jest jak 10-20:1, poleganie wyłącznie na rejestracji przypadków wśród ludzi jest nieefektywne. Rutynowy nadzór epidemiologiczny musi być podjęty, szczególnie wśród grup wysokiego ryzyka (pracownicy rzeźni, pasterze owiec, weterynarze, osoby pracujące z wełną i skórami zwierzęcymi). Konieczne jest obowiązkowe, natychmiastowe zgłaszanie przypadków z terenu (pracownicy służby zdrowia, personel laboratoriów) do pośrednich i centralnych stacji epidemiologicznych oraz do właściwych komórek służby weterynaryjnej. Wszystkie przypadki muszą być sprawdzane. Należy sporządzać rutynowe miesięczne raporty danych zbiorczych przypadków potwierdzonych oraz raporty badań sprawdzających ze szczebla pośredniego do centralnego zdrowia publicznego oraz służb weterynaryjnych.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków ze względu na typ (podejrzane / prawdopodobne / potwierdzone) i ze względu na formę kliniczną (skórna / żołądkowo-jelitowa / płucna (wziewna) / oponowa).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, zajęcie / praca.
- Data wystąpienia objawów, data zgłoszenia.
- Historia narażenia.
- Zejście.

##### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków potwierdzonych klasyfikowanych ze względu na wiek, płeć, położenie geograficzne, formę kliniczną (skórna / żołądkowo-jelitowa / płucna (wziewna) / oponowa).
- Podobnie dla inwentarza żywego wybuchy epidemii i pojedyncze przypadki klasyfikowane ze względu na gatunek oraz odpowiedni geograficzny / administracyjny obszar.

#### ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

**Wykresy:** Liczby przypuszczalnych / prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków według dat.

**Tablice:** Liczby przypuszczalnych / prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków według dat, wieku, płci, obszaru geograficznego.

**Mapy:** Liczby ludzkich i zwierzęcych przypadków w poszczególnych obszarach geograficznych.

## ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

### Dane nadzoru epidemiologicznego

- Oszacowanie problemu u ludzi i zwierząt.
- Monitorowanie rozkładu i szerzenia się choroby wśród ludzi i zwierząt.
- Wykrywanie wybuchów epidemii wśród ludzi i zwierząt
- Monitorowanie i szacowanie efektów działań zapobiegawczych wśród ludzi i zwierząt.

### Dane z badań epidemiologicznych

- Określenie populacji narażonych.
- Identyfikacja potencjalnie zakażonych produktów zwierzęcych.
- Identyfikacja potencjalnie zakażonych źródeł zwierzęcych (grup i stad).

## ASPEKTY SPECJALNE

Nadzór epidemiologiczny w sektorach ludzkim i zwierzęcym musi być w pełni skoordynowany i zintegrowany. Administracyjne sposoby łączności między tymi sektorami muszą być dokonane w celu natychmiastowego wzajemnego powiadamiania się o przypadkach i wybuchach epidemii, jak również dla wspólnego prowadzenia badań i opracowania ognisk epidemii. Nadzór i badania epidemiologiczne winny być promowane w obszarach wysokiego ryzyka, szczególnie z wapiennymi glebami alkalicznymi.

## BRUCELOZA U LUDZI

A23

### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Bruceleza jest najbardziej rozpowszechnioną zoonozą przenoszoną ze zwierząt (bydło, owce, kozy, świnie, wielbłądy i bawoły), przez kontakt bezpośrednio z krwią, łożyskiem, płodami i wydzielinami z macicy lub przez konsumpcję zakażonych produktów zwierzęcych (szczególnie mleka i jego przetworów). Ludzka bruceleza wywołana przez *Brucella melitensis* ma poważne konsekwencje zdrowotne w obszarach gdzie są hodowane owce i kozy. Bruceleza ma ważny ogólnoswiatowy wpływ na ludzkie zdrowie oraz hodowlę i przemysł przetwórczy produktów zwierzęcych. W większości krajów bruceleza jest objęta nadzorem epidemiologicznym. Walka z brucelezą oparta jest na zapobieganiu jej. Nadzór epidemiologiczny jest podstawowym elementem programów zapobiegania i zwalczania brucelezy.

### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

#### Opis kliniczny

Choroba charakteryzująca się ostrym lub subklinicznym początkiem, z gorączką o różnym czasie trwania, o charakterze ciągłym, naprzemiennym (*undulans*) lub nieregularnym, zlewnymi potami, szczególnie w porze nocnej, poczuciem osłabienia, utratą apetytu, utratą ciężaru ciała, bólem głowy, bólami stawów i uogólnionym bólem ciała. Mogą występować lokalne infekcje różnych organów.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Brucella spp.* z materiału pobranego od pacjenta **lub**
- Miano aglutynacji *Brucella* (np. standardowy próbkiowy test aglutynacyjny: SAT > 160) w jednej lub więcej próbek surowicy uzyskanych po wystąpieniu objawów **lub**

- ELISA (IgA, IgG, IgM), test z 2-merkaptotylenem, test wiązania dopełniacza, test Coombsa, test fluorescencyjny na przeciwciała (FAT) oraz test radioimmunologiczny dla wykrywania przeciwciał przeciwpolisacharydowych, a także test z zastosowaniem immunoelektroforezy dyfuzyjnej (CIEP).

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek, który jest zgodny z opisem klinicznym i jest powiązany epidemiologicznie z podejrzany lub potwierdzonymi przypadkami zwierzęcymi lub zakażonymi produktami zwierzęcymi.

**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany z dodatnim testem z różem bengalskim (*Rose Bengal test*).

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

## ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Rutynowy nadzór musi być podjęty, szczególnie wśród grup wysokiego ryzyka (rolników, hodowców, pracowników rzeźni, weterynarzy, personelu laboratoriów).

- Obowiązkowe wczesne powiadamianie wyższych struktur nadzoru epidemiologicznego i weterynaryjnych służb epidemiologicznych, przez personel medyczny lub laboratoryjny, o przypadkach zachorowań.
- W krajach endemicznych, gdzie badanie wszystkich zgłoszonych przypadków nie jest realne, reprezentatywna próba przypadków winna być badana rutynowo.

## ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzone / prawdopodobne / potwierdzone).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, zajęcie / praca.
- Data wystąpienia objawów, data zgłoszenia.
- Historia narażenia.
- Zejście.

### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Liczba przypadków ze względu na klasyfikację (podejrzane / prawdopodobne / potwierdzone) podzielonych ze względu na wiek, płeć, położenie geograficzne, formę kliniczną.

## ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

**Wykresy:** Liczby prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków według miesięcy.

**Tablice:** Liczby prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków według miesięcy, wieku, płci, obszaru geograficznego.

**Mapy:** Liczby prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków w poszczególnych obszarach geograficznych.

## ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

### Dane nadzoru epidemiologicznego

- Oszacowanie rozmiarów problemu u ludzi i zwierząt.
- Monitorowanie rozkładu choroby wśród ludzi i zwierząt.
- Monitorowanie i szacowanie efektów działań zapobiegawczych wśród ludzi i działania zmierzające do eliminacji choroby wśród zwierząt.

**Dane z badań epidemiologicznych**

- Określenie populacji narażonych.
- Identyfikacja potencjalnie zakażonych produktów zwierzęcych.
- Identyfikacja potencjalnie zakażonych źródeł zwierzęcych (grup i stad).

**ASPEKTY SPECJALNE**

Nadzór epidemiologiczny w sektorach ludzkim i zwierzęcym musi być w pełni skoordynowany i zintegrowany. Administracyjne sposoby łączności między tymi sektorami muszą być dokonane w celu natychmiastowego wzajemnego powiadomienia się o przypadkach i wybuchach epidemii, jak również dla wspólnego prowadzenia badań i opracowania ognisk epidemii. Nadzór i badania epidemiologiczne winny być promowane w obszarach hodowli kóz.

**LEPTOSPIROZA****A27****UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Ta zoonoza rozpowszechniona na całym świecie występuje sezonowo w krajach o wilgotnym klimacie podzwrotnikowym lub zwrotnikowym. Jest często związana z zatrudnieniem, niekiedy związek ten dotyczy zachorowań grupowych. Gatunki zwierząt dzikich i domowych mogą służyć jako źródło zakażenia którąś spośród odmian serologicznych *Leptospira*. Zakażenie jest przenoszone na ludzi przez kontakt bezpośredni (mocz zakażonych zwierząt) lub otoczenie zanieczyszczone moczem, głównie wody powierzchniowe, glebę i rośliny. Przebieg choroby u ludzi pozostaje w zakresie od postaci łagodnych do śmiertelnych. Zgłaszanie leptospirozy jest prawdopodobnie zaniżone w wielu krajach ze względu na trudną diagnostykę kliniczną i niedostatek bazy laboratoryjnej. Nadzór epidemiologiczny dostarcza strategii interwencji w zakresie ludzkich i weterynaryjnych służb zdrowia publicznego.

**REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU****Opis kliniczny**

Ostra choroba gorączkowa z bólem głowy, bólami mięśni i prostracją współwystępującymi z którymkolwiek z poniższych objawów:

- Podbiegnięcia spojówek.
- Podrażnienie opon.
- Bezmocz lub skąpomocz i/lub białkomocz.
- Żółtaczką.
- Krwawienia (z jelit; w niektórych okolicach jest często notowane krwawienie z płuc).
- Zaburzenia rytmu lub niewydolność serca.
- Wysypka skórna.

**oraz** Historia kontaktu z zakażonymi zwierzętami lub ze środowiskiem zanieczyszczonym moczem zakażonych zwierząt.

Inne częste objawy obejmują nudności, wymioty, ból brzucha, biegunkę, bóle stawów.

**Laboratoryjne kryteria rozpoznania**

- Izolacja (oraz typowanie) z krwi lub innego materiału klinicznego drogą hodowli patogennych leptospir.
- Dodatnia serologia, najlepiej mikroskopowy test aglutynacyjny (MAT), przy użyciu szeregu szczepów *Leptospira*

dla antygenów, które winny reprezentować szczepy lokalne.

**Klasyfikacja przypadków**

**Podejrzany:** Przypadek zgodny z opisem klinicznym.

**Prawdopodobny:** Nie ma zastosowania.

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany potwierdzony w kompetentnym laboratorium.

**ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Natychmiastowe zgłaszanie indywidualnych podejrzanych / potwierdzonych przypadków ze szczebla terenowego (szpital / lekarz pierwszego kontaktu / laboratorium) do szczebla pośredniego. Wszystkie przypadki muszą być badane.

Rutynowe zgłaszanie danych zbiorczych przypadków potwierdzonych ze szczebla pośredniego do centralnego. Nadzór oparty na szpitalach może dostarczyć informacji o ciężkich przypadkach leptospirozy. Nadzór serologiczny może dostarczyć informacji czy zakażenia *Leptospira* występują czy nie w pewnych regionach i populacjach.

**ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI****Dane oparte na indywidualnych przypadkach w celu zgłaszania i badań**

- Wiek, płeć, informacja geograficzna, zajęcie/praca.
- Objawy kliniczne (zachorowania, zgony).
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Historia i miejsce narażenia (kontakt ze zwierzęciem, środowisko).
- Dane mikrobiologiczne i serologiczne.
- Data rozpoznania.
- Deszcze, powódzie.

**Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze**

- Liczba przypadków.
- Liczba hospitalizacji.
- Liczba zgonów.
- Liczba przypadków według typów (odmian i grup serologicznych będących przyczyną) leptospirozy.

**ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY**

- Liczba przypadków w grupach: wieku, płci, zajęcia, miejsca (obszaru), daty zachorowania, odmian i grup serologicznych będących przyczyną leptospirozy, przypuszczalne źródło zakażenia, warunki przenoszenia (wykresy, tabele, mapy).
- Częstość objawów według przypadków oraz odmiany będącej przyczyną zachorowania (tablice).
- Raporty z wybuchów epidemii, raporty z działań zapobiegawczych, nadzór nad populacją ludzi oraz nad populacjami dzikich i domowych zwierząt.

**ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI**

- Ocena rozmiarów problemu w różnych obszarach oraz dla różnych warunków grup ryzyka i obszarów.
- Wykrycie wybuchów epidemii.
- Identyfikacja zwierzęcych źródeł zakażenia.
- Monitorowanie pojawienia się leptospirozy w nowych miejscach i nowe (zajęciowe) grupy ryzyka.
- Zaprojektowanie racjonalnych metod zwalczania i zapobiegania.
- Identyfikacja nowych odmian serologicznych i ich rozkład.
- Informacja o miejscowo występujących odmianach serologicznych ze względu na reprezentatywny zasięg ocenia-

ny w mikroskopowym teście aglutynacji (MAT).

## ASPEKTY SPECJALNE

Badanie serologii za pomocą MAT może dostarczyć domyślnej informacji o przyczynowych grupach serologicznych. Wysiłek powinien być wykonany aby izolować *Leptospira*, a izolaty winny być typowane do określenia lokalnie krążących typów serologicznych.

Wywiad z pacjentem może dostarczyć klucza do określenia źródeł zakażenia i warunków przenoszenia. Serologia zwierząt może dostarczyć domyślnej informacji na temat rodzajów grup serologicznych uczestniczących w zakażeniach. Hodowla i następnie typowania dają potwierdzoną informację o typach serologicznych.

## TRĄD

## A30

### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Trąd nadal dotyka dużej liczby ludzi na świecie. W 1997 roku było według oszacowań 1,5 miliona przypadków na świecie. Walka z chorobą poprawiła się po zastosowaniu terapii skojarzonej (*multidrug therapy* - MDT). Program WHO (9GPW, cel 6.2) ma na celu **eliminację** choroby (< 1 przypadek na 10.000 ludności) do roku 2000, używając skoncentrowanego, elastycznego podejścia. Obejmuje ono dostępność MDT dla wszystkich wspólnot i obszarów, właściwe i dobrej jakości diagnostykę i leczenie, z ewaluacją przez nadzór epidemiologiczny i monitorowanie programu.

### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

#### Opis kliniczny

Objawy kliniczne choroby mieszczą się w ciągłym spektrum pomiędzy dwoma biegunowymi formami - lepromatyczną (guzowatą, licznoprątkową) oraz tuberkuloidową (gruźkowatą, skąpoprątkową):

- W lepromatycznym (licznoprątkowym) trądzie, guzki, grudki, plamki i rozsiane nacieki są obustronnie symetryczne oraz zwykle liczne i rozległe; zajęcie śluzówki nosa może prowadzić do jej twardnienia, utrudnionego oddychania, krwawień z nosa; zajęcie gałek ocznych prowadzi do zapaleń tęczówki i rogówki.
- W trądzie tuberkuloidowym (skąpoprątkowym), zmiany skórne są pojedyncze lub nieliczne, ostro odgraniczone, ze znieczuleniem lub ubytkiem czucia, a obustronne, asymetryczne zajęcie nerwów obwodowych zazwyczaj bywa ciężkie.
- Graniczny trąd ma cechy obu form biegunowych i jest bardziej zmienny.
- Nieokreślony trąd charakteryzuje się bielaczymi (*hypopigmented*) plamkami o niewyraźnych brzegach; jeżeli nie leczony może postępować do postaci lepromatycznej, tuberkuloidowej lub granicznej.

#### Laboratoryjne kryteria potwierdzenia

Prątki kwasooporne w rozmazach skóry (wykonane z zeszkrobiny lub skrawków). W skąpoprątkowej formie prątków może być tak niewiele, że nie są wykrywalne. Biorąc pod uwagę wzrastającą chorobowość z powodu WZW B oraz HIV w wielu krajach gdzie trąd występuje endemicznie, liczba miejsc skąd pobierane są rozmazy skóry oraz częstość ich wykonywania powinny być ograniczone do minimum.

## Klasyfikacja przypadków

### Definicja operacyjna WHO:

Przypadek trądu jest definiowany jako osoba posiadająca jeden lub więcej spośród następujących objawów, i która ma dopiero przejść pełny kurs leczenia:

- Niedobarwione lub czerwonawe zmiany skórne z definitywną utratą czucia.
- Zajęcie nerwów obwodowych, przejawiające się ich definitywnym pogrubieniem z utratą czucia.
- Rozmazy skórne z obecnością prątków kwasoopornych.

### Klasyfikacja (mikrobiologiczna):

Skąpoprątkowy (PB):

zawiera wszystkie przypadki z ujemnymi rozmazami.

Licznoprątkowy (MB):

zawiera wszystkie przypadki z dodatnimi rozmazami.

### Klasyfikacja (kliniczna):

Trąd skąpoprątkowy z pojedynczą zmianą: 1 zmiana skórna

Trąd skąpoprątkowy: 2-5 zmian skórnych

Trąd licznoprątkowy: > 5 zmian skórnych

### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Indywidualna dokumentacja pacjenta na szczeblu terenowym do badań i prowadzenia przypadków.
- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i centralnego.

**Międzynarodowe:** Kwartalne i roczne zgłoszenia danych zbiorczych ze szczebla centralnego do WHO.

### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

#### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, stopień inwalidztwa, badania laboratoryjne, klasyfikacja choroby (skąpo lub licznoprątkowy, *zob.: Definicje przypadków*), data rozpoczęcia leczenia, wynik leczenia (inwalidztwo, wyleczony, wypaść z obserwacji), kontakty.

#### Zgłaszane dane zbiorcze - zasadnicze wskaźniki (kraje endemiczne)

- Liczba przypadków zarejestrowanych do leczenia w danym czasie (zwykle na koniec roku).
- Liczba nowo wykrytych przypadków poszczególnych typów trądu.
- Liczba przypadków leczonych MDT.
- Liczba przypadków z 2 stopniem inwalidztwa WHO\*.
- Liczba pacjentów wyleczonych za pomocą MDT.
- Liczba nawrotów.

\* *Zob.: WHO technical Reports Series N 874, Geneva: World Health Organization, 1988: 31-32.*

### ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Chorobowość punktowa (w poszczególnych miejscach), roczna wykrywalność, pokrycie MDT (procent osób leczonych wieloma lekami), liczba osób wyleczonych (tam, gdzie to możliwe w oparciu o badania kohort), liczba przypadków zarejestrowanych do chemioterapii na końcu roku podzielonych przez populację w której wystąpiły te przypadki.

**Wykresy:** Chorobowość w poszczególnych latach, wykrywalność w poszczególnych latach, liczba pacjentów na MDT w poszczególnych latach, liczba przypadków wyleczonych przez MDT w poszczególnych latach.

**Mapy:** Liczby zarejestrowanych przypadków, liczby nowych przypadków, typ leczenia, pokrycie MDT, wszystko w obszarach geograficznych.

**Tablice:** Chorobowość, wykrywalność nowych przypadków, odsetek dzieci, odsetek inwalidów, odsetek licznoparkowych, liczba wyleczonych MDT.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Ocena rozmiarów problemu.
- Wykrycie różnic w rozpoznawaniu przypadków.
- Ocena działań zmierzających do wyeliminowania trądu.
- Planowanie rozdziału leków.
- Identyfikacja technicznych i operacyjnych trudności stojących przed programem.
- Wykrycie obszarów wysokiego ryzyka dla przyszłego u kierunkowania interwencji.
- Ocena wpływu interwencji.

#### ASPEKTY SPECJALNE

- Zgłoszenia trądu często bywają zaniżone. Jednak nie ma wiarygodnych i ekonomicznie efektywnych metod dokładnego oszacowania rzeczywistej chorobowości.
- W krajach endemicznych, zasadnicze wskaźniki muszą być oceniane przez niezależne mechanizmy, aby ocenić jakość działania służb prowadzących terapię (MDT) i postęp w kierunku eliminacji choroby na szczeblu lokalnym.

### TEŻEC NOWORODKÓW

A33

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Wyznaczony do **eliminacji** (9GPW). Trzy zasadnicze strategie dla tego celu stanowią:

1. Wysoki poziom zaszczepienia anatoksyną tężcową kobiet ciężarnych.
2. Czysto przeprowadzane porody.
3. Identyfikacja obszarów wysokiego ryzyka i wprowadzenie działań zapobiegawczych (szczepień kobiet w wieku rozrodczym) w tych obszarach.

Nadzór epidemiologiczny jest szczególnie użyteczny w celu identyfikacji obszarów wysokiego ryzyka i określenia wpływu działań interwencyjnych.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Definicja kliniczna i klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Każda śmierć noworodka w wieku między 3-28 dniem, której przyczyna jest nieznaną; lub każdy noworodek zgłoszony jako chorujący na tężec noworodków w wieku między 3-28 dniem i nie badany.

**Potwierdzony:** Każdy noworodek z normalnym odruchem ssania i płaczący normalnie w ciągu dwu pierwszych dni życia, który pomiędzy 3 a 28 dniem nie może ssać normalnie i staje się sztywny lub dostaje drgawek albo jedno i drugie.

Rozpoznanie jest czysto kliniczne i nie podlega potwierdzeniu laboratoryjnemu lub bakteriologicznemu.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Liczba potwierdzonych przypadków tężca noworodków musi być włączona do rutynowych comiesięcznych zgło-

zeń ze wszystkich krajów i zgłaszana jako oddzielna pozycja od innych (nie u noworodków) przypadków tężca. Zgłaszanie nie występowania przypadków (*zero reporting*) jest wymagane na wszystkich szczeblach.

- Aktywny nadzór w większych ośrodkach (szpitalach) w regularnych odstępach (przynajmniej raz na rok).
- W obszarach "niskiego ryzyka" (zachorowalność < 1/1.000 żywych urodzeń przy efektywnym nadzorze), wszystkie podejrzane przypadki winny być badane, aby uzyskać potwierdzenie i określić przyczynę.
- Nadzór nad zbiorowiskami ludzkimi w "cichych" obszarach (tzn. gdzie zgłaszanie przypadków nie działa, lecz gdzie, w oparciu o inne wskaźniki, tężec noworodków może być problemem).

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Zgłaszane dane zbiorcze

- Liczba przypadków.
- Dawki szczepionki (TT) podane kobietom ciężarnym lub kobietom w wieku rozrodczym (zależnie od polityki szczepień) lub odsetek noworodków chronionych przy urodzeniu (*protected at birth - PAB; zob.: Aspekty specjalne*).
- Kompletność i punktualność raportów miesięcznych.

##### Dane indywidualne, dokumentacja poszczególnych przypadków do badania

- Identyfikator jednostkowy.
- Informacja geograficzna.
- Data urodzenia.
- Wiek (w dniach) dziecka w czasie wystąpienia objawów.
- Płeć dziecka.
- Liczba ciąż matki z uwzględnieniem obecnego porodu lub ciąży.
- Data badania przypadku.
- Miejsce i typ porodu: 1 = szpital (izba porodowa); 2 = dom w obecności położnej; 3 = dom z pomocą osoby niewykwalifikowanej; 4 = dom bez pomocy innej osoby; 5 = inne; 9 = nieznane.
- Stan zaszczepienia matki w chwili porodu: 1 = aktualne; 2 = nie aktualne; 3 = nie szczepiona; 9 = nie wiadomo.
- Klasyfikacja przypadku: 1 = potwierdzony; 2 = podejrzany; 3 = odrzucony.
- Matka otrzymała ochronną dawkę TT w ciągu 3 miesięcy od sporządzenia raportu: 1 = tak; 2 = nie; 9 = nie wiadomo.

#### ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

##### Dla danych zbiorczych (tzn. rutynowych zgłoszeń miesięcznych)

- Zapadalność na 1.000 żywych urodzeń według obszarów geograficznych, miesięcy i lat.
- TT2+ (lub %PAB) według lat i obszarów geograficznych.
- Kompletność i punktualność raportów miesięcznych.
- Obszary geograficzne uznawane za miejsca wysokiego ryzyka w porównaniu z tymi, gdzie wprowadzono działania profilaktyczne.

##### Dla danych indywidualnych (dotyczy wyłącznie badania przypadków)

- Potwierdzone indywidualne przypadki tężca noworodków według typu porodu, płci, stanu zaszczepienia matki TT2+.
- % potwierdzonych przypadków, w których matka otrzymała później dawkę ochronną TT.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie postępu w kierunku uzyskania i utrzymania

nia wysokiego stopnia zaszczepienia TT2+ (lub PAB) we wszystkich obszarach geograficznych.

- Monitorowanie postępu w kierunku eliminacji tężca noworodków w każdym obszarze geograficznym.
- Badanie przypadków podejrzanych o tężec noworodków na obszarach nie uznawanych jako obszary ryzyka tężca noworodków w celu potwierdzenia i znalezienia przyczyny.
- Określenie obszarów wysokiego ryzyka i przeprowadzenia trzech akcji dodatkowych szczepień TT w tych obszarach.
- Okresowa ocena czułości zgłoszeń tężca noworodków i nadzór przez porównywanie liczby zgłoszeń z liczbą przypadków rozpoznawanych w nadzorze czynnym.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Procent chronionych przy urodzeniu (%PAB) stanowi alternatywną metodę określenia stopnia zaszczepienia (szczególnie gdy TT2+ jest niewiarygodne). Aby to monitorować, pracownicy służby zdrowia w czasie wizyty w celu zaszczepienia DTP1 notują, czy dziecko było chronione przy urodzeniu przez stan zaszczepienia matki oraz stan porodu (czyści / nie czysty). %PAB jest następnie szacowany ze stosunku liczby dzieci chronionych do całkowitej liczby porodów żywych. Jeżeli dziecko nie jest chronione, matka winna otrzymać dawkę szczepionki przeciw tężcowi w czasie tej samej wizyty, a następnie kolejną dawkę ochronną.

#### BŁONICA

A36

##### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Błonica jest szeroko rozpowszechnioną ciężką chorobą zakaźną, która stwarza zagrożenie wybuchów epidemii.

Walka z błonicą jest oparta na 3 działaniach.

1. Pierwotne zapobieganie chorobie przez zapewnienie wysokiej odporności populacji przez stosowanie szczepień.
2. Zapobieganie wtórne jej szerzeniu się przez szybkie wykrywanie bliskich kontaktów, aby zapewnić właściwe leczenie.
3. Zapobieganie powikłaniom i zgonom przez wczesną diagnostykę i właściwą opiekę.

Dane nadzoru epidemiologicznego mogą być używane do monitorowania stopnia zaszczepienia (docelowo > 90%) i przypadków choroby jako miary efektów programów zapobiegawczych. Niedawne epidemie podkreśliły potrzebę właściwego nadzoru i gotowości do działań w razie wybuchu epidemii.

##### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

###### Opis kliniczny

Choroba górnych dróg oddechowych charakteryzująca się zapaleniem krtani **lub** gardła **lub** migdałków **oraz**

- błonami mocno przylegającymi do migdałków, gardła i/lub śluzówki nosa.

###### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Wyizolowanie *Corynebacterium diphtheriae* z materiału pobranego od chorego.

**Uwaga:** Wzrost przeciwciał w surowicy (czterokrotny lub większy) ma znaczenie tylko wtedy, gdy obie próbki surowicy zostały pobrane przed podaniem toksoidu lub antytoksyny błoniczej. Sytuacja taka zwykle nie ma miejsca w przypadku nadzoru epidemiologicznego, w związku z czym serologiczna diagnostyka błonicy raczej nie jest tam stosowana.

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Nie ma zastosowania.

**Prawdopodobny:** Przypadek spełniający kryteria rozpoznania klinicznego.

**Potwierdzony:** Przypadek prawdopodobny, który jest potwierdzony laboratoryjnie lub powiązany epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym laboratoryjnie.

**Uwaga:** Osoby z dodatnią hodowlą *C. diphtheriae*, które nie spełniają klinicznych kryteriów choroby (to znaczy nosiciele bezobjawowi) nie powinni być zgłaszani jako prawdopodobne lub potwierdzone przypadki błonicy.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych prawdopodobnych lub potwierdzonych przypadków jest zalecane z terenu do szczebla pośredniego i centralnego; zgłaszanie nie występowania zachorowań (*zero reporting*) jest wymagane na wszystkich szczeblach.
- Wszystkie wybuchy epidemii muszą być badane natychmiast i zbierane muszą być dane oparte na indywidualnych przypadkach.
- W krajach o niskiej zachorowalności (zwykle, gdzie poziom zaszczepienia jest > 85%) zalecane jest natychmiastowe zgłaszanie indywidualnych przypadków z terenu do szczebla pośredniego i centralnego.

Dane zbiorcze dotyczące prawdopodobnych i potwierdzonych przypadków oraz dane dotyczące poziomu zaszczepienia muszą być zgłaszane ze szczebla krajowego do Regionalnego Biura WHO zgodnie z lokalnymi ustaleniami.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Zgłaszane dane zbiorcze

- Liczba przypadków.
- Liczba trzecich dawek szczepionki przeciw błonicy-tężcowi-krztuścowi (DTP3) podanych dzieciom.

##### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Identyfikator jednostkowy.
- Informacja geograficzna.
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia objawów, data zgłoszenia.
- Data rozpoczęcia leczenia.
- Typ leczenia: 1 = antybiotyk i antytoksyna; 2 = wyłącznie antybiotyk; 3 = wyłącznie antytoksyna; 4 = bez leczenia lub inne leczenie; 9 = nie wiadomo.
- Wynik badań laboratoryjnych: 1 = wyizolowano toksynogenny *C. diphtheriae*; 2 = wyizolowano nie toksynogenny *C. diphtheriae*; 3 = wyizolowano *C. diphtheriae*, toksynogenność nieznana; 4 = nie wyizolowano *C. diphtheriae*; 6 = nie wykonano badań bakteriologicznych; 9 = nie wiadomo.
- Całkowita liczba otrzymanych dawek szczepionki przeciw błonicy (DTP, DT lub Td).
- Data ostatniej dawki.
- Ostateczna klasyfikacja przypadku: 1 = potwierdzony; 2 = prawdopodobny; 3 = odrzucony.
- Zejście: 1 = żywy; 2 = zmarły; 3 = nie wiadomo.

#### ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

##### Dane zbiorcze

- Zachorowalność w poszczególnych miesiącach, latach,



obszarach geograficznych.

- Poziom zaszczerpienia DTP3 w poszczególnych latach i obszarach.
- Kompletność i punktualność raportów miesięcznych.
- Zachorowalność proporcjonalna (w porównaniu do innych chorób o znaczeniu dla zdrowia publicznego).

#### Dane oparte na indywidualnych przypadkach

Takie same jak zbiorcze plus następujące:

- Zachorowalność w grupach wieku.
- Przypadki z podaniem stanu zaszczerpienia, wyników laboratoryjnych, typu leczenia.
- Przypadki leczone na czas ( $\leq 7$  dni od początku choroby).
- Śmiertelność.
- Umieralność proporcjonalna (w porównaniu z innymi chorobami o znaczeniu dla zdrowia publicznego).

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie śmiertelności i jeśli jest ona wysoka, określanie przyczyny (np. niedostateczna opieka, brak antybiotyków / antytoksyny, późne zgłaszanie do lekarza), aby podjąć odpowiednie działania naprawcze.
- Określenie zachorowalności w grupach wieku, obszarach geograficznych, porach roku, aby poznać grupy i okresy ryzyka.
- Monitorowanie zachorowalności dla oszacowania efektów działań zapobiegawczych.
- Monitorowanie poziomu zaszczerpienia w różnych obszarach w celu zidentyfikowania regionów o słabo prowadzonych programach szczepień.
- Wykrywanie wybuchów epidemii dla podjęcia działań w celu ich zwalczania.
- Analizowanie wybuchów epidemii w celu ustalenia epidemiologii choroby, określenia dlaczego wybuch nastąpił (np. zła szczepionka, niedostateczna liczba zaszczerpionych, nagromadzenie podatnych, spadek odporności, nowy szczep toksogenny) i aby zapewnić odpowiednią opiekę nad chorymi.

**Uwaga:** W dodatku do nadzoru epidemiologicznego, starannie zaprojektowane badania mogą być użyte, aby monitorować stan odporności różnych grup wiekowych.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Dalsze informacje są zawarte w *Rozszerzonym Programie Szczepień (Expanded Programme on Immunization - WHO)*.

(cdn)

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

wybór, przekład i opracowanie Andrzej Zieliński

### Żółta gorączka w latach 1998-1999

W roku 1998 zgłoszono do ŚOZ z terenu Ameryki (91% wszystkich zgłoszeń) i Afryki 303 zachorowania i 117 zgonów na żółtą gorączkę.

W roku 1999 - 208 przypadków choroby i 101 zgonów wystąpiło na obszarze Ameryki. Łącznie, w latach 1998-1999 zachorowania na żółtą gorączkę zgłosiło 11 państw.

W Ameryce choroba ta występuje endemicznie w 10 krajach Ameryki Południowej i na jednej wyspie na Karai-

bach; większość przypadków zachorowań zgłaszają Boliwia, Brazylia i Peru.

Na kontynencie afrykańskim zagrożenie żółtą gorączką występuje w 33 państwach.

**Afryka.** W 1998 i 1999 roku przypadki żółtej gorączki rejestrowano na Wybrzeżu Kości Słoniowej, Liberii i Burkina Faso. Łącznie zachorowało 27 osób, z których 8 zmarło.

**Ameryka.** W roku 1998 zgłoszono 276 zachorowań i 109 zgonów; była to najwyższa, oprócz roku 1995 (524 przypadki i 214 zgonów), liczba zachorowań od lat 60-tych. Po raz pierwszy od roku 1980, 15 zachorowań wystąpiło w Wenezueli, na terenie przygranicznym z Brazylią; 60% wszystkich przypadków zgłoszono z Peru i 21% z Boliwii. W Brazylii, w 1998 r. zachorowały 34 osoby i 75 - w 1999 r.; w Boliwii w 1999 r. była najwyższa (68 przyp.) od 1991 r. liczba zachorowań; w Peru zarejestrowano 165 przyp. w 1998 r. i 56 - w 1999 r.; wahania liczby zachorowań zależały od laboratoryjnych potwierdzeń przypadków podejrzeń. Łącznie, w 1999 roku zachorowało 207 osób i 100 z nich zmarło.

Liczby zachorowań na żółtą gorączkę nie są pełne, przede wszystkim z terenu Afryki. Zwalczanie żółtej gorączki polega na niszczeniu wektorów - komarów oraz na prowadzeniu szczepień ochronnych. Szczepionka jest w 95% skuteczna i zapewnia odporność przez 10 lat po szczepieniu.

Od roku 1990 zastosowano 80 mln dawek szczepionki, w tym 49 mln dawek w ostatnich 4 latach. Punktem zwrotnym w sytuacji epidemiologicznej żółtej gorączki powinno być wprowadzanie do kalendarza szczepień rutynowe szczepienie dzieci.

Pokrycie szczepieniami przeciw żółtej gorączce krajów ryzyka, przede wszystkim krajów afrykańskich, nie przekracza obecnie 60%, co zagraża wybuchem epidemii w skupiskach ludności miejskiej.

na podstawie "WklyEpid.Rec." (2000,40,322-328)  
opracowała Danuta Seroka

### Dżuma ludzi w latach 1998 - 1999

W roku 1998 12 krajów zgłosiło 2.464 zachorowania na dżumę, w tym 209 osób zmarło; w 1999 r. zachorowały na dżumę w 14 krajach 2.603 osoby i zmarły 212.

W latach 1988-1997 zarejestrowano w 23 krajach 25.467 zachorowań i 1.813 zgonów.

W ostatniej dekadzie XX wieku większość zachorowań na dżumę (76,2%) i zgonów z powodu dżumy (81,8%) rejestrowano w Afryce; w większości na Madagaskarze. Wzrost liczby przypadków dżumy, postrzegany od wczesnych lat 90-tych można tłumaczyć uaktywnieniem się ognisk zoonotycznych obok polepszającej się zgłaszalności dżumy do ŚOZ.

Sytuację epidemiologiczną dżumy na poszczególnych kontynentach kształtują pojedyncze państwa: Madagaskar i Tanzania w Afryce (62,2% zgłaszanych przypadków), Brazylia i Peru w Ameryce (85,4%) i Wietnam w Azji (62,6%).

**Afryka.** W roku 1998 zgłoszono 2.341 zachorowań i 182 zgony na Madagaskarze, Mozambiku, Ugandzie i Zimbabwie. W roku 1999 zgłoszono 2.344 zachorowania i 196 zgonów. Dżumę rejestrowano na Madagaskarze, Malawii, Mozambiku, Namibii i w Zjednoczonej Republice Tanzanii.

**Ameryka.** W 1998 r. 4 kraje Ameryki: Brazylia, Ekwador, Peru i USA - zgłosiły 28 zachorowań i 14 zgonów. W roku 1999 - 37 przypadków i 1 zgon w Brazylii, Peru i USA.

**Azja.** W 1998 r. Mongolia i Wietnam zgłosiły 95 zachorowań i 13 zgonów; w 1999 r. - 222 zachorowania i 15 zgonów rejestrowano w Chinach, Kazachstanie, Mongolii i Wietnamie. Źródłem zakażenia w Kazachstanie były chore wielbłądy.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,42,338-343)  
opracowała Danuta Seroka

### Europejskie badania epidemiologiczne kliniczno-kontrolne na temat źródeł inwazji *Toxoplasma* u ciężarnych kobiet

W Europie wrodzona toksoplazmoza atakuje od 1 do 10 noworodków na 10.000, spośród których 1-2% popada w trudności w nauce lub umiera. U 4-27% rozwijają się uszkodzenia siatkówki i naczyńówki oka, prowadzące do trwałego, jednostronnego upośledzenia widzenia. Skuteczne zapobieganie wrodzonej toksoplazmozie zależy od unikania inwazji w czasie ciąży. Do inwazji dochodzi przez spożycie zdolnych do życia cyst tkankowych w mięsie lub oocyst wydalanych przez koty zanieczyszczające środowisko (w tym wodę).

Rozpowszechnienie poprzedzającej inwazji *Toxoplasma* u kobiet ciężarnych wynosi od 10% w Zjednoczonym Królestwie i w Norwegii do około 55% we Francji i Grecji; w ciągu ostatnich trzech dekad w wielu krajach wystąpił ostry spadek liczby zachorowań. Zmiany regionalne przypisywane są klimatowi, różnicom kulturowym w ilości i typie spożywanego surowego mięsa, wzrastającej konsumpcji mięsa ze zwierząt z hodowli przydomowych oraz mięsa mrożonego.

W badaniu brały udział ośrodki dokonujące badań w kierunku toksoplazmozy w Neapolu, Lozannie, Kopenhadze, Oslo, Brukseli i Mediolanie. Za przypadki inwazji uznano te ciężarne kobiety, u których stwierdzono ostrą toksoplazmozę między styczniem 1994 r., a czerwcem 1995 r. Brano pod uwagę serokonwersję lub wykazanie przeciwciał specyficznych dla *Toxoplasma*. Kontrolę stanowiły kobiety z negatywnymi wynikami badań w kierunku IgG, badane przy użyciu tego samego testu przesiewowego w tym samym

laboratorium.

Dane były gromadzone drogą wywiadu prowadzonego po porodzie. Podczas wywiadu prowadzonego wśród kobiet w trakcie inwazji oraz wśród kobiet z grupy kontrolnej zadawano przede wszystkim pytanie na temat sposobu unikania inwazji *Toxoplasma*. W ten sposób oceniano stan wiedzy na temat źródeł inwazji. Do rejestru wciągnięto ogółem 252 kobiety w trakcie inwazji (przypadki) oraz 858 kobiet z grupy kontrolnej. Nie wykazano znaczących powiązań między inwazją a obecnością kotów. Kontakt z glebą był związany z dwukrotnym wzrostem ryzyka inwazji, tak jak praca ze zwierzętami i podróż poza Europę lub Stany Zjednoczone i Kanadę. Inwazja była także związana z pitną nieprzetworzoną wodą lub nie posiadaniem wody wodociągowej.

Ryzyko inwazji *Toxoplasma* wzrastało u kobiet, które zgłaszały próbowanie mięsa podczas przygotowywania posiłków oraz spożywanie surowego lub niedogotowanego mięsa. Ryzyko inwazji ( $P < 0,01$ ) było związane z częstością spożycia niedogotowanej jagnięciny lub wołowiny, salami, suszonej wieprzowiny, lub surowej kiełbasy (30-63% inwazji). Kontakt z glebą przyczynił się do wystąpienia około 17% inwazji. Spożycie niepasteryzowanego mleka lub produktów mleczarskich było także związane z inwazją.

We wszystkich ośrodkach biorących udział w badaniu na pierwszy plan wysuwa się zalecenie unikania spożywania mięsa, które nie jest dokładnie ugotowane. Ważność innych czynników ryzyka różni się między ośrodkami. Wśród zaleceń tych wymieniano dokładne mycie wszystkich owoców i warzyw, unikanie kontaktu z glebą, pracy ze zwierzętami lub picia niepasteryzowanego mleka.

Opisane badanie skupiło się na kobietach ciężarnych, ale toksoplazmoza nabyta po porodzie jest ważną przyczyną chorób oka i może być śmiertelna dla chorych z obniżoną odpornością; dlatego wnioski i strategie zapobiegania mogą się odnosić do populacji ogólnej.

na podst.: Cook AJC i inni "Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study" (Brit.Med. J. 2000, 321,142-147)

opracowała Anna Przybylska

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

