

Meldunek 8/A/03

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.08 do 15.08.2003 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/A		Dane skumulowane	
	1.08.03. do 15.08.03.	1.08.02. do 15.08.02.	1.01.03. do 15.08.03.	1.01.02. do 15.08.02.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	-	54	68
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	5
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1157	1210	9363	12085
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	5	2	51	62
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	109	198	2612	2926
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	158	93	6150	5332
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	492	519	11754	12835
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	361	352	6585	7687
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	1	21	11
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	61	61	1209	947
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	60	51	2426	3100
Zapalenie opon mózgowych: razem	84	100	964	953
w tym: meningokokowe (A39.0)	1	2	38	47
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	-	4	31	41
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	23	24	371	364
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	54	59	431	409
inne i nie określone (G03)	6	11	93	92
Zapalenie mózgu: razem	53	27	315	275
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	4	68	72
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	33	11	76	40
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	21	17
wirusowe, nie określone (A86)	10	5	92	99
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	5	58	46
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	2
Ospa wietrzna (B01)	920	884	72913	64185
Odra (B05)	-	-	54	26
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	137	434	9484	38705
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	-	7	89	250
typu B (B16; B18.0-B18.1)	55	58	1051	1193
typu C (B17.1; B18.2)	60	50	1252	1175
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	1	68	43
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	5	5	80	140
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1671	919	55546	26330
Włośnica (B75)	1	-	35	11
Świerzb (B86)	297	379	7733	8625
Grypa: ogółem (J10; J11)	40	9	1158658	155804
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1287	1471	11579	15375
w tym: salmonelozy (A02.0)	1152	1206	9313	12039
gronkowcowe (A05.0)	4	57	263	557
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	12	48	56
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	2
inne określone (A05.3-A05.8)	2	14	98	151
nie określone (A05.9)	129	182	1857	2570
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	5	6	13	20
w tym: grzybami (T62.0)	4	4	11	15
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	264	279	6440	5684
w tym: pestycydami (T60)	6	6	79	81
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	167	188	3273	3406
alkoholem (T51)	54	54	1143	1102
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	5	4	28	46

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.2003 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	5	-	-	1157	5	492	2	61	60	84	1	53	33
Dolnośląskie	1	-	-	104	1	48	-	4	6	5	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	2	-	-	80	-	23	-	5	8	3	-	4	-
Lubelskie	-	-	-	95	-	25	-	-	-	3	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	38	-	8	-	-	-	1	-	-	-
Łódzkie	1	-	-	64	-	18	1	6	-	6	1	-	-
Małopolskie	-	-	-	89	-	34	-	5	12	15	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	147	3	49	-	10	6	7	-	5	3
Opolskie	-	-	-	26	-	12	-	-	2	1	-	1	-
Podkarpackie	-	-	-	71	-	30	1	-	2	8	-	3	-
Podlaskie	-	-	-	46	-	26	-	7	1	6	-	13	12
Pomorskie	-	-	-	82	1	34	-	6	5	6	-	3	-
Śląskie	-	-	-	90	-	58	-	-	3	1	-	5	1
Świętokrzyskie	-	-	-	45	-	26	-	10	3	5	-	1	1
Warmińsko-Mazurskie	1	-	-	70	-	28	-	-	3	7	-	15	15
Wielkopolskie	-	-	-	60	-	58	-	7	6	3	-	3	1
Zachodniopomorskie	-	-	-	50	-	15	-	1	3	7	-	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	920	-	137	-	58	63	1671	1	297	40	1287	4	264
Dolnośląskie	74	-	5	-	4	10	272	-	9	-	111	-	11
Kujawsko-Pomorskie	46	-	6	-	6	3	122	-	25	-	89	-	17
Lubelskie	43	-	20	-	2	8	24	-	17	-	96	-	25
Lubuskie	23	-	8	-	1	1	96	-	4	-	45	-	17
Łódzkie	54	-	4	-	6	4	32	1	15	10	68	1	30
Małopolskie	70	-	7	-	3	3	151	-	22	-	95	-	26
Mazowieckie	76	-	11	-	6	3	51	-	18	4	146	-	5
Opolskie	25	-	1	-	-	1	25	-	10	-	26	-	4
Podkarpackie	24	-	5	-	6	1	92	-	17	-	70	2	25
Podlaskie	33	-	-	-	3	1	127	-	35	-	55	1	6
Pomorskie	96	-	11	-	9	3	283	-	9	-	103	-	11
Śląskie	130	-	14	-	3	6	135	-	53	-	132	-	16
Świętokrzyskie	43	-	8	-	7	9	36	-	34	-	60	-	43
Warmińsko-Mazurskie	33	-	17	-	-	-	75	-	16	-	71	-	8
Wielkopolskie	111	-	12	-	2	5	109	-	4	26	61	-	3
Zachodniopomorskie	39	-	8	-	-	5	41	-	9	-	59	-	17

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

(10)

ZAKAŻENIE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, CHOROBA INWAZYJNA**Opis kliniczny**

Streptococcus pneumoniae wywołuje wiele zespołów klinicznych zależnie od miejsca zakażenia (np. ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, bakteremia, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych).

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Streptococcus pneumoniae* z normalnie sterylnych miejsc (np. krew, płyn mózgowo-rdzeniowy lub, rzadziej, płyny: stawowy, opłucnowy lub osierdziowy).
- Wykrycie kwasu nukleinowego *S. pneumoniae* w normalnie sterylnym miejscu.

Dla przypadków prawdopodobnych:

- Wykrycie antygenu *S. pneumoniae* w normalnie sterylnym miejscu.

Klasyfikacja przypadków

Podjejrany: Obraz kliniczny bez potwierdzenia laboratoryjnego lub z identyfikacją z normalnie nie sterylnego miejsca.

Prawdopodobny: Obraz kliniczny z wykryciem antygenu.

Potwierdzony: Obraz kliniczny z potwierdzeniem laboratoryjnym.

ZESPÓŁ NABYTEGO UPOŚLEDZENIA ODPORNOŚCI (AIDS) I ZAKAŻENIE HIV**I. AIDS****Opis kliniczny**

Obejmuje wszystkie osoby zakażone wirusem upośledzenia odporności (HIV), u których występuje jakkolwiek z 28 stanów klinicznych wymienionych w europejskiej definicji przypadku AIDS w zastosowaniu do nadzoru epidemiologicznego (*European AIDS surveillance case definition*).

Kryteria rozpoznania

- I. Dorośli i młodzież: Europejska definicja AIDS z 1993 r. (*1993 European AIDS surveillance case definition*). *
- II. Dzieci w wieku < 13 lat: Poprawiona w 1995 roku europejska definicja przypadku AIDS w zastosowaniu do nadzoru epidemiologicznego nad dziećmi (*1995 revision of the European case definition for AIDS surveillance in children*). *

Klasyfikacja przypadków

Podjejrany: N.A.

Prawdopodobny: N.A.

Potwierdzony: Osoba spełniająca kryteria europejskiej definicji przypadku AIDS.

2. Zakażenie HIV**Opis kliniczny**

Rozpoznanie oparte na laboratoryjnych kryteriach zakażenia HIV lub na rozpoznaniu AIDS.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

I. Dorośli, młodzież i dzieci w wieku 18 miesięcy:

- Dodatni wynik testu przesiewowego na przeciwciała przeciw HIV potwierdzony innym testem na przeciwciała przeciw HIV.
- Wykrycie kwasu nukleinowego HIV (RNA lub DNA).
- Wykrycie HIV za pomocą testu na antygen p24 łącznie z oznaczaniem neutralizacji.
- Izolacja HIV za pomocą hodowli wirusa.

II. Dzieci < 18 miesięcy

- Dodatkowo wyniki w dwu oddzielnych oznaczeniach (z wyłączeniem krwi pępowinowej) jednego lub więcej spośród następujących testów wykrywających HIV:
 - Wykrycie kwasu nukleinowego HIV (RNA lub DNA).
 - Wykrycie HIV za pomocą testu na antygen p24 łącznie z oznaczaniem neutralizacji, u dziecka.
 - Izolacja HIV za pomocą hodowli wirusa.

Klasyfikacja przypadków

Podjejrany: N.A.

Prawdopodobny: N.A.

Potwierdzony: Osoba, u której zakażenie HIV jest potwierdzone laboratoryjnie lub spełniająca kryteria europejskiej definicji przypadku AIDS.

ŻÓŁTA GORĄCZKA**Opis kliniczny**

Choroba charakteryzująca się ostrym początkiem z wystąpieniem objawów typowych, po którym następuje krótka remisja, a następnie nawrót gorączki, zapalenie wątroby, albuminuria oraz w niektórych przypadkach niewydolność nerek, wstrząs i krwawienia z wielu miejsc.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie odpowiednio dużego wzrostu przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki u osoby nie szczepionej przeciw żółtej gorączce w ostatnim czasie, jeżeli reakcja krzyżowa z innymi flawiwirusami została wykluczona.
- Izolacja wirusa.
- Wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki.
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki.

Klasyfikacja przypadków

Podjejrany: N.A.

Prawdopodobny: Obraz kliniczny powiązany epidemiologicznie.

Potwierdzony: Obraz kliniczny potwierdzony laboratoryjnie.

* Obie definicje po ich ukazaniu się prezentowane były przez dr Wandę Szatę w "Meldunkach" oraz w "Przeglądzie Epidemiologicznym". Niżej zamieszczono przedruk tych materiałów.

tłumaczenie A. Zieliński

Załącznik do Meldunku 10/A/93

EUROPEJSKA DEFINICJA PRZYPADKU AIDS DO CELÓW NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

skorygowana w 1993 r.

(1993 European AIDS Surveillance Case Definition)

Wykaz chorób* wskazujących na AIDS

(List of Indicator Diseases)

Zakażenia oportunistyczne

1. Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające u dziecka w wieku poniżej 13 lat
2. Kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc
3. Kandydoza przełyku
4. Rozsiana lub pozapłucna kokcydiodomykoza
5. Pozapłucna kryptokokoza
6. Kryptosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
7. Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
8. Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii
9. *Herpes simplex*: przewlekłe owrzodzenia utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc lub przełyku u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia
10. Rozsiana lub pozapłucna histoplazmoza
11. Izosporidioza jelitowa z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc
12. *Mycobacterium avium complex* lub *M. kansasii*; zmiany rozsiane lub pozapłucne
13. *Mycobacterium tuberculosis*; zmiany w obrębie płuc u osoby dorosłej lub dorastającej (w wieku powyżej 13 lat)**
14. *Mycobacterium tuberculosis*; zmiany pozapłucne
15. *Mycobacterium* innych niż wymienione powyżej, lub nieokreślonych gatunków;

zmiany rozsiane lub pozapłucne

16. Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*
17. Nawracające zapalenie płuc**
18. Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia
19. Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju *Salmonella* (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome)
20. Toksoplazmoza mózgu u pacjenta w wieku powyżej 1 miesiąca życia

Inne choroby

21. Inwazyjny rak szyjki macicy**
22. Encefalopatia związana z zakażeniem HIV
23. Mięsak Kaposiego
24. Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc u dziecka w wieku do 13 lat
25. Chłoniak Burkitta (lub o nazwie równoznacznej)
26. Chłoniak immunoblastyczny (lub o nazwie równoznacznej)
27. Chłoniak pierwotny mózgu
28. Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV

* Wykaz oryginalny zawiera nie tylko nazwy chorób, lecz także zakażeń i drobnoustrojów. W tłumaczeniu polskim starano się zachować te nazwy. Zakładano przy tym, że wymienione drobnoustroje będą traktowane jako czynniki etiologiczne odpowiadających im zmian. Zmiany te wymieniono obok nazw drobnoustrojów i/lub poniżej opisano metody ich rozpoznawania.

** Wpisano na listę chorób wskazujących na AIDS w 1993 r.

Metody decydujące o rozpoznawaniu chorób* wskazujących na AIDS

Choroby*	Metody diagnostyczne
Zakażenia bakteryjne	Następujące zmiany patologiczne stwierdzone u dziecka w wieku poniżej 13 lat, mnogie lub nawracające (we wszystkich kombinacjach, przynajmniej dwie w dwuletnim okresie): posocznica, zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych, zakażenie kości lub stawów, ropień narządu wewnętrznego, lub ropniak jamy ciała (z wyłączeniem zapalenia ucha środkowego, ropni powierzchownych skóry lub śluzówki), spowodowane przez bakterie z rodzaju <i>Haemophilus</i> , gatunek <i>Streptococcus pneumoniae</i> bądź przez inne bakterie ropotwórcze, wykryte drogą hodowli lub odmiennymi metodami, swoistymi dla danego drobnoustroju, stwierdzone w wiarygodnych klinicznie próbkach
Kryptosporidioza Izosporidioza Mięsak Kaposiego Chłoniak Zapalenie płuc wywołane przez <i>Pneumocystis carinii</i> Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc lub rozrost (u dziecka do 13 lat) Toksoplazmoza Inwazyjny rak szyjki macicy	Badanie mikroskopowe (histologiczne lub cytologiczne)
Kandydoza	Oglądanie w badaniu endoskopowym lub na sekcji bądź badanie mikroskopowe (histologiczne lub cytologiczne) próbki uzyskanej bezpośrednio z zajętych tkanek (włącznie z fragmentami zeszkobanymi z powierzchni błon śluzowych), lecz nie z hodowli
Kokcydiodomykoza Kryptokokoza Wirus cytomegalii Wirus <i>herpes simplex</i> Histoplazmoza	Badanie mikroskopowe (histologiczne bądź cytologiczne), hodowla lub wykrycie antygeny w próbce uzyskanej bezpośrednio z tkanek objętych zmianami lub w płynie z tych tkanek
Gruźlica Choroby wywołane innymi prątkami z rodzaju <i>Mycobacterium</i> Salmonelloza	Hodowla

Encefalopatia (demencja) związana z zakażeniem HIV	Dane kliniczne wskazujące na zaburzenia percepcji lub zaburzenia ruchowe, utrudniające aktywność zawodową lub czynności dnia codziennego, postępujące w ciągu tygodni lub miesięcy, wobec braku współistniejącej choroby bądź czynnika innego niż zakażenie HIV, który mógłby tłumaczyć te objawy. Metody zastosowane do wyłączenia takich chorób lub czynników, powinny obejmować badanie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz badanie mózgu (tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy lub badanie sekcyjne).
Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV	Znaczny, nie spowodowany umyślnie ubytek masy ciała (powyżej 10% początkowej masy ciała) oraz przewlekła biegunka (przynajmniej dwa luźne stolce dziennie przez 30 lub więcej dni), lub przewlekłe osłabienie i udokumentowana gorączka (przerywana lub stała, utrzymująca się przez 30 lub więcej dni), wobec braku współistniejącej choroby lub czynnika innego niż zakażenie HIV, który mógłby tłumaczyć te objawy (np rak, gruźlica, kryptosporidioza lub inne swoiste zapalenie jelit)
Nawracające zapalenie płuc	Nawracające (2 lub więcej epizodów w ciągu 12 miesięcy), ostre zapalenie płuc (nowy, dodatni wynik badania rentgenowskiego, które między epizodami nie wykazywało zmian), rozpoznane na podstawie: a. Radiologicznych objawów zapalenia płuc oraz b. Wyników hodowli (lub przy pomocy innych metod swoistych dla danego drobnoustroju) uzyskanych z klinicznie wiarygodnych próbek, jeśli chodzi o czynnik chorobotwórczy, który jest typową przyczyną zapalenia płuc (inny niż <i>Pneumocystis carinii</i> lub <i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Przypadki, w których w jednym z epizodów zapalenia płuc brak jest laboratoryjnego potwierdzenia czynnika przyczynowego, będą traktowane jako rozpoznane z uwzględnieniem przybliżonych kryteriów.

Wtyczne sugerowane w rozpoznawaniu chorób* wskazujących na AIDS - z uwzględnieniem przybliżonych kryteriów

Choroby*	Przybliżone kryteria diagnostyczne
Kandydoza przełyku	a. Od niedawna odczuwany ból za mostkiem (przy przełykaniu) oraz b. Kandydoza jamy ustnej rozpoznana na podstawie obecności białych plam lub blaszek na podłożu rumieniowym bądź na podstawie obrazu mikroskopowego nici grzybni, obecnych w próbce pobranej z błony śluzowej jamy ustnej, bez uprzedniej hodowli
Zapalenie siatkówki wywołane przez wirus cytomegalii	Charakterystyczny obraz w kolejnych badaniach oftalmoskopowych (np. dyskretne, ostro ograniczone zbielenia, rozprzestrzeniające się odśrodkowo wzdłuż naczyń krwionośnych, narastające przez wiele miesięcy i często występujące łącznie z zapaleniem naczyń siatkówki, wybroczynami i martwicą). Zejściem procesu chorobowego jest zbliznowienie siatkówki i zanik z pozostawieniem plamkowego przebarwienia nabłonka.
Choroby wywołane prątkami z rodzaju <i>Mycobacterium</i>	Badanie mikroskopowe próbek kału lub płynów ustrojowych (które w prawidłowych warunkach są jałowe) lub tkanki z miejsca innego niż płuca, skóra, węzły chłonne szyi lub węzły płuca, wykazujące obecność prątków kwasoopornych gatunku nie zidentyfikowanego przy pomocy hodowli
Mięsak Kaposiego	Charakterystyczny obraz makroskopowy rumieniowych lub fioletowo podbarwionych zmian grudkowatych w skórze lub błonie śluzowej. (Uwaga: klinicyści, którzy widzieli niewiele przypadków mięsaka Kaposiego nie powinni podejmować się nawet przybliżonego rozpoznania tej zmiany).
Limfoidalne śródmiąższowe zapalenie płuc i/lub limfoidalny rozrost w obrębie płuc	Wykryte u dziecka w wieku poniżej 13 lat obustronne, siateczkowo-guzkowe, śródmiąższowe nacieki w tkance płucnej, utrzymujące się na rentgenogramach ponad 2 miesiące, wobec ujemnych wyników badań, wykonanych w celu zidentyfikowania patogenu i wobec braku skuteczności leczenia antybiotykami
Zapalenie płuc wywołane przez <i>Pneumocystis carinii</i>	a. W wywiadzie - duszność wysiłkowa lub suchy kaszel w ciągu ostatnich 3 miesięcy oraz b. Rozległe, obustronne nacieki śródmiąższowe na rentgenogramie lub wynik badania scyntygraficznego płuc, wskazujący na rozległe, obustronne zajęcie płuc oraz c. Hypoksemia krwi tętniczej - pO ₂ poniżej 9,3 kPa (70 mm Hg) lub zmniejszona pojemność dyfuzyjna płuc (poniżej 80% normy) lub zwiększenie pęcherzykowo-tętniczego gradientu tlenu oraz d. Brak dowodów bakteryjnego zapalenia płuc
Nawracające zapalenie płuc	Nawracające (2 lub więcej epizodów w ciągu 12 miesięcy), ostre zapalenie płuc (nowy, dodatni wynik badania rentgenowskiego, które między epizodami nie wykazywało zmian), rozpoznane na podstawie objawów klinicznych lub radiologicznych
Toksoplazmoza mózgu	a. Świeże, ogniskowe zaburzenia neurologiczne, wskazujące na zmiany w obrębie czaszki lub upośledzenie świadomości oraz b. Dowód istnienia zmiany w mózgu, wywierającej efekt masy (tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy) lub stwierdzonej na podstawie obrazu radiologicznego po podaniu środka kontrastującego oraz c. Obecność przeciwciał toksoplazmowych lub korzystny wynik leczenia typowego dla toksoplazmozy
Gruźlica płuc	Gruźlica płuc (objawy kliniczne i radiologiczne)

Na podstawie materiałów otrzymanych z European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (WHO - EC Collaborating Centre on AIDS) do końca września 1993 r., z uwzględnieniem wskazówek p.t. "Postępowanie zapobiegawcze, diagnostyczne i lecznicze w przypadku zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS" PZWL,

Warszawa, 1989 r. oraz po konsultacjach w Państwowym Zakładzie Higieny i w Instytucie Gruźlicy (dr med. Ireneusz Szczuka).

dr Wanda Szata, Zakład Epidemiologii PZH

Załącznik do Meldunku 3/B/94**UZUPEŁNIENIE WYKAZU CHOROÓB WSKAZUJĄCYCH NA AIDS**

W materiałach z European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, otrzymanych przez Zakład Epidemiologii PZH do końca września 1993 r., wykaz chorób wskazujących na AIDS EUROPEJSKIEJ DEFINICJI PRZYPADKU AIDS DO CELÓW NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO, SKORYGOWANEJ W 1993 R., zawierał dwie części:

A. Zakażenia oportunistyczne (20 pozycji)

B. Inne choroby (8 pozycji)

Definicję tę Zakład szeroko udostępnił w wersji polskiej, jako załącznik do meldunku 10/A/93.

Dnia 21 marca br. z European Centre for the Epidemiological Monitoring of

AIDS przekazano Zakładowi wykaz chorób wskazujących na AIDS, uzupełniony na potrzeby tejże definicji. Zawiera on dodatkowy akapit o następującej treści:

C. Choroba wskazująca na AIDS, o której dane są niepełne (do wykorzystania tylko wówczas, jeśli brak szczegółowych informacji)

30. Zakażenia oportunistyczne, bliżej nieokreślone

31. Chłoniak, bliżej nie określony

Ponadto w pozycji 13 wiek pacjenta określono na *13 lub więcej lat*, zamiast dotychczasowego: *powyżej 13 lat*.

dr Wanda Szata, Zakład Epidemiologii PZH

Przeł Epidemiol 1996;50:387-94**EUROPEJSKA DEFINICJA PRZYPADKU AIDS U DZIECI* DO CELÓW NADZORU, SKORYGOWANA W 1995 R.**

Przedstawiona poniżej Europejska definicja przypadku do celów nadzoru nad zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) u dzieci uwzględnia korektę z 1987 r. definicji AIDS opracowanej przez CDC/WHO i obejmuje zmiany zgodne z klasyfikacją zakażenia dzieci ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV), skorygowaną przez CDC w 1994 r.

Europejską definicję przygotowano w European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS w następstwie decyzji podjętej przez reprezentantów poszczególnych krajów do spraw nadzoru i pediatrów-ekspertów w zakresie zakażeń HIV i AIDS. Podstawowe modyfikacje dotyczą rozpoznania zakażenia HIV (Załącznik 1) oraz encefalopatii związanej z zakażeniem HIV i zespołu wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV (Załącznik 2).

Do celów nadzoru, przypadek AIDS u dziecka określono jako chorobę charakteryzującą się występowaniem jednej lub większej liczby niżej wymienionych chorób wskaźnikowych, zależnie od posiadanych laboratoryjnych dowodów zakażenia HIV.

* w wieku poniżej 13 lat (na Białorusi, we Francji i w Wielkiej Brytanii - poniżej 15 lat)

I. Bez dowodów laboratoryjnych zakażenia HIV

Jeśli nie wykonano badań laboratoryjnych w kierunku zakażenia HIV lub w badaniach tych uzyskano wyniki nieprzekonywujące (Załącznik 1) i nie stwierdzono żadnej innej przyczyny upośledzenia odporności wymienionej poniżej w części I.A., wówczas każda choroba wymieniona w części I.B. wskazuje na AIDS, jeśli rozpoznano ją metodą rozstrzygającą (Załącznik 2).

A. Przyczyny upośledzenia odporności, które pozwalają wyłączyć choroby jako wskazujące na AIDS, przy braku laboratoryjnych dowodów zakażenia HIV.

1. Leczenie dużymi dawkami lub długotrwałe leczenie kortykosteroidami lub innymi środkami o działaniu immunosupresyjnym (cytotoksycznym) w okresie do 3 miesięcy przed wystąpieniem choroby wskaźnikowej.
2. Każda z następujących chorób wykryta w ciągu 3 miesięcy po rozpoznaniu choroby wskaźnikowej: choroba *Hodgkina*, chłoniak typu nie - *Hodgkina* (z wyjątkiem pierwotnego chłoniaka mózgu), białaczka limfatyczna, szpiczak mnogoci, wszystkie inne nowotwory wywodzące się z tkanki limforetikularnej i histiocytów oraz limfadenopatia angioimmunoblastyczna.
3. Genetycznie uwarunkowany (wrodzony) zespół upośledzenia odporności lub stan nabytego upośledzenia odporności nietypowy dla zakażenia HIV, np. przebiegający z hipogammaglobulinemią.
4. Narażenie na nienormalny poziom promieniowania.

B. Choroby wskaźnikowe rozpoznane metodą rozstrzygającą (Załącznik 2).

1. Kandydoza przełyku, tchawicy, oskrzeli lub płuc.
2. Pozapłucna kryptokokoza.
3. Kryptosporidioza z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc.
4. Choroba wywołana wirusem cytomegalii (poza dotyczącą wątroby, śledziony lub węzłów chłonnych) u dziecka powyżej 1 miesiąca życia.
5. Zakażenie wirusem opryszczki wywołujące owrodzenie błon śluzowych i skóry, utrzymujące się dłużej niż miesiąc bądź zapalenie oskrzeli, płuc lub prze-

łyku o dowolnym czasie trwania, u dziecka powyżej 1 miesiąca życia.

6. Mięsak *Kaposiego*.
7. Pierwotny chłoniak mózgu.
8. Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc lub limfoidalny rozplam w płucach (kompleks LIP/PLM).
9. Zmiany rozsiane wywołane przez *Mycobacterium avium complex* lub choroba wywołana *M. kansasii* (w miejscu innym niż płuca, skóra oraz węzły chłonne szyjne lub wnek płuc lub również i w nich).
10. Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*.
11. Postępująca, wieloogniskowa leukoencefalopatia.
12. Toksoplazmoza mózgu u dziecka powyżej 1 miesiąca życia.

II. Z dowodami laboratoryjnego zakażenia HIV

Niezależnie od istnienia innych przyczyn upośledzenia odporności (część I.A.), jeśli są laboratoryjne dowody zakażenia HIV (Załącznik 1 - paragraf A), każda choroba wymieniona powyżej (I.B.) lub poniżej (II.A. lub II.B.) uzasadnia rozpoznanie AIDS.

A. Choroby wskaźnikowe rozpoznane metodą rozstrzygającą (Załącznik 2).

1. Zakażenia bakteryjne, liczne lub nawracające (we wszystkich kombinacjach, przynajmniej dwa zakażenia w okresie dwuletnim, potwierdzone hodowlą): posocznica, zapalenie płuc, zapalenie opon, kości lub stawów, ropień narządu wewnętrznego lub ropniak jamy ciała (z wyłączeniem zapalenia ucha środkowego, ropni powierzchownych skóry lub śluzówki i zakażeń wywołanych drobnoustrojami kolonizującymi cewniki).
2. Rozsiana kokcydiodomykoza (w miejscu innym niż płuca, węzły chłonne szyjne lub wnek płuc lub również i w nich).
3. Encefalopatia związana z zakażeniem HIV.
4. Rozsiana histoplazmoza (w miejscu innym niż płuca, węzły chłonne szyjne lub wnek płuc lub również i w nich).
5. Izosporidioza z biegunką trwającą dłużej niż miesiąc.
6. Chłoniak z małych, nieróżnicowanych komórek (*Burkitta*) lub immunoblastyczny lub chłoniak B z dużych komórek bądź o nieokreślonym fenotypie immunoblastycznym.
7. Każda rozsiana mykobakterioza wywołana przez *Mycobacterium* innych gatunków niż *Mycobacterium tuberculosis* (w miejscu innym niż płuca, węzły chłonne szyjne lub wnek płuc lub również i w nich).
8. *Mycobacterium tuberculosis*, zmiany rozsiane lub pozapłucne.
9. Nawracająca posocznica wywołana przez bakterie z rodzaju *Salmonella* (poza wywołującymi dur brzuszny i dury rzekome).
10. Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV.

B. Choroby wskaźnikowe rozpoznane z uwzględnieniem przybliżonych kryteriów (metodami innymi niż wymienione w Załączniku 2).

Uwaga: Jeśli uznaje się zagrożenie chorobami wskaźnikowymi AIDS, ważne jest ich rozpoznanie metodami rozstrzygającymi (Załącznik 2) szczególnie wówczas, gdy leczenie mogłoby wywołać poważne objawy niepożądane lub gdy rozpoznanie rozstrzygające jest niezbędne do zastosowania leczenia przeciwwirusowego. Niemniej jednak, w niektórych przypadkach stan pacjenta nie pozwala na przepro-

wadzenie rozstrzygających badań. W innych przypadkach, przyjętym postępowaniem praktycznym może być postawienie rozpoznania przypuszczalnego na podstawie charakterystycznych odchyleń w badaniach laboratoryjnych i klinicznych. Zalecenia do rozpoznania z uwzględnieniem przybliżonych kryteriów podano w Załączniku 3.

1. Kandydoza przełyku.
2. Zapalenie siatkówki (z upośledzeniem widzenia) wywołane przez wirus cytomegalii.
3. Mięsak *Kaposiego*.
4. Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc lub limfoidalny rozplam w płucach (kompleks LIP/PLM).
5. Rozsiana mykobakterioza (wywołana przez pałeczki kwasooporne, gatunków nie określonych w hodowli, występująca w przynajmniej jednym miejscu innym niż płuca, skóra oraz węzły chłonne szyjne lub węzeł płuc lub również i w nich).
6. Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*.
7. Toksoplazmoza mózgu u dziecka w wieku powyżej 1 miesiąca.

III. Z wynikami laboratoryjnymi przemawiającymi przeciw zakażeniu HIV

W przypadku ujemnych wyników badań laboratoryjnych w kierunku zakażenia HIV (EIA lub inny test, jeśli został przeprowadzony) rozpoznanie AIDS dla celów nadzoru jest wykluczone, chyba że:

- A. Wyłączono wszystkie inne przyczyny upośledzenia odporności wymienione powyżej w części I.A.; ponadto
- B. U dziecka stwierdzono albo:
 1. Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii* rozpoznane metodą rozstrzygającą (Załącznik 2) lub
 2. a) którąkolwiek z chorób wskaźnikowych wymienionych powyżej w części I.B. rozpoznanych metodą rozstrzygającą (Załącznik 2) oraz
b) dowód upośledzenia odporności przy wykorzystaniu właściwych dla wieku standardów komórek CD4 (wg skorygowanej w 1994 r. klasyfikacji zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności u dzieci poniżej 13 lat).

Załącznik 1

Rozpoznanie zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) u dzieci

- A. Dziecko zakażone HIV
 1. Dziecko w wieku poniżej 18 miesięcy, o którym wiadomo, że jest serologicznie dodatnie lub urodzone przez matkę zakażoną HIV i
 - ma dodatnie wyniki dwu odrębnych oznaczeń (poza oznaczeniami z krwi pępowinowej) jednego lub więcej następujących testów wykrywających HIV:
 - hodowla,
 - polimerazowa reakcja łańcuchowa,
 - antygen p24
 - lub
 - spełnia kryteria rozpoznania zespołu nabytego upośledzenia odporności określone w niniejszej definicji przypadku AIDS do celów nadzoru.
 2. Dziecko w wieku co najmniej 18 miesięcy urodzone przez matkę zakażoną HIV lub dziecko zakażone przez krew, produkty krwiopochodne lub inną drogą (np. kontaktu seksualnego) gdy
 - stwierdzono przeciwciała anti-HIV na podstawie powtarzalnie dodatniego testu EIA i testu potwierdzającego obecność przeciwciał anti-HIV lub
 - spełnia jakiegokolwiek kryteria powyższego paragrafu 1.
- B. Dziecko narażone okołoporodowo - rozpoznanie zakażenia nieustalone.
Dziecko, które nie spełnia kryterium wymienionego powyżej i
 - jest serologicznie dodatnie na podstawie wyniku EIA i testu potwierdzającego obecność przeciwciał anti-HIV, a w chwili badania ma poniżej 18 miesięcy lub
 - stan serologiczny dziecka jest nieznanym lecz zostało urodzone przez matkę zakażoną HIV.
- C. Dziecko narażone okołoporodowo-serologicznie ujemne lecz uprzednio serologicznie dodatnie (ang. seroreverter)
Dziecko urodzone przez matkę zakażoną HIV, u którego
 - udokumentowano, że nie posiada przeciwciał anti-HIV (tzn. uzyskano dwa lub więcej ujemne wyniki EIA w testach przeprowadzonych w wieku od 6 do 18 miesięcy lub jeden ujemny wynik testu EIA po 18 miesiącach życia) oraz
 - nie ma żadnego innego dowodu zakażenia (nie ma dwu dodatnich wyników testów wykrywających wirus, jeśli je przeprowadzono) oraz
 - nie stwierdzono choroby wskaźnikowej AIDS.

Załącznik 2

Rozstrzygające metody rozpoznawania chorób wskazujących na AIDS u dzieci

Choroba	Rozstrzygająca metoda diagnostyczna
Kryptosporydioza Izosporydioza Mięsak Kaposiego Chłoniak Śródmiąższowe limfoidalne zapalenie płuc Zapalenie płuc wywołane przez <i>Pneumocystis carinii</i> Postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia Toksoplazmoza mózgu	Badanie mikroskopowe (histologiczne lub cytologiczne)
Kandydoza	Oglądanie w badaniu endoskopowym lub na sekcji bądź badanie mikroskopowe (histologiczne lub cytologiczne) próbki uzyskanej bezpośrednio z zajętych tkanek (włącznie z fragmentami zeszkobanymi z powierzchni błon śluzowych), lecz nie z hodowli
Kokcydiodomykoza Kryptokokoza Wirus cytomegalii Wirus opryszczki Histoplazmoza	Badanie mikroskopowe (histologiczne lub cytologiczne), hodowla lub wykrywanie antygeny w próbce uzyskanej bezpośrednio z tkanek objętych zmianami lub w płynie z tych tkanek
Gruźlica Inne mykobakteriozy Salmonelozы Inne zakażenia bakteryjne	Hodowla

Encefalopatia związana z zakażeniem HIV	Przynajmniej jeden z niżej wymienionych zespołów objawów stwierdzanych w ciągu 2 miesięcy, wobec braku innej choroby niż zakażenie HIV, która mogłaby tłumaczyć te objawy: - zahamowanie rozwoju lub brak określonych etapów rozwojowych, bądź utrata zdolności intelektualnych, zweryfikowana przy pomocy standardowych testów rozwojowych lub neuropsychologicznych, - upośledzony rozwój mózgu lub nabyta mikrocefalia udokumentowana na podstawie pomiarów obwodu głowy bądź zanik mózgu stwierdzony na podstawie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (u dzieci poniżej 2 lat wymagana jest seria badań), - nabyty, symetryczny ubytek czynności motorycznych w postaci dwu lub więcej zespołów objawów: niedowład, patologiczne odruchy, ataksja lub zaburzenia chodu.
Zespół wyniszczenia w przebiegu zakażenia HIV	Przynajmniej jedno z następujących rozpoznań postawionych przy braku innej choroby niż zakażenie HIV, która mogłaby tłumaczyć to zjawisko: - trwały ubytek masy ciała - ponad 10% masy należnej - spadek do niższego pasma centylowego (95, 75, 50, 25, 5) w przyjętych w kraju siatkach centylowych dla zależności masy ciała od wieku - u dziecka w wieku poniżej 1 roku - utrzymywanie się dwu kolejnych wyników pomiarów, dokonanych w odstępie co najmniej 30 dni, poniżej 5 centyla w przyjętych w kraju siatkach centylowych dla zależności masy i wysokości ciała i albo: - przewlekła biegunka (tzn. przynajmniej dwa luźne stolce dziennie, w ciągu co najmniej 30 dni) albo - udokumentowana gorączka (w ciągu co najmniej 30 dni, przerywana lub stała).

Załącznik 3

Wytyczne sugerowane w rozpoznawaniu chorób wskazujących na AIDS z uwzględnieniem przybliżonych kryteriów

Choroba	Przybliżone kryteria diagnostyczne
Kandydoza przełyku	- Od niedawna odczuwany ból za mostkiem (przy przełykaniu), oraz - Kandydoza jamy ustnej rozpoznana na podstawie obecności białych plam lub blaszek na podłożu rumieniowym bądź na podstawie obrazu mikroskopowego nici grzybni, obecnych w próbce pobranej z błony śluzowej jamy ustnej, bądź uprzedniej hodowli.
Zapalenie siatkówki wywołane przez wirus cytomegalii	Charakterystyczny obraz w kolejnych badaniach oftalmoskopowych (np. dyskretne, ostro odgraniczone zbieżenia, rozprzestrzeniające się odśrodkowo wzdłuż naczyń krwionośnych, narastające przez wiele miesięcy i często występujące łącznie z zapaleniem naczyń siatkówki, wybroczynami i martwicą). Zejsciem procesu chorobowego jest zbliznowacenie siatkówki i zanik z pozostawieniem plamkowego przebarwienia nabłonka.
Mycobakteriozy	Badanie mikroskopowe próbek kału lub płynów ustrojowych (które w prawidłowych warunkach są jałowe) lub tkanki z miejsca innego niż płuca, skóra, węzły chłonne szyi lub wnętrza płuca, wykazujące obecność prątków kwasoopornych gatunku nie zidentyfikowanego za pomocą hodowli.
Mięsak <i>Kaposiego</i>	Charakterystyczny obraz makroskopowy rumieniowych lub fioletowo podbarwionych zmian grudkowatych w skórze lub błonie śluzowej (Klinicyści, którzy widzieli niewiele przypadków mięsaka <i>Kaposiego</i> , nie powinni podejmować się nawet przybliżonego rozpoznania tej zmiany).
Limfoidalne śródmiąższowe zapalenie płuc i/lub limfoidalny rozrost w obrębie płuc	Obustronne, siateczkowo-guzkowe, śródmiąższowe nacieki w tkance płucnej, utrzymujące się na rentgenogramach co najmniej 2 miesiące, wobec ujemnych wyników badań, wykonanych w celu zidentyfikowania patogenu i wobec braku skuteczności leczenia antybiotykami.
Zapalenie płuc wywołane przez <i>Pneumocystis carinii</i>	- W wywiadzie - duszność wysiłkowa lub suchy kaszel w ciągu ostatnich 3 miesięcy oraz - Rozległe, obustronne nacieki śródmiąższowe na rentgenogramie lub wynik badania scyntygraficznego płuc wskazujący na rozległe, obustronne zajęcie płuc oraz - Hipoksemia krwi tętniczej - pO_2 poniżej 9,3 kPa (70 mm Hg) lub zmniejszona pojemność dyfuzyjna płuc (poniżej 80% normy) lub zwiększenie pęcherzykowo-tętniczego gradientu tlenu oraz - Brak dowodów bakteryjnego zapalenia płuc
Toksooplazmoza mózgu	Świeże, ogniskowe zaburzenia neurologiczne, wskazujące na zmiany w obrębie czaszki lub upośledzenie świadomości oraz - Dowód istnienia zmiany w mózgu, wywierającej efekt masy (tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy) lub stwierdzonej na podstawie obrazu radiologicznego po podaniu środka kontrastującego oraz - Obecność przeciwciał toksoplazmowych lub korzystny wynik leczenia typowego dla toksoplazmozy.

Opracowanie przygotowano na podstawie: HIV/AIDS Surveillance in Europe. Fourth Quarterly Report 1995, no 48, 46-51, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Saint Maurice, z uwzględnieniem wskazówek pt. "Postępowanie zapobiegawcze, diagnostyczne i lecznicze w przypadku zakażenia HIV lub zachoro-

wania na AIDS", PZWL, Warszawa, 1989 oraz pozycji: Europejska definicja przypadku AIDS do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowana w 1993 r. Medycyna na Świecie, 1994, 3, 48-9

dr Wanda Szata, Zakład Epidemiologii PZH