

## Meldunek 4/A/03

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.04 do 15.04.2003 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/A		Dane skumulowane	
	1.04.03. do 15.04.03.	1.04.02. do 15.04.02.	1.01.03. do 15.04.03.	1.01.02. do 15.04.02.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	6	20	26
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	306	430	1761	2548
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	-	20	10	40
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	180	200	1415	1266
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	600	491	3451	3202
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	994	961	6330	6718
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	504	523	3372	3873
Teżec: ogółem (A33-A35)	1	-	6	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	109	57	657	459
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	162	324	1261	1656
Zapalenie opon mózgowych: razem	57	66	381	417
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	7	16	19
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	5	19	24
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	22	21	163	161
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	25	29	147	176
inne i nie określone (G03)	5	4	36	37
Zapalenie mózgu: razem	25	18	119	121
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	7	37	32
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	2	1
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	1	11	6
wirusowe, nie określone (A86)	8	5	41	58
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	9	4	28	24
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5874	5141	41983	37245
Odra (B05)	-	1	6	16
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	843	3640	4128	16275
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	5	13	40	148
typu B (B16; B18.0-B18.1)	64	88	537	599
typu C (B17.1; B18.2)	87	78	597	540
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	1	4	32	19
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	6	8	39	69
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	4109	1798	22907	11234
Włośnica (B75)	2	-	22	11
Świerzb (B86)	619	725	4880	5203
Grypa: ogółem (J10; J11)	50874	20279	1146165	145349
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	448	554	2933	3801
w tym: salmonelozy (A02.0)	303	429	1741	2535
gronkowcowe (A05.0)	-	7	223	36
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	4	9	18
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	1
inne określone (A05.3-A05.8)	3	1	32	127
nie określone (A05.9)	140	113	928	1084
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	3	5
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	2	3
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	467	475	3350	2782
w tym: pestycydami (T60)	-	3	8	14
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	199	287	1430	1613
alkoholem (T51)	48	106	501	498
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	6	12	25

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.04.2003 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	6	-	-	306	-	994	1	109	162	57	2	25	-
Dolnośląskie	-	-	-	4	-	76	-	2	18	3	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	4	-	-	21	-	88	-	12	9	3	1	2	-
Lubelskie	-	-	-	43	-	43	-	-	1	1	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	12	-	13	-	4	1	2	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	11	-	39	-	39	2	4	-	2	-
Małopolskie	-	-	-	18	-	80	-	-	17	5	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	27	-	95	-	18	13	4	-	3	-
Opolskie	-	-	-	12	-	10	-	-	11	2	-	2	-
Podkarpackie	-	-	-	20	-	43	-	-	3	4	-	2	-
Podlaskie	1	-	-	22	-	56	-	18	5	6	-	2	-
Pomorskie	-	-	-	23	-	121	-	2	27	1	-	3	-
Śląskie	1	-	-	32	-	111	-	5	24	4	-	2	-
Świętokrzyskie	-	-	-	8	-	36	-	5	2	6	1	2	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	15	-	61	1	2	9	1	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	29	-	95	-	2	19	6	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	9	-	27	-	-	1	5	-	-	-

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	5874	-	843	5	65	88	4109	2	619	50874	448	-	467
Dolnośląskie	577	-	27	1	6	7	824	-	32	7281	56	-	21
Kujawsko-Pomorskie	391	-	59	-	6	2	265	-	59	3224	25	-	25
Lubelskie	290	-	166	-	-	5	93	-	16	1693	43	-	42
Lubuskie	151	-	18	-	2	4	308	-	6	589	18	-	24
Łódzkie	284	-	7	-	7	10	124	-	46	4138	15	-	23
Małopolskie	426	-	37	-	4	10	196	-	48	3207	25	-	24
Mazowieckie	553	-	40	2	10	17	187	-	44	12595	29	-	4
Opolskie	224	-	138	-	2	3	34	-	12	1926	12	-	5
Podkarpackie	146	-	30	-	1	-	277	-	37	2466	21	-	66
Podlaskie	216	-	5	-	2	-	219	2	44	1515	23	-	68
Pomorskie	385	-	20	1	3	2	356	-	18	2101	29	-	22
Śląskie	682	-	67	-	3	6	580	-	123	4085	71	-	67
Świętokrzyskie	238	-	52	-	9	12	141	-	74	722	18	-	40
Warmińsko-Mazurskie	208	-	118	-	1	1	140	-	26	1691	16	-	19
Wielkopolskie	835	-	29	1	6	3	281	-	20	2907	30	-	2
Zachodniopomorskie	268	-	30	-	3	6	84	-	14	734	17	-	15

## Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie nadzoru epidemiologicznego nad ciężkim, ostrym zespołem oddechowym (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS)

### Cel

Opisanie epidemiologii SARS oraz monitorowanie występowania i szerzenia się tej choroby w celu sformułowania zasad zapobiegania jej i zwalczania.

### Definicja przypadku (uaktualniona 1 kwietnia 2003)

Definicje przypadków SARS ulegają ciągłym zmianom w miarę rozszerzania się naszej wiedzy o tej chorobie. Wstępny opis kliniczny SARS (*Primary clinical description of Severe Acute Respiratory Syndrome* - <http://www.who.int/csr/sars/clinical/en/>) zawiera obecnie wszystkie znane informacje na temat objawów klinicznych SARS. Kraje mogą dostosować te definicje w zależności od ich sytuacji epidemicznej. Nie jest zalecane retrospektywne wyszukiwanie przypadków.

### Przypadek podejrzany

1. Osoba, która zachorowała po dniu 1 lutego 2003 i której choroba spełnia następujące kryteria:

- temperatura ciała > 38°C

#### oraz

- kaszel, duszność, trudności w oddychaniu

**oraz** jedna z poniższych form narażenia w ciągu ostatnich 10 dni przed wystąpieniem objawów:

- bliska styczność z osobą, która stanowi podejrzany lub prawdopodobny przypadek SARS;
- podróż do obszarów występowania SARS (Hongkong, Chiny - prowincja Guangdong, Hanoi - Wietnam, Singapur) w ciągu 10 dni przed wystąpieniem objawów (aktualna lista obszarów epidemicznych SARS - <http://www.who.int/csr/sars/en/>);
- zamieszkiwanie w obszarze epidemicznym SARS.

2. Osoba, która zachorowała na nierozpoznaną ostrą chorobę układu oddechowego po 1 listopada 2002 i zmarła, a nie wykonano sekcji zwłok **ORAZ** była poddana jednej z poniższych form narażenia w ciągu 10 dni przed wystąpieniem objawów:

- bliska styczność z osobą, która stanowi podejrzany lub prawdopodobny przypadek SARS;
- podróż do obszarów występowania SARS: (Hongkong, Chiny - prowincja Guangdong, Hanoi - Wietnam, Singapur) w ciągu 10 dni przed wystąpieniem objawów (aktualna lista obszarów epidemicznych SARS - <http://www.who.int/csr/sars/en/>);
- zamieszkiwanie w obszarze epidemicznym SARS.

Przypadek prawdopodobny to przypadek podejrzany, u którego stwierdzono radiologiczne cechy zapalenia płuc lub RDS, lub znaleziono odpowiadające RDS zmiany w autopsji bez znalezienia innej określonej przyczyny.

(Przypadek potwierdzony nie ma zastosowania w związku z brakiem ostatecznej identyfikacji czynnika etiologicznego. - przyp. tłum.)

### Kryteria wykluczenia

Przypadek powinien być wykluczony jeżeli znaleziona inną przyczynę, które w pełni wyjaśnia objawy choroby.

### Zmiana zaklasyfikowania przypadków

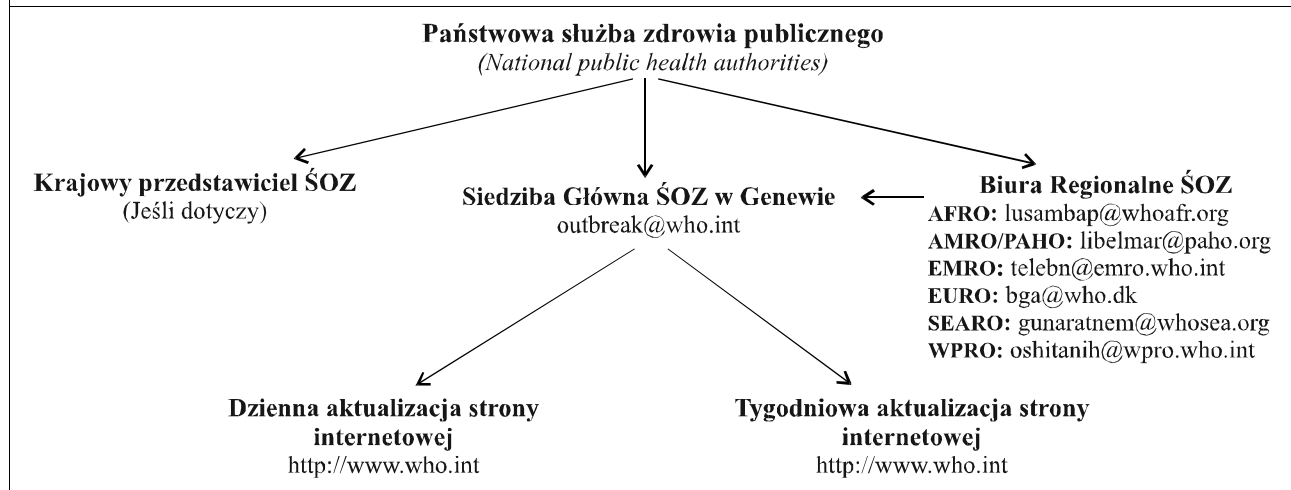
Ponieważ rozpoznanie SARS jest obecnie stawiane przez wykluczenie, sposób klasyfikowania przypadku może ulegać zmianie. Niezależnie od klasyfikowania przypadku pacjent zawsze powinien mieć zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną.

- Chory wstępnie klasyfikowany jako przypadek podejrzany lub prawdopodobny, a u którego postawiono inne rozpoznanie, w pełni wyjaśniające objawy choroby, powinien zostać wykluczony.
- Chory wstępnie klasyfikowany jako przypadek podejrzany, który po badaniach spełnia definicję przypadku prawdopodobnego powinien być przeklasyfikowany na przypadek prawdopodobny.
- Chory klasyfikowany jako przypadek podejrzany z prawidłowym wynikiem badania radiologicznego klatki piersiowej powinien być leczony w sposób uznany przez lekarza za właściwy i monitorowany przez 7 kolejnych dni. Osoby, u których nie następuje zadowalająca poprawa powinny być ponownie poddane badaniu radiologicznemu klatki piersiowej.

<b>Baza adresowa przedstawicieli ŚOZ, z którymi należy kontaktować się w celu zgłoszenia przypadku SARS lub zasięgnięcia porady</b>		<i>Załącznik 1.</i>
ŚOZ Genewa	Grupa prowadząca dochodzenie epidemiologiczne w zakresie SARS ( <i>SARS Outbreak Investigation Team</i> ) Tel. komórkowy +41 79 500 6542, Fax: +41 22 791 1397, E-mail: outbreak@who.int	
AFRO	Dr Paul Lusamba-Dikassa, Doradca Regionalny, Nadzór i Zwalczanie Chorób Zakaźnych ( <i>Communicable Disease Surveillance and Response</i> ) Tel. +263 4 746 000/011/070, Fax: +263 4 746 867/127, E-mail: lusambap@whoafr.org	
AMRO/PAHO	Dr Marlo Libel, Doradca Regionalny w zakresie Chorób Zakaźnych, Zapobieganie i Kontrola Chorób ( <i>Regional Adviser in Communicable Diseases, Disease Prevention and Control</i> ) Tel. +1 202 974 3129, Fax: +1 202 974 3259, E-mail: libelmar@paho.org	
EMRO	Dr Nadia Teleb, Epidemiolog ( <i>Medical Epidemiologist</i> ) Tel. +202 276 5252, Fax: +202 276 5414, E-mail: telebn@emro.who.int	
EURO	Dr Bernardus Ganter, Doradca Regionalny, Choroby Zakaźne ( <i>Regional Adviser, Communicable Diseases</i> ) Tel. +45 39 17 13 98, Fax: + 45 3917 18 51, E-mail: bga@who.dk	
SERO	Dr M.V.H. Gunaratne, Doradca Regionalny w zakresie Nadzoru i Zwalczania Chorób Zakaźnych ( <i>Regional Adviser on Communicable Disease Surveillance and Response</i> ) Tel. +91 11 337 0804, Fax: +91 11 337 8438, E-mail: gunaratnem@whosea.org	
WPRO	Dr Hitoshi Oshitani, Doradca Regionalny w zakresie Nadzoru i Zwalczania Chorób Zakaźnych ( <i>Regional Adviser on Communicable Disease Surveillance and Response</i> ) Tel. +632 528 9730/9964, Fax: +632 521 1036, E-mail: oshitanih@wpro.who.int	

**Dzienny i tygodniowy sposób zgłaszania przypadków SARS  
do Światowej Organizacji Zdrowia**

Załącznik 2.



**Opis bazy danych zbieranych w ramach globalnego nadzoru nad SARS**

Załącznik 3.

Nazwa zmiennej	Opis	Format i właściwości	Uwagi
01_country	Pełna nazwa kraju zgłaszającego	Tekstowy	np. Polska
02_id	Identyfikator przypadku	Dowolny	Podać identyfikator używany w danym kraju
03_d_det	Data wykrycia przypadku	Data	np. 16-03-2003
04_geo	Nazwa pierwszego poziomu administracyjnego, gdzie wykryto przypadek (największa po całym państwie jednostka podziału administracyjnego - w Polsce województwo)	Tekstowy	np. Dolnośląskie
05_sex	Płeć	Tekstowy: M - mężczyzna F - kobieta U - nieznana	
06_dob	Data urodzenia	Data	np. 01-02-1955
07_age	Wiek	Liczbowy, w latach	W przypadku dzieci poniżej 1 roku wstawić 0
08_hcw	Przypadek dotyczy pracownika służby zdrowia	Tekstowy: Y - tak N - nie U - nie wiadomo	
09_d_ons	Data zachorowania	Data	np. 10-03-2003
10_cont	Kontakt z osobą zakwalifikowaną jako przypadek prawdopodobny lub podejrzenie SARS w ciągu 10 dni przed zachorowaniem	Tekstowy: Y - tak N - nie U - nie wiadomo	
11_trav	Podróż na "obszar zagrożenia" w ciągu 10 dni przed zachorowaniem	Tekstowy: Y - tak N - nie U - nie wiadomo	
12_trav_c1 12_trav_c2 12_trav_c3 itd.	W przypadku podróży zagranicznej w wywiadzie (Y w pkt. 11) podać nazwy odwiedzonych krajów	Tekstowy	Utworzyć odpowiednio wiele pól, by podać wszystkie odwiedzone kraje.
13_adm	Przyjęty-a do szpitala z powodu SARS	Tekstowy: Y - tak N - nie U - nie wiadomo	
14_hosp	Jeśli hospitalizowany-a (Y w pkt. 13) podać nazwę LUB identyfikator szpitala	Tekstowy	

Nazwa zmiennej	Opis	Format i właściwości	Uwagi
15_d_adm	Jeśli hospitalizowany-a (Y w pkt. 13) podać datę przyjęcia do szpitala	Data	np. 13-03-2003
16_vent	Jeśli hospitalizowany-a (Y w pkt. 13) czy stosowano sztuczną wentylację	Tekstowy: Y - tak N - nie U - nie wiadomo	
17_d_dis	Jeśli hospitalizowany-a (Y w pkt. 13) podać datę wypisu	Data	np. 14-03-2003
18_class	Klasyfikacja przypadku	Tekstowy: S - podejrzany P - prawdopodobny D - wykluczony	Odpowiednio aktualizować
19_status	Stan chorego	Tekstowy: R - wyzdrowienie D - zgon L - opuścił-a kraj F - wypadł-a z obserwacji	<u>Wypełniać tylko raz</u> R - wyzdrowienie, zawiera chorych wypisanych ze szpitala L - chorzy, o których wiadomo, że mieli objawy, kiedy wyjeżdżali z kraju
20_d_fin	Data ostatecznego ustalenia stanu chorego	Data	np. 15-03-2003
21_d_dead	Jeśli wystąpił zgon (D w pkt. 19) podać datę zgonu	Data	np. 17-03-2003

- Chorych, u których nastąpiła zadowalająca poprawa, ale nie znaleziono innej przyczyny choroby należy nadal klasyfikować jako przypadki podejrzane.
- Zgon chorego klasyfikowany jako przypadek podejrzany, jeżeli nie wykonano badania sekcyjnego, nie uprawnia do zmiany klasyfikacji przypadku. Jeżeli jednak osoba taka została zidentyfikowana jako ogniwo łańcucha epidemicznego to zachorowanie to powinno być przeklasyfikowane na przypadek prawdopodobny.
- Jeżeli autopsja jest wykonana i nie ma cech RDS, przypadki powinien być wykluczony.

### Minimalne wymagania zgłoszeń

#### 1. W krajach, w których nie zgłaszano dotychczas przypadków SARS

Na dzień dzisiejszy zalecane jest, aby służby nadzoru epidemiologicznego niezwłocznie powiadamiały regionalne biuro ŚOZ pocztą elektroniczną, faxem lub telefonicznie o każdym przypadku SARS (załącznik 1, Baza adresowa przedstawicieli ŚOZ). Wszelka informacja będzie traktowana poufnie. W razie konieczności biuro regionalne będzie się kontaktować z biurem ŚOZ w Genewie.

#### 2. W krajach, w których zgłaszano przypadki SARS

##### (a) Dane zbiorcze

Na dzień dzisiejszy służby nadzoru epidemiologicznego zobowiązane są przekazywać do biura ŚOZ w Genewie pocztą elektroniczną, faxem lub telefonicznie dziennie dane zbiorcze o SARS (Załącznik 4. *Dzienne podsumowanie przypadków SARS na terenie kraju - Daily Country Summary of Cases of SARS - w "Meldunku" pominięty, przyp. tłum.*). Kopie tych raportów powinny być przesyłane do regionalnego biura ŚOZ i do krajowego przedstawiciela ŚOZ, jeśli taki jest (Załącznik 1). Sposób zgłaszania przypadków do ŚOZ jest przedstawiony na schemacie w załączniku 2.

Na podstawie otrzymanych danych biuro ŚOZ w Genewie opracuje dziennie podsumowania zbiorcze i przygotuje wykaz obszarów, gdzie doszło do lokalnej transmisji zakażenia (<http://www.who.int/csr/sarsareas/en/>). Udostępniane bę-

dą dane liczbowe o prawdopodobnych przypadkach SARS.

Podejrzane i prawdopodobne przypadki powinny być przypisane do kraju, w którym osoby te przebywają lub w którym zmarły. Na przykład jeżeli chora osoba opuścił dany kraj podczas choroby to liczba przypadków rejestrowanych w tym kraju zmniejszy się o jeden.

##### (b) Raporty indywidualne przypadków SARS

W odstępach tygodniowych służby nadzoru epidemiologicznego powinny przekazywać do biura ŚOZ w Genewie pocztą elektroniczną, faxem lub telefonicznie raporty indywidualne o przypadkach SARS. Raporty indywidualne powinny zawierać wszystkie przypadki SARS, które wystąpiły po 1 listopada 2002 (Załącznik 3. Opis bazy danych zbieranych w ramach globalnego nadzoru nad SARS, w którym są podane nazwy zmiennych i ich charakterystyka). Szablon bazy danych raportów indywidualnych w formacie Excel jest dostępny w Regionalnych biurach ŚOZ. W czasie trwania choroby przypadek może być wpisany do bazy danych tylko raz, a dane indywidualne należy aktualizować gdy zajdzie taka potrzeba. Przypadki wykluczone należy zakodować jako "wykluczone". Kopie tych raportów powinny być przesyłane do regionalnego biura ŚOZ i do krajowego przedstawiciela ŚOZ, jeśli taki jest (Załącznik 1). Sposób zgłaszania przypadków do ŚOZ jest przedstawiony na schemacie w załączniku 2.

##### Wzór formularza zgłaszania przypadków indywidualnych

Przykład formularza, który może być dostosowany do potrzeb krajowych jest podany w załączniku 5 (w "Meldunku" pominięty - przyp. tłum.), a w formie elektronicznej na stronach internetowych ŚOZ. (*Elektroniczna wersja formularza wprowadzonego w Polsce przez Głównego Inspektora Sanitarnego dostępna jest na stronach <http://www.pzh.gov.pl/epimeld> oraz <http://www.gis.mz.gov.pl> - przyp. tłum.*) Formularz taki zawiera minimum informacji niezbędnej do klasyfikacji przypadku według przyjętych definicji oraz do przygotowania dziennych raportów zbiorczych i tygodniowych raportów indywidualnych. Minimum informacji jakie

powinno zostać wysłane podane jest w załączniku 3. Ponadto formularz zawiera tabelę, która może służyć do codziennej rejestracji szczegółowych obserwacji klinicznych.

*"Wkly Epid. Rec." (2003,14,100-102)  
tłumaczenie Zakład Epidemiologii PZH*

### **Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dla osób udających się w podróże międzynarodowe z obszarów występowania ciężkiego, ostrego zespołu oddechowego (SARS)**

15 marca 2003 roku Światowa Organizacja Zdrowia w odpowiedzi na zgłoszenia ognisk epidemii choroby układu oddechowego w szeregu krajów Azji wydała dokument z zaleceniami dotyczącymi podróży międzynarodowych ([http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003\\_03\\_15/en/](http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_03_15/en/)). Zalecenia zawarte w tym dokumencie miały na celu zapobieganie międzynarodowemu szerzeniu się choroby poprzez uświadomienie specjalistom oraz społeczeństwu potrzeby wprowadzenia stanu podwyższonej gotowości i podjęcia odpowiednich działań w przypadku podejrzenia zachorowania na tę chorobę. Kolejne uaktualnienie dokonane 27 marca ([http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003\\_03\\_27/en/](http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_03_27/en/)) zalecało dodatkowe działania w celu niedopuszczenia do międzynarodowego szerzenia się choroby poprzez nadzór nad osobami opuszczającymi obszary dotknięte epidemią. Zalecenia te są opisane bardziej szczegółowo w materiale poniżej. 2 kwietnia ŚOZ wydała kolejne zalecenia dotyczące bezpieczeństwa podróży. W przypadku planowania podróży do Hongkongu oraz prowincji Guangdong w południowo-wschodnich Chinach doradzano odłożenie wyjazdu ([http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003\\_04\\_02/en/](http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_04_02/en/)). Wprowadzając te zalecenia, poszczególne kraje mogą brać pod uwagę swoją politykę narodową i możliwości.

Z chwilą gdy nadzór epidemiologiczny nad SARS został wprowadzony w skali światowej w lutym 2003 roku, niewielka liczba osób z podejrzanym lub prawdopodobnym rozpoznaniem SARS z obszarów objętych epidemią ([http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003\\_03\\_26/en/](http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_03_26/en/)) udała się w podróże międzynarodowe. Mimo iż liczba takich osób jest niewielka, istnieje obawa, że stanowią one zagrożenie dla innych podróżnych i stwarzają możliwość rozprzestrzenienia się tej choroby na świecie. Z tego względu ŚOZ zaleca, aby administracja portów i lotnisk w obszarach epidemicznych wprowadziła nadzór nad pasażerami wyjeżdżającymi za granicę. Ponadto ŚOZ wydała zalecenia dotyczące postępowania z osobami podejrzanymi o zachorowanie w czasie międzynarodowych lotów oraz sposobu dezynfekcji samolotu wiozącego osoby podejrzone i wskazówki dotyczące prowadzenia nadzoru nad pasażerami, którzy w czasie podróży mieli styczność z osobami podejrzanymi. Zalecenia te dotyczą przede wszystkim podróży lotniczych ale mają także zastosowanie w przypadku podróży drogowych, kolejowych i morskich.

### **Wyszukiwanie osób z podejrzeniem SARS w czasie wyjazdu z obszarów zagrożonych**

ŚOZ zaleca, aby administracja rządowa we współpracy z administracją lotnisk (portów) i przedstawicielami przewoźników wprowadziły system kontroli, który obejmowałby przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z podróżnymi jeszcze przed odprawą. Zaleca się by wywiad ten był prze-

prowadzony przez personel medyczny i zawierał informacje, czy osoba wyjeżdżająca:

- miała w ciągu ostatnich 48 godzin jakieś objawy SARS (<http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/>),
- miała jakąkolwiek styczność z przypadkiem podejrzanym lub prawdopodobnym SARS,
- ma gorączkę (w uzasadnionych przypadkach temperaturę ciała należy sprawdzić).

Osoby z podejrzeniem SARS winny być kierowane do instytucji medycznych. Osoby mające tylko gorączkę winny być proszone o odłożenie podróży i skontaktowanie się z lekarzem.

### **Opieka nad osobą z podejrzeniem SARS w czasie podróży lotniczej**

Jeżeli w samolocie lecącym z obszarów epidemicznych jeden z pasażerów zaczyna chorować i występuje u niego gorączką i objawy ze strony układu oddechowego, załoga samolotu powinna podjąć następujące działania:

- pasażer powinien być, w miarę możliwości, oddzielony od innych pasażerów i załogi;
- pasażer powinien założyć maskę ochronną na usta i nos, a osoby opiekujące się nim powinny stosować procedury zapobiegawcze zalecane dla przypadków SARS;
- jedna z toalet winna być wydzielona do wyłącznego użytku przez tego pasażera;
- kapitan samolotu jest obowiązany powiadomić władze lotniska, gdzie nastąpi najbliższe lądowanie o obecności na pokładzie osoby z podejrzeniem SARS;
- po przylocie pasażer powinien być umieszczony w izolacie i zbadany przez lekarza.

### **Postępowanie z osobami, które miały styczność z chorym pasażerem**

Jeżeli badanie wstępne chorego pasażera wykluczy SARS jako przyczynę jego choroby, pasażer powinien być przekazany pod nadzór miejscowej służby zdrowia w celu dalszej niezbędnej obserwacji.

Jeżeli natomiast lekarz we wstępnym badaniu na lotnisku określi przypadek jako podejrzanym lub prawdopodobnym SARS (<http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/>), powinny być podjęte następujące działania:

#### **Osoby ze styczności**

1. Wszystkie osoby ze styczności (kontaktujące się z chorym pasażerem) jeszcze w czasie lotu powinny zostać zidentyfikowane. Dla potrzeb podróży lotniczych styczność jest definiowana jako:

- pasażerowie siedzący w tym samym rzędzie albo przynajmniej 2 rzędy z przodu lub z tyłu chorego pasażera;
- wszyscy pracownicy obsługi pasażerów znajdujący się na pokładzie;
- każdy mający bliską styczność, opiekujący się lub mający styczność z wydzieloną drogą oddechowych chorego pasażera;
- każdy spośród pozostałych pasażerów zamieszkujący w tym samym mieszkaniu (gospodarstwie domowym) co chory pasażer;
- jeśli stewardessa jest brana pod uwagę jako podejrzanym lub prawdopodobnym przypadkiem SARS, wszyscy pasażerowie są uważani za będących w styczności.

2. Osoby ze styczności powinny dostarczyć, odpowiednim służbom medycznym, dane osobowe, dokładny adres, dane umożliwiające kontakt z nimi w czasie najbliższych 14 dni.

3. Osoby ze styczności powinny zostać poinformowane o SARS i powiadomione o konieczności znalezienia się pod opieką lekarską jeżeli w czasie 10 dni od podróży wystąpią u nich objawy SARS. Powinny także, upewniać się, że wszystkie osoby udzielające im opieki medycznej są świadome, że mają styczność z podejrzanym przypadkiem SARS.

4. Osoby ze styczności powinny móc kontynuować podróż tak długo, aż nie wystąpią u nich objawy kliniczne zgodne z obrazem klinicznym SARS.

5. Jeśli wraz z upływem czasu staje się oczywiste, że przypadek podejrzany jest przypadkiem prawdopodobnym SARS, kierownictwo ośrodka, gdzie osoba poddawana jest leczeniu, powinno poinformować odpowiednie służby, właściwe dla miejsca pobytu osób ze styczności, że przez 10 kolejnych dni osoby te powinny być poddane nadzorowi czynnemu (codzienny pomiar temperatury ciała oraz wizyta u lekarza lub pielęgniarki).

#### Pozostali pasażerowie

W celach profilaktycznych, pasażerowie i personel z kabiny pilotów, nie definiowani jako osoby ze styczności, powinni również pozostawić służbom medycznym lotniska informacje zawierające: imię, nazwisko, adres i inne dane, które umożliwią skontaktowanie się z nimi w ciągu 14 dni od wylądowania. Osoby te powinny być poinformowane o SARS i powiadomione o konieczności znalezienia się pod opieką lekarską jeżeli w czasie 10 dni od podróży wystąpią u nich objawy SARS. Powinny one mieć możliwość dalszej podróży o ile nie wystąpią u nich objawy SARS.

#### Dezynfekcja samolotu

Na podstawie dotychczasowych danych na temat prawdopodobnego czynnika wywołującego SARS zalecane są działania podane w dokumencie ŚÓZ - *WHO Disinfection of Aircraft Guidance* (<http://www.who.int/csr/ihr/guide.pdf>).

Według zaleceń ŚÓZ linie lotnicze zobowiązane są do zaopatrzenia w odpowiednie rękawice, maski na twarz i środki dezynfekcyjne samolotów obsługujących linie mające loty z obszarów dotkniętych epidemią, a także do wyznaczenia w tych samolotach odizolowanego miejsca pasażerskiego, które będzie mogło być użyte w razie potrzeby.

*"Wkly Epid.Rec." (2003,14,97-99)  
tłumaczenie Zakład Epidemiologii PZH*

### Ciężki Ostry Zespół Oddechowy - SARS

#### Podsumowanie aktualnych informacji o czynniku etiologicznym i wirusologicznych metodach potwierdzania zakażenia

W przypadku SARS, mimo stosunkowo krótkiego czasu od odkrycia tej choroby (listopad 2002 roku), ustalono już szereg istotnych faktów dotyczących jego etiologii oraz metod swoistej diagnostyki.

Stosunkowo wcześniej rozpoznano wirusowy charakter zakażenia. CDC 24 marca 2003 r. podała, że najbardziej prawdopodobnym czynnikiem SARS jest "nowy" koronawirus. Korzystając z opublikowanej informacji o sekwencjach użytych w CDC do wykrywania czynnika SARS metodą RT-PCR hipoteza ta została bardzo szybko potwierdzona (pierwsze potwierdzenie pochodzi z Niemiec - opublikowana 25 marca).

Aktualnie znana jest już większa część sekwencji geno-

mu kilku szczepów wirusa będącego czynnikiem etiologicznym SARS (14.04.2003). Na tej podstawie można powiedzieć, że jest to "nowy" wirus (tzn. różniący się od dotychczas znanych zakaźnych dla człowieka koronawirusów), najbliższym spokrewnionym z koronawirusami wywołującymi zakażenia był.

Do prowadzenia diagnostyki SARS zorganizowano sieć 11 laboratoriów w 9 krajach. Adresy laboratoriów i osób odpowiedzialnych za kontakt umieszczono na stronach WHO: [www.who.int/sars](http://www.who.int/sars).

W związku z potwierdzeniem udziału koronawirusa w etiologii SARS sieć laboratoriów opublikowała następujące informacje:

- Z analizy dotychczasowych danych wynika, że przyczyną SARS jest najprawdopodobniej "nowy", nieznan wcześniej koronawirus, który przełamał barierę gatunkową lub geograficzną. W rodzinie koronawirusów znane są patogeny człowieka powodujące infekcje oddechowe lub jelitowe.
  - Czynnikiem wywołującym SARS szerzy się przy bezpośrednim kontakcie z osobą zakażoną. Szerzenie się SARS ma miejsce w wyniku kontaktu z płynami ustrojowymi oraz drogą kropelkową, czyli także w postaci dużych kropli. Natomiast szerzenie się przez aerozol jest mniej powszechne i prawdopodobnie ma ograniczone znaczenie (informacja podana przez Kanadyjczyków na stronach [www.nejm.org](http://www.nejm.org)).
  - Wirus namnaża się w linii komórek Vero (obecne CPE) i FRhk-4.
  - Surowice od chorych z SARS hamują namnażanie się wirusa i reagują z wirusem w komórkach w odczynie immunofluorescencji. Brak jest tych reakcji w przypadku surowic pobranych od osób z innymi zakażeniami jak i od osób zdrowych.
  - Startery dla podanych sekwencji wykrywają RNA wirusa zarówno w zakażonych liniach komórkowych jak i w materiałach klinicznych, jednak opracowane do tej pory molekularne metody diagnostyczne charakteryzują się dużą liczbą fałszywie ujemnych wyników.
  - Wykrycie przeciwciał dla czynnika SARS metodą ELISA jest możliwe dopiero po 20 dniach od wystąpienia objawów klinicznych. Oznacza to, że metoda ta nie nadaje się do celów diagnostyki chorych, a tylko do potwierdzenia zakażenia po wyleczeniu. W przypadku zastosowania testu immunofluorescencji do wykrywania przeciwciał wynik potwierdzający zakażenie można uzyskać po 10 dniach od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Niestety przygotowanie antygeny wymaga prac w laboratorium trzeciej klasy bezpieczeństwa biologicznego.
  - Surowice od hiperimmunizowanych innymi koronawirusami zwierząt reagują z antygenami wirusa SARS.
- Opis obrazu klinicznego, procedury diagnostyczne, listy materiałów klinicznych pobieranych do diagnostyki SARS wraz z podanymi przez CDC warunkami bezpieczeństwa prowadzenia prac badawczych i diagnostycznych z czynnikiem SARS (podano 30.03.03. na stronach internetu: [www.cdc.gov/ncidod/sars](http://www.cdc.gov/ncidod/sars)) jest podstawą do rozpoczęcia swoistej diagnostyki przypadków SARS gdziekolwiek się pojawiają. W celu uzyskania szczegółowych informacji niezbędnych do przeprowadzenia diagnostyki w kierunku SARS w jednym z laboratoriów należących do sieci należy zwrócić się o pomoc pod elektroniczny adres [SARSetiology@who.int](mailto:SARSetiology@who.int).

*na podst. źródeł internetowych ([www.who.int](http://www.who.int), [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), [www.nejm.org](http://www.nejm.org))*

*opracował Włodzimierz Gut, Zakład Wirusologii PZH*

---

**Official Journal of the European Communities**


---

**DECYZJA KOMISJI**

z 19 marca 2002 r.

 ustalająca definicje przypadków w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci Wspólnoty na podstawie Decyzji No 2119/98/EC Parlamentu i Rady Europejskiej
 

---

(5)

**LEGIONELLOZA**
**Choroba legionistów**
**Opis kliniczny**

Zapalenie płuc

**Choroba z Pontiac**
**Opis kliniczny**

Samoograniczająca się choroba podobna do grypy charakteryzująca się gorączką, bólem głowy, mialgią i nie produktywnym kaszlem. Pacjenci wracają do zdrowia samoistnie, bez leczenia po 2 do 5 dniach. Nie występują objawy zapalenia płuc.

**Laboratoryjne kryteria rozpoznania**

- Wyizolowanie bakterii z rodzaju *Legionella* z wydzielin układu oddechowego, tkanki płucnej lub krwi.
- Wykazanie specyficznych przeciwciał przeciw *Legionella pneumophila* grupy serologicznej 1 lub innych grup serologicznych lub innych gatunków *Legionella* za pomocą pośredniego testu immunofluorescencyjnego wykrywającego przeciwciała lub za pomocą mikroaglutynacji.
- Wykrycie specyficznego antygeny *Legionella* w moczu przy użyciu uznanych odczynników.

Dla przypadku prawdopodobnego:

- Pojedyncze wysokie miano przeciwciał specyficznych dla *L. pneumophila* grupy serologicznej 1 lub innych grup serologicznych lub innych gatunków *Legionella*.
- Wykrycie specyficznego antygeny *Legionella* w wydzielinach układu oddechowego lub bezpośrednio barwienie fluorescencyjne przeciwciał (DFA) organizmu w wydzielinach oddechowych lub tkance płucnej przy zastosowaniu uznanych reagentów monoklonalnych.

**Klasyfikacja przypadków**
Podjęrzany: N.A.

Prawdopodobny: Obraz kliniczny z dodatnim wynikiem testów uznanych za prawdopodobne (patrz wyżej) lub obraz kliniczny powiązany epidemiologicznie.

Potwierdzony: Obraz kliniczny potwierdzony laboratoryjnie.

**LEPTOSPIROZA**
**Opis kliniczny**

Obraz kliniczny odpowiadający leptospirozie, charakteryzujący się gorączką, bólem głowy, dreszczami, bólami mięśni, zaczerwienieniem spojówek, a rzadziej zapaleniem opon

mózgowo-rdzeniowych, wysypką, żółtaczką lub niewydolnością nerek.

**Laboratoryjne kryteria rozpoznania**

- Wyizolowanie *Leptospira* z materiału klinicznego.
- Wykazanie specyficznego wzrostu miana w teście aglutynacji *Leptospira*.
- Wykazanie *Leptospira* w materiale klinicznym metodą immunofluorescencji.
- Wykrycie swoistych dla *Leptospira* przeciwciał IgM w surowicy.

**Klasyfikacja przypadków**
Podjęrzany: N.A.

Prawdopodobny: N.A.

Potwierdzony: Obraz kliniczny potwierdzony laboratoryjnie.

**MALARIA**
**Opis kliniczny**

Obraz kliniczny odpowiadający malarii, np. gorączka i zazwyczaj występujące objawy, które obejmują ból głowy, ból karku, dreszcze, bóle mięśni, nudności, wymioty, biegunkę i kaszel.

**Laboratoryjne kryteria rozpoznania**

- Wykazanie zarazków malarii w rozmazach krwi.
- Wykrycie kwasu nukleinowego *Plasmodium*.

**Klasyfikacja przypadków**
Podjęrzany: N.A.

Prawdopodobny: N.A.

Potwierdzony: Epizod potwierdzonej laboratoryjnie parazytemii malarii u osoby z objawami klinicznymi lub asymptotycznej.

cd. w kolejnych "Meldunkach"

 tłumaczenie A.Zieliński
 

---

 "Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronie  
<http://www.pzh.gov.pl/epimeld>

**Opracowuje zespół:** Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (0-prefix-22): 84-97-702, 54-21-210; fax (0-prefix-22) 54-21-211; e-mail: epimeld@pzh.gov.pl, epimeld@medstat.waw.pl  
**Kierownictwo naukowe:** prof. dr hab. Wiesław Magdzik