

## Meldunek 4/B/03

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.04 do 30.04.2003 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/B		Dane skumulowane	
	16.04.03. do 30.04.03.	16.04.02. do 30.04.02.	1.01.03. do 30.04.03.	1.01.02. do 30.04.02.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	8	5	30	31
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	306	469	2067	3017
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	3	1	13	41
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	134	234	1549	1500
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	462	555	3913	3757
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	818	1104	7148	7822
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	466	614	3838	4487
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	-	8	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	59	52	715	511
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	167	254	1428	1910
Zapalenie opon mózgowych: razem	54	55	435	472
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	2	20	21
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	1	22	25
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	26	188	187
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	16	18	163	194
inne i nie określone (G03)	7	8	42	45
Zapalenie mózgu: razem	12	13	131	134
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	1	41	33
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	2	1
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	1	12	7
wirusowe, nie określone (A86)	7	8	48	66
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	-	3	28	27
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4965	4310	46966	41555
Odra (B05)	6	-	12	16
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	962	3712	5090	19987
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	7	15	47	163
typu B (B16; B18.0-B18.1)	56	87	590	686
typu C (B17.1; B18.2)	72	98	672	638
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	12	4	44	23
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	5	12	44	81
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	3934	1549	26840	12783
Włośnica (B75)	-	-	22	11
Świerzb (B86)	428	629	5308	5832
Grypa: ogółem (J10; J11)	9028	7940	1155193	153289
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	368	730	3301	4531
w tym: salmonelozy (A02.0)	302	465	2043	3000
gronkowcowe (A05.0)	2	127	225	163
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	-	10	18
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	1	-	2
inne określone (A05.3-A05.8)	5	3	37	130
nie określone (A05.9)	58	134	986	1218
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	-	5	5
w tym: grzybami (T62.0)	2	-	4	3
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	420	366	3770	3148
w tym: pestycydami (T60)	1	4	9	18
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	259	226	1689	1839
alkoholem (T51)	88	71	589	569
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	3	12	28

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.04.2003 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	8	-	-	306	3	818	2	59	167	54	4	12	-
Dolnośląskie	7	-	-	34	-	88	-	3	31	3	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	15	-	66	-	6	8	3	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	23	1	32	-	-	3	2	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	9	-	19	-	-	1	1	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	10	-	15	-	20	6	2	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	20	2	39	1	-	6	5	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	31	-	89	-	10	12	3	-	1	-
Opolskie	1	-	-	11	-	3	-	-	11	2	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	35	-	49	1	-	3	3	-	-	-
Podlaskie	-	-	-	8	-	21	-	6	5	4	1	-	-
Pomorskie	-	-	-	19	-	65	-	1	14	6	1	2	-
Śląskie	-	-	-	23	-	110	-	3	26	9	-	2	-
Świętokrzyskie	-	-	-	14	-	44	-	1	9	2	1	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	15	-	65	-	8	13	3	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	28	-	92	-	1	16	5	1	4	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	11	-	21	-	-	3	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	4965	6	962	7	68	84	3934	-	428	9028	368	2	420
Dolnośląskie	369	-	37	3	7	6	696	-	31	1109	33	-	16
Kujawsko-Pomorskie	322	-	64	-	5	9	261	-	51	465	14	-	14
Lubelskie	286	-	173	-	2	3	129	-	26	139	23	-	47
Lubuskie	110	-	44	-	3	2	204	-	7	17	15	-	26
Łódzkie	270	-	3	1	4	13	101	-	53	1255	13	-	131
Małopolskie	332	-	27	-	8	4	170	-	19	365	23	-	21
Mazowieckie	556	-	29	2	6	6	133	-	41	2430	35	-	9
Opolskie	164	-	133	-	4	-	36	-	6	445	11	-	4
Podkarpackie	106	-	41	-	14	9	330	-	31	8	35	2	20
Podlaskie	229	6	5	-	1	2	316	-	14	652	8	-	9
Pomorskie	281	-	15	-	6	2	363	-	6	383	25	-	16
Śląskie	639	-	28	1	4	8	592	-	70	680	50	-	37
Świętokrzyskie	216	-	87	-	2	4	142	-	23	40	17	-	50
Warmińsko-Mazurskie	204	-	203	-	-	1	168	-	18	109	14	-	7
Wielkopolskie	649	-	27	-	2	12	210	-	17	574	30	-	5
Zachodniopomorskie	232	-	46	-	-	3	83	-	15	357	22	-	8

**Zachorowania i podejrzenia zachorowań na odrę zgłoszone w I kwartale 2003 roku (wstępna informacja)**

Województwo	Zgłoszone zachorowania i podejrzenia				Przypadki wykazane w "Meldunkach"			
	ogółem	badane serologicznie (IgM)		nie badane serologicznie	razem	potwierdzone		nie potwierdzone <sup>2</sup>
		ogółem	potwierdzone			serologicznie (IgM)	epidemiologicznie <sup>1</sup>	
Polska	8	6	4	2	6	4	1	1
Dolnośląskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelskie	1	1	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	-	-	-	-	-
Małopolskie	3	3	2	-	2	2	-	-
Mazowieckie	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	1	-	-	1	1	-	-	1
Śląskie	2	2	2	-	2	2	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachodniopomorskie	1	-	-	1	1	-	1	-

<sup>1</sup> Powiązane z przypadkami potwierdzonymi serologicznie (IgM). <sup>2</sup> Rozpoznane wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.

**NADZÓR EPIDEMIOLOGICZNY NAD SARS W POLSCE**

W nawiązaniu do Zarządzenia nr 5/03 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 8 kwietnia 2003 r. w sprawie określenia procedury zgłaszania podejrzenia zakażenia lub zachorowania na ciężki ostry zespół niewydolności oddechowej - SARS (§2 ust. 3, §3 ust.1) oraz w uzupełnieniu materiałów dotyczących nadzoru nad SARS opublikowanych w "Meldunku" 4/A/03 informujemy, że osobami z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, z którymi należy się kontaktować w sprawie zgłaszania przypadków SARS w Polsce, są:

- Magdalena Rosińska  
tel. 022-5421-206, email: [mrosinska@pzh.gov.pl](mailto:mrosinska@pzh.gov.pl)
  - Michał Czerwiński  
tel. 022-5421-208, email: [mczerwinski@pzh.gov.pl](mailto:mczerwinski@pzh.gov.pl)
- Zgłoszeń można dokonywać drogą elektroniczną na podane powyżej adresy, bądź faksem, na numer: 022-5421-327.

**Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS  
Informacja z 30 kwietnia 2003 r.**

W kwietniu 2003 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 81 obywateli polskich, wśród których było: 28 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 4 osoby homoseksualne, 2 osoby trudniące się prostytutką, 2 dzieci matek zakażonych HIV, 1 zakażony drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i 44 bez informacji o drodze zakażenia.

Wśród nowo wykrytych zakażonych były 54 osoby płci męskiej i 27 osób płci żeńskiej. Zakażeni mieli od 2 do 56 lat, w tym było: dziecko dwu-, trzy- i dziewięcioletnie, 3 nastolatków, 35 w grupie wieku od 20 do 29 lat, 18 - od 30 do 39 lat, 14 - od 40 do 49 lat oraz 4 w wieku 50 i więcej lat; u czterech osób nie podano ani daty urodzenia ani wie-

ku. Zakażeni mieszkali w następujących województwach: 29 w dolnośląskim, 11 w łódzkim, 6 w warmińsko-mazurskim, po 5 w pomorskim i śląskim, 4 w mazowieckim, po 3 w podlaskim i zachodniopomorskim, 2 w opolskim oraz po 1 w kujawsko-pomorskim, lubuskim i podkarpackim; 10 było bez informacji o województwie zamieszkania.

Zakażenie HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w pracowni wirusologicznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie, w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi, w laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie (zakażenie zgłoszone przez Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu).

Odnotowano zachorowania na AIDS czterech osób płci żeńskiej (dwóch narkomanek, dziecka matki zakażonej HIV i jednej kobiety bez informacji o drodze zakażenia) oraz sześciu osób płci męskiej (po dwie osoby zakażone drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i bez informacji o drodze zakażenia oraz jeden biseksualny mężczyzna i dziecko matki zakażonej HIV). Chorzy byli w wieku od 2 do 34 lat, w tym: troje dzieci (dwu-, trzy- i dziewięcioletnie), 4 w grupie wieku od 20 do 29 lat i 3 od 30 do 39 lat. Mieszkali w następujących województwach: 5 w dolnośląskim, 2 w kujawsko-pomorskim oraz po 1 w lubuskim, opolskim i pomorskim.

Zachorowania zgłoszone w kwietniu 2003 r. rozpoznano w roku 2001 (1), 2002 (2) i 2003 (7). W 9 przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku jako chorobę wskaźnikową podano bliżej nieokreślone zakażenie oportunistyczne. U 8 chorych podano liczbę komórek CD4 (od 22 do 916 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 kwietnia 2003 r.

stwierdzono zakażenie HIV 8.123 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.826 zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Ogółem odnotowano 1.281 zachorowań na AIDS; 624 chorych zmarło.

\* \* \*

*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.*

## **Wirusowe zapalenie wątroby typu C - Przegląd aspektów epidemiologicznych z zakresu zdrowia publicznego oraz różnych strategii zapobiegania i zwalczania stosowanych w Europie, USA i Egipcie**

### **Wnioski ze spotkania The Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB) w Genewie w dniach 13-14 maja 2002 r.**

1. Dotychczas nie osiągnięto oczekiwanego i zadowalającego poziomu wiedzy na temat biologii HCV, epidemiologii i naturalnej historii zakażeń spowodowanych HCV, pierwotnych i wtórnych metod zapobiegania zakażeniom HCV. Oczekiwane jest podjęcie wysiłków dla wdrożenia skutecznych metod zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV.

2. Nie ma widoków na wprowadzenie do stosowania w niedalekiej przyszłości szczepionki przeciw wzv C. Stwierdzono w związku z tym, że wzv C nie stanie się w pozwalającym się przewidzieć okresie chorobą, w której zapobieganiu rolę odgrywać będą szczepienia.

3. Zapobieganie wzv C powinno opierać się na:

- zapobieganiu przez przecięcie transmisji zakażeń od zakażonych osób, do osób wrażliwych na zakażenie,
- zapobieganiu przewlekłym następstwom zakażenia HCV.

4. Pierwotne zapobieganie powinno koncentrować się na identyfikacji osób z grup wysokiego ryzyka zakażenia HCV, przeprowadzaniu testów laboratoryjnych materiału pobranego od nich dla wykrycia zakażonych, informowaniu osób z otoczenia zakażonych o niebezpieczeństwie i drogach zakażenia, stosowaniu leczenia zakażonych, jeśli istnieje takie uzasadnienie i możliwość.

5. Istnieje konieczność informacji szerzonych w ramach oświaty zdrowotnej o istocie zakażenia, zapobiegania, zwalczania i leczenia wzv C, ukierunkowanych zarówno dla ogółu ludności, jak również dla organizatorów ochrony zdrowia. Ocenia się, że względnie mała część osób zakażonych HCV jest bieżąco informowana o zakażeniu.

Stwierdzono ponadto, że w 2002 roku duża liczba osób profesjonalnie związanych z medycyną nie miała dostatecznej wiedzy o zakażeniu HCV i jego następstwach. Mogły one mieć określone trudności w rozpoznaniu choroby u swoich podopiecznych. Pracownicy ochrony zdrowia powinni być lepiej poinformowani o różnych aspektach zakażeń HCV.

6. Istnieje potrzeba identyfikacji osób zakażonych HCV, aby uzyskać zmniejszenie ryzyka transmisji zakażenia przez przetoczenie krwi, preparatów krwiopochodnych, przeszczep narządów, iniekcje leków i środków uzależniających i drogą ryzykownych praktyk seksualnych. Ponadto osoby z rozpoznaniem zakażeniem HCV wymagają medycznej oceny stanu zdrowia związanego z przewlekłym najczęściej zapaleniem wątroby, wdrożenia ewentualnego leczenia, a także powinna

być im udzielona informacja dotycząca zmiany stylu życia dla unikania dalszego uszkodzenia wątroby, jak wyeliminowanie konsumpcji alkoholu, unikanie zakażenia innymi wirusami hepatotropowymi oraz HIV, a także uodpornienie przeciw wzv A, wzv B, grypie, przeciw zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*.

7. Istnieje konieczność integracji działań dla zapobiegania szerzeniu się zakażeń wirusami hepatotropowymi, HIV oraz chorób transmitowanych drogą seksualną.

8. Wdrożenie wymienionych wyżej działań jest trudne w wymiarze światowym w związku z tym, że zakażenia HCV szerzą się szczególnie intensywnie w krajach rozwijających się i ekonomicznie biednych, a wdrożenie i realizacja niezbędnych zapobiegawczych czynności jest kosztowna.

9. Ocenia się, że epidemiologiczne dane dotyczące liczby zachorowań i osób zakażonych są niedostateczne. Ze względu na charakter i cechy tej choroby problem wymaga dalszych badań. Do ich organizacji i realizacji najbardziej właściwymi są następujące instytucje: WHO, CDC, VHPB.

10. Iniekcje w wielu krajach stanowią główny środek transmisji zakażeń. Szczególna uwaga powinna być zwrócona na środowiska zamknięte, zwłaszcza na więzienia. Zależnie od warunków i miejscowych zwyczajów, działania w tym kierunku powinny być odpowiednio modyfikowane np. drogą wymiany użytych igieł, strzykawek i innego sprzętu.

11. Posiadane informacje pozwalają na stwierdzenie, że HCV szerzy się intensywnie jako zakażenia szpitalne. Dzieje się to głównie poprzez niebezpieczne procedury związane z iniekcjami. Te zakażenia stanowią głównie o przewlekłych zapaleniach wątroby. Dla uniknięcia ich istotne jest:

- używanie tylko wysterylizowanego sprzętu medycznego,
- właściwe postępowanie ze sprzętem użytym,
- poprawienie warunków i postępowania związanego z hemodializą.

12. Stosowanie w iniekcjach leków z wielodawkowych fiolek sprzyja zakażeniom HCV. Zaleca się stosowanie leków w jednodawkowych opakowaniach.

13. Zakażenia drogą seksualną oraz zakażenia rodzinne odgrywają w szerzeniu się HCV znacznie mniejszą rolę niż w szerzeniu HBV.

14. Badanie dla laboratoryjnego potwierdzenia zakażenia HCV jest wskazane wszystkim pacjentom z podniesionym poziomem ALT, pacjentom z innymi objawami mogącymi sugerować zakażenie HCV. Nie jest wskazane badanie przesiewowe całej populacji. Należy zwracać uwagę na podjęcie środków zabezpieczających badanych przed zakażeniem HCV. Osobom z wynikiem dodatnim konieczne jest wdrożenie leczenia.

15. Istnieją duże kontrowersje dotyczące odsetka osób z ostrym wzv C, które rozwijają marskość wątroby. Dane pochodzące ze szpitali są znacznie wyższe od danych opartych o obserwację wszystkich pacjentów hospitalizowanych i niehospitalizowanych.

16. W celu zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu zakażenia HCV, należy wdrożyć leczenie zmierzające do całkowitej eliminacji HCV i normalizacji poziomu ALT. Jeśli to okazałoby się niemożliwe, należy dążyć do zatrzymania postępu choroby, poprawy jakości życia, redukcji transmisji wirusa, zredukowania ciężkości marskości.

17. Skutki postępowania zapobiegawczo-leczniczego w ostatnich latach w stosunku do wzv C, mimo widocznego postępu, nie przyniosły oczekiwanych, pozytywnych rezultatów.

18. Leczenie chorych z przewlekłym HCV zapaleniem

wątroby interferonem powoduje poprawę zdrowia części pacjentów, lecz u części następuje powolne dalsze włóknienie wątroby. Ostatnio przeprowadzone badania kontrolowane wykazały, że skojarzone leczenie interferonem i ribawirinem dało więcej pozytywnych wyników. Wyniki takie uzyskano zwłaszcza po 6 miesiącach leczenia pacjentów z genotypami 2 i 3. Leczenie osób zakażonych genotypem 1 okazało się mniej skuteczne. Istnieje potrzeba leczenia takich chorych przez 12 miesięcy.

**19.** Leczenie ostrej fazy zakażeń HCV u młodych ludzi ma większą możliwość sukcesu w odniesieniu do pozbycia się wirusa i przejścia w przewlekłe zakażenia. Potwierdzono, że wczesne leczenie tylko interferonem, lub w skojarzeniu z innymi lekami powinno przyczynić się do złagodzenia zakażenia HCV.

**20.** Problemem zakażenia HCV jest fakt, że większość zakażonych pacjentów, zwłaszcza z przewlekłą postacią zakażenia, nie jest objęta opieką medyczną, i tym samym nie jest objęta leczeniem.

**21.** Powinny być podjęte działania dla zapobiegania i zwalczania wirusowego zapalenia wątroby typu C przez:

- wzrost zainteresowania tym problemem menadżerów w ochronie zdrowia,
- poinformowanie ich o ryzyku zakażenia HCV drogą krwi i produktów krwiopochodnych, iniekcji i drogą kontaktów seksualnych,
- działanie wspólne ze zwalczaniem innych zachorowań szerzących się drogą naruszenia ciągłości tkanek jak wzw B, HIV/AIDS,
- zbieranie informacji epidemiologicznych o szerzeniu się wzw C w krajach europejskich.

*na podst. materiałów VHPB z grudnia 2002 r.  
przygotował W. Magdzik*

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

(6)

### ODRA

#### Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający odrze, np. uogólniona wysypka trwająca dłużej niż 3 dni i gorączka powyżej 38,3°C oraz jeden lub więcej z następujących objawów: kaszel, nieżyt nosa, plamki Koplika, zapalenie spojówek.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał IgM przeciw wirusowi odry u osób nie szczepionych w ostatnim okresie.
- Wykazanie specyficznej odpowiedzi przeciwciał przeciw odrze u osób nie szczepionych w ostatnim okresie.
- Wykrycie wirusa odry (różnego od szczepów szczepionkowych) w materiale klinicznym.

### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek rozpoznany przez lekarza jako odra.

**Prawdopodobny:** Przypadek z klinicznym obrazem odry.

**Potwierdzony:** Przypadek potwierdzony laboratoryjnie lub przypadek z klinicznym obrazem odry powiązany epidemiologicznie. Przypadki potwierdzone laboratoryjnie nie muszą mieć charakterystycznych objawów klinicznych.

### POLIOMYELITIS, PORAŻENNE

#### Opis kliniczny

Obraz kliniczny zgodny z poliomyelitis, np. ostre pojawienie się porażenia wiotkich w obrębie jednej lub więcej kończyn z obniżeniem lub zanikiem odruchów ścięgowych w zajętych kończynach bez innej znanej przyczyny i bez zaburzeń czucia i intelektu.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie poliowirusa z materiału klinicznego.
- Wykrycie kwasu nukleinowego poliowirusa.

### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** N.A.

**Prawdopodobny:** Obraz kliniczny porażennego poliomyelitis.

**Potwierdzony:** Obraz kliniczny z potwierdzeniem laboratoryjnym.

### RÓŻYCZKA

#### Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający różyczce, np. ostry początek wysypki plamisto-grudkowej z bólem lub/i zapaleniem stawów, limfadenopatią i zapaleniem spojówek.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał IgM przeciw wirusowi różyczki u osoby nie szczepionej w ostatnim czasie.
- Wzrost miana specyficznych przeciwciał u osoby nie szczepionej w ostatnim czasie.
- Izolacja wirusa różyczki u osoby nie szczepionej w ostatnim czasie.
- Wykrycie kwasu nukleinowego różyczki w materiale klinicznym.

### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Obraz kliniczny różyczki.

**Prawdopodobny:** Obraz kliniczny różyczki powiązany epidemiologicznie.

**Potwierdzony:** Obraz kliniczny różyczki potwierdzony laboratoryjnie.

### RZEŻĄCZKA

#### Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający rzeżączce, np. zapalenie cewki moczowej, szyjki macicy lub jajowodów.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Neisseria gonorrhoeae* z materiału klinicznego.

- Stwierdzenie antygeny *N. gonorrhoeae* lub kwasu nukleinowego.
- Wykazanie wewnątrzkomórkowych dwoinek gram-ujemnych w rozmazie wydzieliny z cewki moczowej u mężczyzn.

#### Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: N.A.  
Prawdopodobny: N.A.  
Potwierdzony: Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.\*

\* W Polsce metody wykrywające antygen lub DNA *N. gonorrhoeae* nie mają zastosowania w rutynowej diagnostyce rzeżączki. (przyp.: S.M.)

#### SALMONELOZA (NIE TYPHI, NIE PARATYPHI)

##### Opis kliniczny

Obraz kliniczny salmonelozy, np. biegunka, bóle brzucha, nudności i czasem wymioty. Zarazek może wywołać zakażenia pozajelitowe.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Salmonella* (nie *typhi*, nie *paratyphi*) z materiału klinicznego.

##### Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: N.A.  
Prawdopodobny: Izolacja zarazka potwierdzona laboratoryjnie u osoby bezobjawowej powiązany epidemiologicznie.  
Potwierdzony: Obraz kliniczny potwierdzony laboratoryjnie.

#### SZIGELOZA (CZERWONKA BAKTERYJNA)

##### Opis kliniczny

Choroba o różnej ciężkości charakteryzująca się biegunką, gorączką, nudnościami, skurczowymi bólami brzucha i uporczywym parciem na stolec.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Shigella sp.* z materiału klinicznego.

#### Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: N.A.  
Prawdopodobny: Obraz kliniczny powiązany epidemiologicznie  
Potwierdzony: Obraz kliniczny potwierdzony laboratoryjnie.

#### ŚWINKA

##### Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający śwince, np. ostre wystąpienie jedno- lub dwustronnego bolesnego, samo ograniczającego się powiększenia ślinianek przyusznych lub innych trwające dłużej niż 2 dni bez innej znanej przyczyny.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał IgM przeciw wirusowi świnki.
- Wykrycie specyficznych przeciwciał przeciw wirusowi świnki u osób nie szczepionych w ostatnim okresie.
- Wyizolowanie wirusa świnki (nie szczepu szczepionkowego) z materiału klinicznego.
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusa świnki.

##### Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: N.A.  
Prawdopodobny: Obraz kliniczny świnki powiązany epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym.  
Potwierdzony: Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

(cdn)

tlumaczenie A.Zieliński oraz S.Majewski (rzeżączka)

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

**Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 2002/3 w porównaniu z sezonami 1999/0-2001/2**  
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

