

## Meldunek 12/B/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.12 do 31.12.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 12/B		Dane skumulowane	
	16.12.00. do 31.12.00.	16.12.99. do 31.12.99.	1.01.00. do 31.12.00.	1.01.99. do 31.12.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	8	9	98	108
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	13	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	456	487	22803	23436
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	4	8	121	292
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	92	166	4873	3798
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	100	63	3884	1418
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	422	592	17528	13146
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	297	441	12108	9599
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	15	21
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	108	118	2268	876
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	209	436	8353	9698
Zapalenie opon mózgowych: razem	79	85	2109	2209
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	5	97	119
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	3	82	63
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	44	686	814
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	41	24	1049	1024
inne i nie określone (G03)	8	9	195	189
Zapalenie mózgu: razem	22	37	561	494
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	8	12	116	106
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	6	1	168	101
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	6	28	36
wirusowe, nie określone (A86)	7	9	163	166
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	9	85	84
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4922	6761	127993	103973
Odra (B05)	2	2	79	99
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1110	738	46197	30958
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	8	30	263	1024
typu B (B16; B18.0-B18.1)	93	185	2695	3356
typu C (B17.1; B18.2)	77	118	1951	1836
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	9	128	152
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	18	17	316	361
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	373	1182	17543	90214
Włośnica (B75)	1	186	36	263
Świerzb (B86)	530	872	16908	17555
Grypa: ogółem (J10; J11)	13520	988	1596914	2344773
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	569	601	26677	27103
w tym: salmonelozy (A02.0)	452	483	22725	23381
gronkowcowe (A05.0)	19	-	382	353
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	3	70	97
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	-	1	110	66
nie określone (A05.9)	96	114	3389	3206
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	7	5	312	145
w tym: grzybami (T62.0)	6	2	301	126
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	252	562	8236	7453
w tym: pestycydami (T60)	3	1	107	121
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	134	258	4706	4331
alkoholem (T51)	29	131	1721	1413
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	8	41	75

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.12.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośł. 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	8	-	-	456	4	422	-	108	209	79	4	22	6
Dolnośląskie	-	-	-	26	-	15	-	7	25	6	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	28	-	24	-	-	7	1	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	25	-	23	-	-	11	1	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	4	-	8	-	-	3	-	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	25	-	16	-	54	7	6	1	1	-
Małopolskie	-	-	-	21	-	32	-	1	18	11	1	1	-
Mazowieckie	-	-	-	46	3	35	-	8	20	9	1	5	-
Opolskie	-	-	-	10	-	-	-	-	6	1	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	24	-	26	-	1	3	6	-	2	-
Podlaskie	1	-	-	57	-	15	-	16	6	4	-	7	5
Pomorskie	-	-	-	29	-	44	-	-	10	2	-	-	-
Śląskie	-	-	-	28	-	40	-	4	41	6	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	13	-	33	-	3	9	4	-	1	1
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	26	-	20	-	7	13	3	-	1	-
Wielkopolskie	2	-	-	27	-	73	-	7	25	11	-	-	-
Zachodniopomorskie	5	-	-	67	1	18	-	-	5	8	1	-	-

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	4922	2	1110	8	98	82	373	1	530	13520	569	6	252
Dolnośląskie	449	-	223	-	10	7	45	-	20	1298	30	-	16
Kujawsko-Pomorskie	278	-	226	-	14	5	45	-	28	798	35	-	5
Lubelskie	149	-	18	1	-	1	14	-	39	1	27	1	23
Lubuskie	233	-	35	-	5	7	1	-	15	36	13	-	80
Łódzkie	374	-	22	-	14	11	7	-	81	5866	30	1	4
Małopolskie	378	-	81	-	9	3	15	-	28	140	27	-	3
Mazowieckie	645	-	45	3	4	9	18	-	34	3238	46	-	6
Opolskie	123	-	24	-	-	1	18	-	4	141	9	-	-
Podkarpackie	231	1	8	2	1	1	6	-	24	39	24	-	19
Podlaskie	195	-	5	-	1	-	15	-	39	12	57	4	5
Pomorskie	297	-	24	-	4	4	84	-	17	664	31	-	18
Śląskie	455	-	182	-	12	10	14	-	100	240	80	-	8
Świętokrzyskie	223	-	20	1	11	13	50	-	16	65	22	-	45
Warmińsko-Mazurskie	265	-	12	1	4	2	1	-	10	57	28	-	7
Wielkopolskie	383	1	137	-	5	8	33	1	52	823	29	-	6
Zachodniopomorskie	244	-	48	-	4	-	7	-	23	102	81	-	7

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 grudnia 2000 r.

W grudniu 2000 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 84 obywateli polskich, wśród których było m.in. 37 zakażonych w związku z użyciem narkotyków i 37 bez informacji o drodze zakażenia.

Zakażenie HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS dwóch kobiet (narkomanki i bez informacji o drodze zakażenia) oraz dziewięciu mężczyzn (sześciu narkomanów i trzech homoseksualistów).

Chorzy byli w wieku od 17 do 49 lat. Troje mieszkało w województwie kujawsko-pomorskim, a ośmioro w śląskim.

W dziewięciu przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w dwu przypadkach jako chorobę wskaźnikową podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. U dziesięciu chorych podano liczbę komórek CD4 (od 3 do 502/ $\mu$ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2000 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.747 obywateli polskich, wśród których według obecnych danych Zakładu Epidemiologii PZH było co najmniej 4.285 zakażonych w związku z użyciem narkotyków.

Ogółem odnotowano 948 zachorowań na AIDS; 513 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.*

### Subregionalne spotkanie koordynatorów stworzenia bezpiecznych warunków przechowywania szczepów dzikiego wirusa polio, materiałów nim zakażonych i takich, które mogą być nim zakażone

(Praga, 13-15 grudzień 2000 r.)

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele krajów zachodniej i centralnej Europy. Nie brali udziału przedstawiciele tzw. nowych niezależnych państw.

Podczas spotkania dokonano przeglądu podjętych działań dla stworzenia warunków bezpiecznego przechowywania szczepów dzikiego wirusa polio, materiałów nim zakażo-

nych lub takich, które mogą być nim zakażone, oraz podano informacje dotyczące działania dla eradykacji polio w świecie i osiągniętych wyników będące w posiadaniu Europejskiego Biura Regionalnego WHO.

Poniżej zostały przytoczone najbardziej istotne spośród nich. Ponadto podjęto decyzję o wysłaniu listu do zainteresowanych tym problemem osób,\* który przytoczony jest poniżej, po wstępnej informacji. W dalszych "Meldunkach" przewiduje się zamieszczenie informacji z artykułów opublikowanych na powyższy temat.

Przewidywane były następujące etapy likwidacji polio:  
1988 r. - rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia o eradykacji polio;

2000 r. - wstrzymanie transmisji wirusa polio;

2005 r. - globalna eradykacja polio;

2005-2010 - wstrzymanie szczepień.

W 1988 roku zanotowano na świecie 350.000 zachorowań na poliomyelitis, a w 1999 roku - 7.144 zachorowania, które wystąpiły w kilku krajach południowo-wschodniej Azji i centralnej Afryki. Dokonano tego w wyniku szczepień wykonywanych z wysokim odsetkiem obejmowanych nimi dzieci i szczepień uzupełniających w postaci narodowych dni szczepień i szczepień wykonywanych według zasady "dom za domem".

Należy jednak zaznaczyć, że na 1 objawowe zachorowanie na polio przypada 100-1.000 nierozpoznanych zakażeń.

Za największe osiągnięcia ostatnich lat należy uznać:

- znaczne zmniejszenie liczby zakażeń w Indiach - 1.934 w 1998 roku, 1.125 w 1999 roku i 196 do 30 listopada 2000 roku,

- likwidację zachorowań na polio w południowo-wschodniej Turcji, a co za tym, w regionie europejskim;

- wystąpienie ostatniego zachorowania na polio typu 2 w październiku 1999 roku.

Obecnie najbardziej istotnym problemem jest stworzenie takich warunków, aby wirus polio nie mógł wydostać się z laboratorium. Działanie w tym kierunku oceniane jest jako druga połowa eradykacji. Wirus polio w laboratoriach może być przechowywany jako wyosobnione szczepy wirusa, a także może znajdować się w materiale klinicznym (kał, wymazy z gardła), w materiale pobranym w czasie sekcji zwłok, jak również w eksperymentalnych, zakażonych zwierzętach i ich tkankach i narządach, a także próbkach materiału pobranego ze środowiska (ścieki, woda), które zostały pobrane gdy występowały zachorowania i mogły być zakażone. Przechowywane w laboratoriach wirusy polio mogą być niebezpieczne w szczególności dla nieodpornionych pracowników. Dlatego powinni być oni uodpornieni drogą szczepienia przy zastosowaniu OPV lub IPV.

Wirus może wydostać się z laboratorium tylko przy lekkaważeniu i nieprzestrzeganiu odpowiednich zasad, w szczególności na zakażonych ubraniach, w zakażonych płynach, w wyprowadzonym powietrzu, na zakażonym sprzęcie, a w szczególności w postaci nierozpoznanego zakażenia najczęściej nieodpornionych pracowników laboratoryjnych zwykle, po pracach z narażeniem na ekspozycję na wirusa polio.

Obecnie szczepy dzikiego wirusa polio i materiał nim zakażony powinny być przechowywane w laboratoriach o poziomie bezpieczeństwa BSL-2, kiedy nastąpi eradykacja polio - powinny być przechowywane w laboratoriach BSL-3, a kiedy szczepienie szczepionką OPV będzie wstrzymane, szczepy dzikiego wirusa lub materiał nim zakażony powinien być przechowywany w laboratoriach BSL-4, a wirusy szczepionkowe OPV w laboratoriach BSL-3.

Po wstrzymaniu szczepień OPV, co powinno nastąpić w kilka lat po eradykacji *polio*, planuje się kontynuację szczepień przy użyciu IPV. Nie jest ustalony okres wykonywania tych szczepień.

Przedsięwzięcia podjęte dla bezpiecznego przechowywania wirusa *polio*, lub materiału nim zakażonego mogą być skuteczne przy zapewnieniu politycznej akceptacji i poparcia, skutecznego działania, dobrego zaplanowania działania przed jego wdrożeniem i zapewnienia ekstensyfikacji prac.

Stworzenie bezpiecznych warunków przechowywania szczepów dzikiego wirusa *polio* lub materiałów nim zakażonych lub takich, które mogą być nim zakażone jest realne do osiągnięcia i musi być osiągnięte. Na obecnym etapie jest to najbardziej istotne zadanie dla eradykacji *polio*.

\* Główny Inspektor Sanitarny, Dyrektor Departamentu Przewidywania i Oświaty Zdrowotnej GIS, Departament Zdrowia Publicznego MZ, Dyrektorzy WSSE, Kierownicy Działów Epidemiologii WSSE; Kierownicy Pracowni Wirusologicznych WSSE, Członkowie Komitetu ds. Eradykacji Poliomyelitis, Członkowie Zespołu Inwentaryzacyjnego.

Wiesław Magdzik

\* \* \*

Warszawa, 20 grudnia 2000 r.

Szanowni Państwo,

W dniach 13-15 grudnia 2000 roku uczestniczyłem w spotkaniu epidemiologów z krajów europejskich zorganizowanym w Pradze w Czeskiej Republice przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia. Spotkanie poświęcone było następującym problemom związanym z eradykacją poliomyelitis:

- szczepieniom przeciw *polio* a w szczególności analizie odsetka dzieci obejmowanych szczepieniem przeciw poliomyelitis w pierwszych dwu latach życia.

W tym zakresie dane z Polski satysfakcjonowały zebranych. Uodporniono w Polsce pod koniec 1999 roku 99,3% dzieci urodzonych w 1997 roku i 97,6% urodzonych w 1998 roku. Z uwagi na niskie odsetki szczepionych w latach poprzednich, w szczególności podkreślano osiągnięcia w tym zakresie w województwie małopolskim tj. odpowiednio 97,7% i 93,7%. Zainteresowanie budził problem szczepienia, nadzoru lekarskiego i ewentualnie badania wirusologicznego osób, a zwłaszcza dzieci imigrantów przybywających z krajów, gdzie zachorowania na *polio* występują endemicznie tj. krajów azjatyckich (Indie, Pakistan, Afganistan, Irak) oraz krajów centralnej Afryki

- zgłaszaniom, rejestracji i badaniom wirusologicznym zachorowań przebiegających z ostrymi porażeniami wiotkimi. Pod tym względem wyrażono niezadowolenie z sytuacji w Polsce. Od 1995 do końca 1999 roku notowano poprawę sytuacji pod tym względem i w 1999 roku zarejestrowano 74 zachorowania na 83 oszacowane i oczekiwane (ok. 90%), a biorąc pod uwagę nadzór lekarski i przeprowadzone badania wirusologiczne tzw. wskaźnik surveillance wyniósł 0,66. W roku 2000 zarejestrowano natomiast dotychczas 40 przypadków na 75 oczekiwanych (54%) a wskaźnik surveillance wynosi 0,35. Nie można spodziewać się zasadniczej poprawy po tym względem sytuacji do końca 2000 roku. Dlatego problem ten wymaga szczególnej uwagi w roku przyszłym. Zwracam się tu z prośbą do kolegów klinicystów z Komitetu ds. Eradykacji Poliomyelitis a także do wojewódzkich epidemiologów o poczynienie kroków dla poprawy w tym zakresie.

- natomiast dużo miejsca w dyskusji poświęcono problemom związanym z inwentaryzacją laboratoriów mogących przechowywać w bezpieczny sposób szczepy dzikiego wirusa *polio* lub materiał zakażony takimi szczepami lub mogący potencjalnie być zakażony.

Szczególnie podkreślono konieczność sporządzenia dokładnej listy laboratoriów do wizytacji nie kierując się domysłami lecz rzeczywistymi przesłankami. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości należy umieścić takie laboratorium w liście, dokonać wizytacji i sporządzić dokument podpisany przez kierownictwo laboratorium, bądź osobę odpowiedzialną za przetrzymywanie szczepów lub materiału zakażonego. Zakłada się, że wizytacji tej dokona komisja w składzie: Dyrektor WSSE, kierownik Działu Epidemiologii, kierownik Pracowni Wirusologicznej WSSE i osoba z instytucji nadzorujące dane laboratorium w okresie luty-czerwiec 2001 r.

Przewiduje się pewną zmianę w stosunku do dotychczasowych propozycji. Podczas wizytacji wypełnione powinny być nie 2 rodzaje kwestionariuszy jak było dotychczas ustalone, lecz 3 rodzaje:

1. dla laboratoriów nie przechowujących szczepów dzikiego wirusa *polio* (formularz A);
2. dla laboratoriów, które przechowywały szczepy dzikiego wirusa *polio*, lecz zdecydowały się je zniszczyć i dokonano komisijnego, udokumentowanego protokołem zniszczenia (formularz B);
3. dla laboratoriów, które podjęły decyzję kontynuowania przechowywania szczepów lub zakażonego materiału (formularz C).

Laboratoria wymienione w punkcie 3 będą następnie zwizytowane przez Komisję Centralną jesienią 2001 roku dla ustalenia warunków przechowywania.

Rodzaje materiału stanowiące zagrożenie epidemiczne szerzenia wirusa *polio* jak również rodzaje laboratoriów mogących posiadać dziki wirus *polio* lub materiał nim zakażony, lub potencjalnie zakażony wymienione zostały na str. 5 opracowania pt. "Dotychczasowe osiągnięcia i plan dalszego działania dla eradykacji poliomyelitis w krajach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia". Podczas konferencji zwracano szczególną uwagę na producentów środków dezynfekcyjnych i na prywatne mikrobiologiczne laboratoria, gdzie mogą być przechowywane szczepy dzikiego wirusa *polio* lub materiał nim zakażony.

Oczekuję na dostarczenie, zgodnie z ustaleniami, do 12 stycznia 2001 roku do Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Warszawa ul. Długa 38/40 zarówno przez Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych jak i przez instytucje i agencje nadzorujące laboratoria wykazu laboratoriów podejrzanych o możliwość przechowywania szczepów dzikiego wirusa *polio*, lub materiału nim zakażonego lub potencjalnie zakażonego.

Podczas planowanego spotkania w dniu 24 stycznia 2001 roku określone zostaną dalsze kroki w zakresie wizytacji i inwentaryzacji tych laboratoriów dotyczące przeprowadzenia wizytacji w okresie luty-czerwiec 2001 rok.

*Konsultant Krajowy w dziedzinie higieny i epidemiologii  
(-) prof.dr hab. Wiesław Magdzik*

### **Ognisko rozsiarne na terenie kilku miast po spożyciu krokietów mięsnych zakażonych *S. Enteritidis***

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy 10.07.2000 r., a WSSE w Warszawie 13.07.2000 r. zgłosiły do Głównego Inspektoratu Sanitarnego wystąpienie ognisk po spożyciu krokietów mięsnych. Zbiorczego opracowania ognisk podjęła się WSSE w Warszawie. Zachoro-

wania wystąpiły na terenie działania PSSE Warszawa-Mokotów, Warszawa-Wola, Legionowo, Poznań, Gorzów Wlkp. oraz Bydgoszcz. Łącznie zachorowało 36 osób (w tym sześćcioro dzieci do 14 lat). Hospitalizowano 29 osób (w tym pięcioro dzieci do 14 lat).

U chorych obserwowano biegunkę (91,7% przypadków), wymioty (77,8%), gorączkę (75,0%), bóle brzucha (66,7%), bóle głowy (30,6%), dreszcze i bóle mięśniowo-stawowe (19,4%), nudności (11,1%), osłabienie (8,3%) oraz u jednej osoby (2,8%) zawroty głowy. Średnio-ciężki przebieg zachorowań wystąpił u 30 osób (83,3%), średni u 5 osób (13,9%), a lekki u 1 osoby (2,8%). Średni okres wylegania wyniósł 13 godzin, najkrótszy 3 godziny, a najdłuższy 35 godzin. Epidemia trwała 5 dni. Pierwsze objawy zachorowań występowały w dniach od 5.07.2000 r. do 10.07.2000 r.

Na podstawie dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że chorowały osoby, które jadły krokiety: "chińskie", "strogonow" i "meksykańskie", wyprodukowane w dniach 3-4.07.2000 r. przez tę samą firmę - zakład garmażeryjny w Warszawie. Krokiety zakupiono w hipermarketach kilku sieci: w Warszawie, Poznaniu, Gorzowie Wlkp. oraz Bydgoszczy. Spożywano je w dniach od 4 do 9.07.2000 r.

Materiałem pobranym do badania od chorych były wymazy i kał. Badanie w kierunku SS wykazało obecność u 33 chorych osób *Salmonella enterica* subsp. *enterica*, serotyp Enteritidis. Wyniki badania materiału pobranego od personelu zakładu garmażeryjnego były ujemne. Z prób krokieców pobranych od chorych i z zakładu garmażeryjnego wyizolowano *S. Enteritidis*, gronkowce koagulazododatnie i pałeczki z grupy *coli*. Z próby jaj pobranych w zakładzie garmażeryjnym nie wyhodowano pałeczek *Salmonella* (badano tylko treść jaj). Nie badano mięsa z partii użytej do produkcji krokieców. Nie udało się wyjaśnić, skąd pochodziła *S. Enteritidis*. Z wymazów sanitarnych z wagi i z rąk jednej z pracownic wyhodowano pałeczki z grupy *coli* i zawyżoną ogólną liczbę drobnoustrojów. Z rąk tej samej pracownicy wyizolowano ponadto gronkowce koagulazododatnie.

Opisane ognisko jest interesujące zarówno ze względu na rzadko występujący nośnik zatruc i zakażeń pokarmowych (krokiety mięsne), jak i ze względu na rozproszenie zachorowań, utrudniające dochodzenie. W opracowaniu ogniska ważną rolę odegrała dobra współpraca między wymienionymi powyżej Stacjami Sanitarne-Epidemiologicznymi.

na podst. dokumentacji z ogniska, nadesłanej do Głównego Inspektoratu Sanitarnego, opracowała Anna Przybylska

## Denga i gorączka krwotoczna denga - sytuacja w 2000 r.

W okresie ostatnich 30 lat liczba zachorowań na dengę dramatycznie wzrosła i rozszerzył się terytorialny zasięg tej choroby, która objęła regiony tropikalne i subtropikalne i zagroziła skupiskom ludności wielkich miast i otaczających ich terenów.

W roku 1998 zgłoszono do ŚOZ 1,2 mln zachorowań. Szacuje się, że rocznie zakaża się dengą 50 mln ludzi i 400 tys. z nich, głównie dzieci, zapada na krwotoczną postać dengi.

Rozprzestrzenianiu się choroby sprzyja gwałtowna urbanizacja tzw. trzeciego świata, przebiegająca bez elementarnego zaplecza ekonomicznego i sanitarnego, szybkie przemieszczanie się ludzi oraz przede wszystkim - słabe wyko-

nawstwo programu zwalczania wektorów choroby (komary).

Denga występuje endemicznie w więcej niż 100 krajach i zagraża 40% populacji świata.

Denga została włączona do specjalnego programu nauki i badań w zakresie chorób tropikalnych.

ŚOZ uczestniczy w inicjatywach rozszerzania nadzoru epidemiologicznego i klinicznego nad dengą oraz propaguje prowadzenie badań nad skuteczną i bezpieczną szczepionką. Aktualnie, najistotniejszym elementem w walce z dengą jest zwalczanie wektorów.

Rozpoznane są 4 serotypy wirusa dengi, z których każdy może spowodować kolejne zakażenie. Heterotypowe zakażenia są przyczyną choroby kompleksu immunologicznego, której klinicznym wyrazem jest zespół krwotoczny i wstrząs. Zespół wstrząsowy dengi jest niebezpiecznym powikłaniem tej stosunkowo łagodnie przebiegającej choroby, powodującym ponad 15% zgonów i dotykającym głównie dzieci.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,24,193-196)  
opracowała Danuta Seroka

## Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia\* (3)

### KRZTUSIEC

A37.0

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Krztusiec jest poważną przyczyną chorobowości i umieralności w wieku dziecięcym. Roczna liczbę zachorowań na świecie szacuje się na 45 milionów, a liczbę zgonów na 400 tysięcy; śmiertelność z powodu krztuśca w krajach rozwijających się sięga 15%. Wysoki, rutynowy poziom zaszczepienia przy zastosowaniu skutecznej szczepionki jest główną metodą zapobiegania. Nadzór epidemiologiczny służy do monitorowania wpływu szczepień na zachorowalność, identyfikowania obszarów wysokiego ryzyka oraz wykrywania wybuchów epidemii.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

- Osoba z kaszlem trwającym przynajmniej dwa tygodnie z przynajmniej jedną z następujących cech:
- Napady kaszlu.
- Świst wdechowy (*whooping*).
- Wymioty bezpośrednio po napadzie kaszlu.
- Bez innych widocznych przyczyn.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Bordetella pertussis* lub
- Wykrycie sekwencji genomu *B. pertussis* za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR).

##### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek spełniający definicję kliniczną.

**Potwierdzony:** Osoba z kaszlem, u której potwierdzono laboratoryjnie obecność *B. pertussis*.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych prawdopodobnych lub potwierdzonych przypadków jest zalecane z terenu do szczebli pośredniego i centralnego; zgła-

szanie nie występowania zachorowań (*zero reporting*) jest wymagane na wszystkich szczeblach.

- Wszystkie wybuchy epidemii muszą być badane natychmiast i potwierdzane laboratoryjnie. Dane zbierane w czasie wybuchu, muszą być oparte na indywidualnych przypadkach.
- Aby opisać zmiany w zachorowalności na krztusiec, w krajach o niskiej zachorowalności (zwykle, gdzie poziom zaszczepienia DTP3 jest > 80%), winny być zbierane dodatkowe informacje o grupach wiekowych i stanie zaszczepienia. Jako alternatywę należy brać pod uwagę zgłaszanie przypadków, aktywne wyszukiwanie przypadków, nadzór w wybranych ośrodkach (*sentinel surveillance*) i/lub wyrzutowe badania i/lub laboratoryjne potwierdzanie podejrzanych przypadków.

**Międzynarodowe:** Dane zbiorcze dotyczące prawdopodobnych i potwierdzonych przypadków z rutynowych raportów krajowych muszą być zgłaszane do Regionalnego Biura WHO zgodnie z lokalnymi ustaleniami.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków.
- Liczba trzecich dawek szczepionki przeciw błonicy-krztuścowi-tężcowi (DTP3) podawanej dzieciom.
- Kompletność i punktualność raportów miesięcznych.

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Identyfikator jednostkowy.
- Informacja geograficzna.
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia objawów.
- Całkowita liczba dawek szczepionki: 99 = nie wiadomo.
- Data ostatniej dawki szczepionki przeciw krztuścowi: 99 = nie wiadomo.
- Klasyfikacja: 1 = potwierdzony; 2 = podejrzany; 3 = odrzucony.

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

Dane zbiorcze

- Zachorowalność w poszczególnych miesiącach, latach, obszarach geograficznych.
- Poziom zaszczepienia 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.
- Stan zaszczepienia osób, które zachorowały.
- Śmiertelność z powodu krztuśca.
- Proporcjonalna śmiertelność (w porównaniu z innymi chorobami o znaczeniu dla zdrowia publicznego).

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Analizowanie wybuchów epidemii dla zrozumienia epidemiologii krztuśca w kraju, dlaczego wybuch nastąpił (np. zła szczepionka, niedostateczna liczba zaszczepionych, nagromadzenie podatnych, spadek odporności) i dla pod-

jęcia odpowiednich działań.

- Monitorowanie śmiertelności i jeśli jest ona wysoka, określanie przyczyny (np. niedostateczna opieka, brak antybiotyków / antytoksyny, późne zgłaszanie do lekarza).
- Określenie zachorowalności w grupach wieku, obszarach geograficznych, porach roku, aby poznać grupy i okresy ryzyka.
- Monitorowanie zachorowalności dla oszacowania efektów działań zapobiegawczych.
- Monitorowanie poziomu zaszczepienia w różnych obszarach w celu zidentyfikowania regionów o słabo prowadzonych programach szczepień.
- Wykrywanie wybuchów epidemii dla podjęcia działań w celu ich zwalczania.

### CHOROBA MENINGOKOKOWA A39 (zakażenie meningokokami A39; meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych A39.0; posocznica meningokokowa A39.4)

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Choroba meningokokowa występuje sporadycznie oraz w epidemiach; większość przypadków występuje u dzieci < 5 lat. Meningokokowe zapalenie opon jest jedyną formą *meningitis*, która występuje w epidemiach. Śmiertelność jest pomiędzy 5%, a 15%. Podczas gdy Afryka subsaharyjska jest najczęściej dotkniętym obszarem, epidemie choroby meningokokowej mogą dotknąć każdy kraj. Dostępne są szczepionki dwuważne A,C oraz czteroważne A,C,Y i W135; zaszczepienie całej populacji winno być brane pod uwagę, aby powstrzymać epidemie wywołane bakteriami z grup serologicznych meningokoków A i C. W niektórych krajach szczepionka jest stosowana w stosunku do osób kontaktujących się blisko z chorymi na chorobę meningokokową spowodowaną przez grupy serologiczne A,C,Y lub W135, aby zapobiec przypadkom wtórnym. Szczepienie jest również wskazane w stosunku do ludzi podróżujących do obszarów endemicznych. Nadzór jest potrzebny aby mierzyć i wykrywać epidemie oraz ustalać wpływ zarówno chorób epidemicznych, jak nieepidemicznych.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Choroba z nagłym wystąpieniem gorączki (> 38,5°C w odbyticy lub > 38,0°C pod pachą) oraz **jedno lub więcej** z następujących:

- Sztywność karku.
- Zaburzenia świadomości.
- Inne objawy oponowe **lub** wysypka w postaci drobnych lub rozlanych wynaczynień (petechie lub purpura).

U pacjentów < 1 roku należy podejrzewać zapalenie opon gdy gorączce towarzyszy uwypuklone ciemiączko.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Dodatni antygen w płynie mózgowo-rdzeniowym (PMR), **lub**
- Dodatni wynik hodowli.

Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek, który spełnia definicję kliniczną.  
**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany zdefiniowany jak wyżej **oraz:**

Mętny PMR (z dodatnim lub ujemnym wynikiem barwienia metodą Grama) **lub** epidemiologiczny związek z potwierdzonym przypadkiem.

**Potwierdzony:** Podejrzany **lub** prawdopodobny przypadek z potwierdzeniem laboratoryjnym.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Na szczeblu terenowym, indywidualna dokumentacja lekarska winna być przechowywana (szczególnie dla śledzenia kontaktów).
- Bezpośrednie zgłoszenia wszystkich przypadków podejrzanych ze szczebla obwodowego do pośredniego.
- Wszystkie przypadki winny być badane.
- Dalsza obserwacja identyfikowanego organizmu oraz zejścia choroby winna być prowadzona na szczeblu pośrednim.
- Rutynowe tygodniowe / miesięczne raporty danych zbiorczych lub indywidualnych przypadków winny być przekazywane ze szczebla pośredniego do centralnego.
- Nadzór równoległy z zastosowaniem laboratoriów referencyjnych dla chorób meningokokowych może dostarczyć szczegółowych danych mikrobiologicznych o grupach serologicznych i genotypach na szczeblu centralnym (użyteczny do analizy epidemiologicznej).

**Uwaga 1:** W krajach o ograniczonej strukturze nadzoru epidemiologicznego, dwa podejścia do nadzoru klinicznego mogą być zintegrowane:

1. Ograniczona ilość danych zgłaszana ze wszystkich miejsc opieki zdrowotnej (np. nowe przypadki i zgony tygodniowo).
2. Szerzej zakrojone dane zgłaszane z wybranych ośrodków referencyjnych.

**Uwaga 2:** Nadzór nad poziomem zaszczepienia może być podjęty w obszarach masowych szczepień lub gdzie szczepienie przeciw chorobie meningokokowej należy do szczepień rutynowych.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### NADZÓR KLINICZNY

##### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane, prawdopodobne, pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, data wystąpienia objawów, data konsultacji, stan zaszczepienia, otrzymane leczenie, historia kontaktu z przypadkiem, kontakty bliskie.

##### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Liczba przypadków (podejrzanych / prawdopodobnych / potwierdzonych) klasyfikowanych ze względu na wiek, płeć, położenie geograficzne, zejście.

##### NADZÓR LABORATORYJNY

##### Zgłaszane przypadki oparte na wyizolowaniu bakterii

- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, data zachorowania, data pobrania materiału, rodzaj materiału, grupa serologiczna.
- Genotyp.

##### Zgłaszane dane zbiorcze

Liczba przypadków w grupach wieku, rodzaj materiału,

grupa serologiczna, genotyp.

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

- Zachorowalność w poszczególnych tygodniach, miesiącach, obszarach geograficznych i grupach wieku.
- Zastosowanie danych o zachorowalności do ustalenia prognozy epidemii przez porównanie tygodniowej zachorowalności w czasie tego samego okresu w 3-5 poprzednich nieepidemicznych latach.
- Rozkład ze względu na grupę serologiczną i genotyp (jeśli są dostępne).
- Stopień zaszczepienia (jeśli znany).

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrywanie i zwalczanie epidemii choroby meningokokowej tak wcześnie jak to tylko możliwe, szczególnie w takich obszarach jak kraje rozwijające się, gdzie epidemiczne zapalenia opon stwarzają szczególne trudności.
- Wzmocnienie zdolności do szybkiej reakcji na epidemię choroby meningokokowej.
- Mobilizacja działań związanych ze szczepieniami.
- Monitorowanie stanu zaszczepienia w poszczególnych obszarach geograficznych w celu obserwacji postępu i obszarów o słabej wykonalności szczepień.
- Monitorowanie wpływu szczepień na zachorowalność oraz badanie efektywności szczepionki w czasie epidemii.

#### ASPEKTY SPECJALNE

**Decyzja, kiedy występuje epidemia lub się na nią zanoszą (ustalenie progów)**

**Obszary hyperendemiczne:** 15 przypadków na 100.000 tygodniowo przez 2 kolejne tygodnie. Z chwilą gdy choroba epidemiczna jest wykryta w danym obszarze, niższa wartość (np. 5 przypadków/100.000 na tydzień) może być uznane za próg w obszarach sąsiadujących).

**Inne sytuacje:** 3 do 4-krotny wzrost w porównaniu z odpowiadającym okresem czasu w latach poprzednich, **lub** Podwajanie liczby przypadków z tygodnia na tydzień w czasie trzech tygodni.

#### LEGIONELLOZA

**A48.1, A48.2**

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Legionelloza jest chorobą o potencjale epidemicznym i z wysoką śmiertelnością. Nadzór jest ważny w celu wykrycia epidemii i dla wprowadzenia właściwych badań oraz środków zwalczania. Ponadto, zgłaszanie przypadków sporadycznych może dostarczyć danych odnośnie źródeł choroby i jej zapobiegania.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

Choroba charakteryzująca się ostrym zapaleniem dolnych dróg oddechowych z ogniskowymi objawami zapalenia płuc w badaniu klinicznym i/lub radiologicznym potwierdzeniem zapalenia płuc.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

**Przypuszczalne: jedno lub więcej z poniższych:**

- Wykrycie specyficznego antygeny legionella w wydzielinach dróg oddechowych lub w moczu.

- Bezpośrednie przeciwciała fluorescencyjne (DFA) barwiące bakterie w wydzielinach dróg oddechowych lub w tkance płucnej, stwierdzone przy użyciu sprawdzonych reagentów monoklonalnych.
- Czterokrotny lub większy wzrost specyficznego dla *Legionella* sp., innego niż *Legionella pneumophila* grupy serologicznej 1, miana w surowicy przy użyciu miejscowo sprawdzonego testu serologicznego.

**Potwierdzające: jedno lub więcej** z poniższych:

- Izolacja *Legionella* z wydzielin dróg oddechowych, tkanki płucnej, płynu opłucnowego lub krwi.
- Czterokrotny lub większy wzrost specyficznego dla *Legionella pneumophila* grupy serologicznej 1, miana w surowicy przy użyciu immunofluorescencyjnego testu na przeciwciała lub mikroaglutynacji.

**Uwaga:** Większość krajów europejskich i innych jak np. Stany Zjednoczone obecnie włączają wykrycie *L. pneumophila* grupy serologicznej 1 w moczu jako test potwierdzający.

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Nie ma zastosowania.

**Prawdopodobny:** Przypadek zgodny z opisem klinicznym, z przypuszczalnymi wynikami testów laboratoryjnych.

**Potwierdzony:** Przypadek zgodny z opisem klinicznym, z potwierdzającymi wynikami testów laboratoryjnych.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Natychmiastowe zgłaszanie przypadków ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.

Rozpoznanie przypadków winno spowodować natychmiastowe badanie czynników ryzyka oraz innych zachorowań. Dla szybkiej reakcji preferowane jest aktywne wyszukiwanie przypadków.

**Międzynarodowe:** Ze względu na to, że podróże i pobyty w hotelach są ważnymi czynnikami ryzyka, efektywny nadzór międzynarodowy odgrywa zasadniczą rolę dla identyfikacji i zwalczania źródeł zakażeń.

Zakażenie *Legionellą* jest zwykle rozpoznawane po powrocie pacjenta do kraju stałego pobytu i dlatego zwykle bywa traktowane jako sporadyczny, pojedynczy przypadek. Wzór nadzoru, jak na przykład Europejskiej Grupy Roboczej dla zakażeń *Legionellą* (*European Working Group for Legionella infections*), pozwala na wykrycie zachorowań grupowych ( $\geq 2$  przypadki) z tego samego źródła zakażenia, gdyż przypadki zgłaszane z różnych krajów europejskich są zbierane w tej samej bazie danych.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach (dla zachorowań i badań)

- Identyfikator jednostkowy, imię i nazwisko, wiek, płeć, informacja geograficzna, data zachorowania, zejście.
- Leżące u podstaw czynniki ryzyka (np. pacjent o obniżonej odporności, AIDS).
- Czynniki ryzyka narażenia (hospitalizacje, hotele, inne dane o miejscach zamieszkania i podróżach w czasie ostatnich dwu tygodni przed zachorowaniem).
- Dane laboratoryjne (typ materiału, data pobrania, izolowany gatunek *Legionella*).

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

- Regularne przeglądy danych z punktu widzenia zachorowań grupowych w czasie, miejscu, grupach osób (powinno to być dokonywane na wszystkich szczeblach).
- Zachorowania w poszczególnych miesiącach, obszarach geograficznych, grupach wieku, czynnikach ryzyka, czynnikach narażenia.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrycie zachorowań grupowych i wybuchów epidemii.
- Identyfikacja obszarów wysokiego ryzyka i narażeń.
- Monitorowanie efektów działań zapobiegawczych.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Są obecnie rozróżniane dwie klinicznoepidemiologiczne postacie legionellozy:

- "Choroba legionistów" (postać płucna), oraz
- "Gorączka z Pontiac" (pozapłucna postać legionellozy).

Obie charakteryzują się wstępnie przez utratę łaknienia, wymioty, ból mięśni i ból głowy, po których w ciągu doby rozwija się gorączka i dreszcze.

W postaci płucnej, kaszel suchy, ból brzucha / biegunka i zaburzenia świadomości / majaczenie są częste. Nie jest możliwe, wyłącznie na podstawie danych klinicznych, rozróżnienie zapalenia płuc wywołanego przez *Legionella* od innych pneumonii; podejrzenie winno nasunąć się w wypadku pneumonii związanej z danymi epidemiologicznymi (np. niedawne podróże, hospitalizacje, zjazdy, obniżenie odporności). W dodatku wykazano, że wiek ( $> 50$ ), płeć męska, palenie, spożywanie alkoholu stanowią czynniki ryzyka.

Gorączka z Pontiac nie jest związana z zapaleniem płuc. Uważa się, że stanowi ona reakcję na wdychany antygen raczej, niż na bakterie.

Rezerwuar *Legionella* spp. stanowi woda (np. obieg gorącej wody kranowej, klimatyzacja, kolumny chłodnicze oraz kondensatory pary). Środowiskowy nadzór nad *Legionellą* w źródłach wody zazwyczaj może być dokonywany jako część procedur rejestracji i licencjonowania. W każdym przypadku, środowiskowa kontrola powinna być podjęta w znanych źródłach zachorowań, aby zapewnić, że bakteria uległa eradykacji.

#### KIŁA

**A50-A52**

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Po spadku spowodowanym wprowadzeniem do leczenia penicyliny w roku 1946, kiła powróciła i wysoka zachorowalność utrzymuje się w krajach rozwijających się. Kraje rozwinięte również doświadczają lokalnych epidemii, a kraje w stadium przejściowym obserwują znaczne i szeroko zakrojone nasilenie liczby zachorowań.

Dane o chorobowości na kiłę wśród ciężarnych kobiet dostarczają informacji zarówno o kile utajonej, jak i o objawowej w tej grupie i zmniejszają problem związany ze zgłaszaniem zespołów chorób przenoszonych drogą płciową. Mimo zależności od zachowania związanego z poszukiwaniem pomocy medycznej, badanie kobiet ciężarnych w kierunku kiły może być uważane za przybliżenie chorobowości w populacji ogólnej.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

Objawy kiły są mnogie i różnorodne. W stadium pierwszym



zazwyczaj, ale nie zawsze, mamy do czynienia z owrzodzeniem narządów płciowych zewnętrznych i miejscową limfadenopatią; kiła drugo- i trzeciorzędowa objawia się głównie objawami skórnymi i ogólnymi. Dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego winny być brane pod uwagę tylko przypadki potwierdzone.

#### Przypadek potwierdzony

Osoba z potwierdzonym dodatnim wynikiem testu serologicznego w kierunku kiły (*RPR - Rapid Plasma Reagin lub VDRL potwierdzony przez TPHA - Treponema Pallidum Hemaglutination Antibodies lub FTA - Fluorescent Treponemal Antibody - Absorbition*).

#### Klasyfikacja przypadków

**Kiła wrodzona:** Dziecko z dodatnim testem serologicznym, niezależnie od tego czy matka miała wynik dodatni w czasie ciąży.

**Kiła nabyta:** Wszystkie pozostałe.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Tylko potwierdzone przypadki winny być zgłaszane do szczebla pośredniego i centralnego przez:
  - Rutynowe zgłoszenia zachorowań indywidualnych lub danych zbiorczych o zachorowaniach.
  - Okresowe raporty nadzoru epidemiologicznego.
- Nadzór epidemiologiczny oparty na laboratoriach - dane przeglądowe kobiet ciężarnych.
- Rutynowe raporty z poradni przedporodowych oraz nadzór wybiórczy z takich poradni (*sentinel sites*).
- Aktywne wyszukiwanie przypadków przez badania prewalencji u ciężarnych.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Dane zbiorcze

- Liczba przypadków z dodatnimi badaniami serologicznymi w kierunku kiły w grupach wieku, w poszczególnych miesiącach i obszarach geograficznych.
- Liczba przypadków kiły wrodzonej w grupach wieku, kolejności ciąży, według lat i obszarów geograficznych.

##### Wskaźniki skuteczności nadzoru

Odsetek wyników fałszywie dodatnich w miejscach nadzoru wybiórczego (*sentinel sites*) według typu testu (*TPHA/FT-AB*).

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

- Liczba przypadków / zachorowalność według obszarów geograficznych, wieku, liczby ciąż (*parity*).
- Porównanie z grupami wieku i obszarami geograficznymi w latach poprzednich (wykres liniowy).
- Liczby przypadków kiły wrodzonej według obszarów geograficznych w poszczególnych latach (wykres liniowy).
- Roczne podsumowania zgłoszeń winny być wykonywane na szczeblu centralnym i regionalnym i wysyłane do niższych szczebli.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Udokumentowane dane o chorobowości wśród kobiet ciężarnych stanowią podstawę pośredniej oceny populacji ogólnej.
- Monitorowanie trendów w zachorowalności na kiłę.
- Optowanie na rzecz zwalczania kiły.

- Identyfikowanie obszarów wysokiego ryzyka w celu przyszłych interwencji celowanych.
- Identyfikowanie obszarów i populacji, w których należy nasilić zapobieganie zakażeniom HIV.

#### ASPEKTY SPECJALNE

- Chorobowość na kiłę w krajach rozwijających się waha się w granicach od 3% do 19%. Kiła matek jest związana z kiłą wrodzoną (jedna trzecia ciąż kobiet serododatnich prowadzi do kiły wrodzonej) oraz z poronieniami samoistnymi i porodami martwymi. Ponieważ owrzodzenie pierwotne jest zwykle niebolesne, a kiła wtórna zwykle pozostaje nierozpoznana, kobiety są diagnozowane głównie na drodze badań serologicznych. Dlatego nadzór epidemiologiczny jest najlepiej prowadzony u kobiet ciężarnych.
- Aby badać w kierunku kiły wszystkie kobiety ciężarne według wytycznych narodowych programów zdrowia, kobiety powinny zgłaszać się wcześniej do ośrodków opieki przedporodowej. Personel ośrodka winien pobierać krew i posyłać ją do laboratorium; personel laboratorium winien przysyłać wyniki do ośrodka; przy następnej wizycie kobieta powinna być powiadomiona o wyniku, otrzymać leczenie i edukację zdrowotną.
- Kiła w przypadkach owrzodzeń narządów płciowych winna być zgłaszana osobno w krajach z rozwiniętą siecią laboratoriów, aby unikać podwójnego liczenia.

#### CHOROBA TSUTSUGAMUSHI

A75.3

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Choroba tsutsugamushi (*Scrub typhus, Mite-borne typhus*) jest ostrą chorobą zakaźną, która pojawia się i nawraca w Azji Południowo-Wschodniej oraz w regionie południowo-wschodniego Pacyfiku. Nie leczona osiąga śmiertelność rzędu 30%. Epidemie występują gdy podatne osoby przemieszczają się do obszarów endemicznych (np. w czasie operacji wojskowych). W niektórych krajach (np. w Japonii) jest chorobą zgłaszaną obowiązkowo. Oporność na wiele leków była udokumentowana w Tajlandii. Nadzór epidemiologiczny jest niezbędny do lepszego zrozumienia choroby i do wykrycia wybuchów epidemii. Często potrzebne jest szkolenie w technikach diagnostycznych.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

Choroba z pierwotnym "wysztancowanym" owrzodzeniem skórnym (strupem\*) gdzie nastąpiło ukąszenie, po którym po kilku dniach występuje ostra gorączka z bólem głowy, silnymi potami, nacieczeniem spojówek i limfadenopatią. W ciągu tygodnia, mało wyraźna grudkowo-plamista wysypka\*\* występuje na tułowiu, rozszerza się na kończyny i ustępuje po kilku dniach. Częsty jest również kaszel. Spadek gorączki po 48 godzinach terapii tetracyklinami mocno wskazuje na etiologię riketsjową.

\* Strup może nie występować w niektórych obszarach geograficznych, gdzie reinfekcje są częste.

\*\* Wysypkę można przeoczyć u pacjentów z ciemną lub opaloną skórą.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Izolacja *Orientia* (dawniej *Rickettsia*) *tsutsugamushi* przez zakażenie krwią pacjenta białej myszki (najlepiej potrakto-

wanej cyklofosfamidem w dawce 0,2 mg/g dootrzewnowo lub domięśniowo w dniach 1, 2 i 4 po zakażeniu).

**Serologiczne:** Wykrycie specyficznych IgM w rozcieńczeniu

- 1:100 lub wyższym w teście EIA (*Enzyme Immunoassay*).
- 1:32 lub wyższym w teście IP (*Immunoperoxidase*).
- 1:10 lub wyższym w teście IF (*Indirect Immunofluorescence*).

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek spełniający opis kliniczny.

**Prawdopodobny:** Nie ma zastosowania.

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

**Uwaga:** Testy serologiczne są skomplikowane przez różnice antygenowe pomiędzy różnymi szczepami czynnika etiologicznego.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Natychmiastowe zgłaszanie podejrzanych przypadków ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego. Wszystkie podejrzane przypadki i zachorowania gromadne muszą być potwierdzone. Równoległy system nadzoru laboratoryjnego zgłasza wszystkie potwierdzone przypadki do szczebla centralnego.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data zgłoszenia.
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Odpowiedź na leczenie tetracykliną.
- Zejście.

Zgłaszane dane zbiorcze

- Liczba przypadków według klasyfikacji przypadków, wieku, płci, położenia geograficznego, daty zgłoszenia.
- Liczba hospitalizacji.
- Liczba zgonów.

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

**Wykresy:** Liczby przypadków według dat zgłoszenia.

**Tablice:** Liczby przypadków według obszaru geograficznego.

**Mapy:** Liczby przypadków i ewentualnie zgonów w poszczególnych obszarach geograficznych.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrywanie wybuchów epidemii.
- Monitorowanie trendów w chorobie endemicznej.
- Monitorowanie zmian w epidemiologii oraz wzorców choroby.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Zakres występowania *O. tsutsugamushi* rozciąga się na północ do Japonii, Rosji oraz Kraju Primorskiego na Rosyjskim Dalekim Wschodzie; na południe do północnej Australii i Wysp Zachodniego Pacyfiku, a na zachód do Afganistanu, Pakistanu i obszarów graniczących z państwami Azji Cent-

ralnej.

Ludzka *O. tsutsugamushi* występuje szeroko w tych regionach, ale nie wszędzie. Choroba jest jedną z najbardziej niedoszacowanych chorób gorączkowych wymagających hospitalizacji w tym regionie ze względu na niską czułość diagnostyki i zgłaszania. Brak definitywnych objawów oraz ogólna zależność od testów diagnostycznych czyni trudnym różnicowanie tej choroby z innymi chorobami gorączkowymi takimi jak dur mysy, dur brzuszny i leptospiroza.

## POLIOMYELITIS

A80

### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Jest to choroba wybrana do programu eradykacji (9GPW, cel 6.1). Wysoce czuły nadzór na ostrymi porażeniami wiotkimi (*acute flaccid paralysis - AFP*), z natychmiastowym badaniem przypadków; pobieranie próbek jest niezbędne dla wykrycia krążenia dzikiego poliovirusa w każdym zakażonym obszarze geograficznym z ostatecznym celem jego eradykacji.

### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

#### Kliniczna definicja przypadku

Każde dziecko poniżej 15 roku życia z ostrym porażeniem wiotkim\* lub jakakolwiek osoba z chorobą porażenną w każdym wieku, gdy poliomyelitis jest podejrzewane.

\* Włącznie z zespołem Guillaina-Barrégo.

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek, który spełnia definicję kliniczną.

**Potwierdzony:** Zobacz diagram w sekcji *Aspekty specjalne*.

### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Dane zbiorcze odnośnie przypadków AFP winny być włączone do rutynowych miesięcznych raportów.
- Zgłoszenia nie występowania przypadków (*zero reporting*) są wymagane na wszystkich szczeblach.
- Przypadki AFP (możliwe przypadki poliomyelitis) muszą być zgłaszane natychmiast i opracowywane w ciągu 48 godzin (dane indywidualne), a próbki kału muszą być zbierane w ciągu czternastu dni od wystąpienia porażenia.
- Wszystkie wybuchy epidemii muszą być badane natychmiast.
- Aktywny nadzór musi być stosowany w wybranych szpitalach (*sentinel hospitals*).

### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

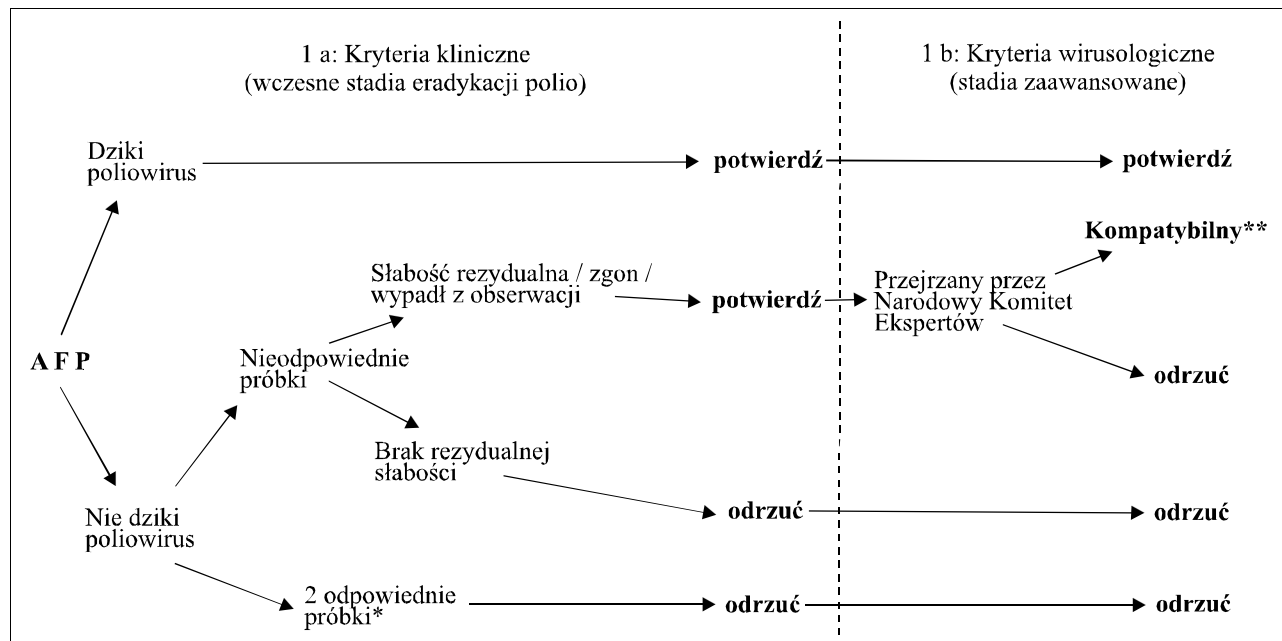
#### Dane zbiorcze

- Liczba trzecich dawek doustnej szczepionki przeciw polio (OPV3) podanych dzieciom.
- Liczba przypadków AFP.

#### Dane indywidualne

(winny być związane z danymi opartymi na badaniach laboratoryjnych)

- Identyfikator jednostkowy.
- Nazwa obszaru geograficznego (terytorialnej jednostki administracyjnej).
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia porażenia.
- Data zawiadomienia.
- Data badania przypadku.



Rycina 1. System WHO Klasyfikacji Przypadków Ostrego Porażenia Wiotkich (AFP).

- Liczba całkowitych dawek szczepionki przeciw polio; 99 = nie wiadomo.
- Gorączka towarzysząca wystąpieniu porażenia (1 = tak; 2 = nie; 9 = nie wiadomo).
- Porażenia asymetryczne (1 = tak; 2 = nie; 9 = nie wiadomo).
- Data 60 dnia obserwacji przypadku.
- Objawy występujące 60 dnia obserwacji (1 = słabość szczątkowa; 2 = nie ma słabości szczątkowej; 3 = wypadnięcie z obserwacji; 4 = śmierć przed końcem obserwacji).
- Klasyfikacja ostateczna (1 = potwierdzony; 2 = kompatybilny\*\*; 3 = odrzucony; 4 = związany ze szczepieniem).

#### Dane oparte na materiale laboratoryjnym

(winny być w celu analizy powiązane z indywidualnymi danymi klinicznymi)

- Identyfikator jednostkowy.
- Numer próbki (1 = pierwsza; 2 = druga; 3 = inna; 9 = nie wiadomo).
- Data wystąpienia porażenia.
- Data ostatniej dawki OPV.
- Data pobrania próbki kału.
- Data wysłania próbki kału do laboratorium.
- Data otrzymania próbki kału przez laboratorium.
- Stan próbki kału (1 = dobry; 2 = zły; 9 = nie wiadomo).
- Data wysłania ostatecznych wyników posiewu z laboratorium do epidemiologa.
- Data wysłania wyników typowania wirusa z laboratorium do epidemiologa.

#### Wyniki

- Czy wyizolowano typ 1 wirusa polio (1 = tak, dziki; 2 = tak, Sabin; 3 = tak, różnicowanie wewnątrz typów w trakcie badania; 4 = tak, dziki i Sabin zmieszane; 5 = brak izolatu P1; 6 = próbka nie analizowana)?
- Czy wyizolowano typ 2 wirusa polio?
- Czy wyizolowano typ 3 wirusa polio (1 = tak, dziki; 2 = tak, Sabin; 3 = tak, różnicowanie wewnątrz typów w trakcie badania; 4 = tak, dziki i Sabin zmieszane; 5 = brak izolatu P3; 6 = próbka nie analizowana)?
- Czy wyizolowano enterowirusa nie poliomyelitis (*non-poliomyelitis enterovirus - NPEV*) (1 = tak; 2 = nie; 3 =

próbka nie analizowana)?

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

##### Dane zbiorcze

- Przypadki w poszczególnych miesiącach, latach i obszarach geograficznych.
- Stan zaszczepienia OPV3 w poszczególnych latach i obszarach geograficznych.
- Kompletność / punktualność raportów miesięcznych.

##### Dane indywidualne

Te same co zbiorcze plus następujące:

- Potwierdzone przypadki w grupach wieku, według stanu zaszczepienia, obszaru geograficznego, miesiąca i roku.
- Potwierdzone przypadki, w których dziki wirus polio był wyizolowany.
- Przypadki z dzikim poliovirusem według obszarów geograficznych.
- Wszystkie podejrzane przypadki według ostatecznej klasyfikacji.
- Częstość izolowania enterowirusów nie-polio.

##### Wskaźniki jakości nadzoru

cel

- Uzyskany % wszystkich oczekiwanych raportów miesięcznych  $\geq 90\%$
- Roczna zachorowalność na nie-polio AFP dzieci  $\leq 15$  roku życia  $\geq 1/100.000$
- % przypadków AFP badanych w ciągu 48 godzin  $\geq 80\%$
- % przypadków AFP z 2 próbkami pobranymi  $\leq 14$  dni od wystąpienia objawów w odstępie  $\geq 24$  godziny  $\geq 80\%$
- procent próbek docierających do laboratorium w dobrym stanie  $\geq 80\%$
- % próbek docierających do laboratorium z akredytacją WHO w ciągu 3 dni  $\geq 80\%$
- % wyników laboratoryjnych wysłanych w ciągu 28 dni od otrzymania próbki  $\geq 80\%$

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Śledzenie krążenia dzikiego wirusa.

- Klasyfikowanie przypadków jako potwierdzonych, kompatybilnych lub odrzuconych (*zob.: Aspekty specjalne*).
- Monitorowanie stopnia zaszczepienia we wszystkich obszarach geograficznych i skoncentrowanie wysiłków na miejscach o słabym wykonawstwie szczepień.
- Identyfikacja miejsc wysokiego ryzyka w celu planowania poprawy programu szczepień.
- Monitorowanie sezonowości dla określenia sezonu niskiej transmisji wirusa w celu planowania narodowych dni szczepień (*national immunization day - NID*).
- Monitorowanie sprawności nadzoru przy użyciu standardowych wskaźników i skoncentrowanie wysiłków w obszarach mało sprawnych.
- Dostarczenie podstaw do uzyskania świadectwa zwalczania polio (*polio free certification*).

#### ASPEKTY SPECJALNE

Do klasyfikowania przypadków AFP winien być używany schemat przedstawiony na rycinie 1.

Poszczególne kraje winny stosować klasyfikację kliniczną dopóki ich sprawność nadzoru epidemiologicznego nie spełnia następujących kryteriów:

1. Częstość występowanie nie-polio AFP przynajmniej 1/100.000 u dzieci poniżej 15 roku życia.
2. Dwie adekwatne próbki\*\* zebrane dla przynajmniej 60% przypadków AFP.
3. Wszystkie próbki badane w laboratorium z akredytacją WHO.

\* Termin "odpowiednie próbki" oznacza 2 próbki pobrane w odstępie 24-48 godzin w ciągu 14 dni od wystąpienia porażenia. Próbka przybywająca do laboratorium musi mieć dostateczną wielkość (około 8-10 gramów), mieć odpowiednią dokumentację (formularz zlecenia badań) i być w dobrym stanie (bez

wycieków, wysuszenia i podstawy do przyjęcia (na podstawie temperatury lub obecności lodu), że łańcuch chłodniczy był zachowany.

\*\* "Przypadek kompatybilny" wskazuje na błąd nadzoru epidemiologicznego i powinien być monitorowany terytorialnie i czasowo.

(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 3, kolumna I: w tytule oraz nagłówku tabeli 1 jest "zachorowań", powinno być "zachowań". **Errata do "Meldunku 12/A/00":** Strona 5, kolumna I, wiersz 16 (od góry): jest "Leptospiroza", powinno być "Leptospiroza".

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](mailto:epimeld@medstat.waw.pl); Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.  
**Kierownictwo naukowe:** prof. dr hab. Wiesław Magdzik.

**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**

