

Definicje przypadków chorób zakaźnych

**na potrzeby
nadzoru epidemiologicznego**

SPIS TREŚCI

OGÓLNE ZASADY STOSOWANIA DEFINICJI PRZYPADKÓW	I
BĄBŁOWICA (ECHINOKOKOZA)	1
BŁONICA	2
BORELIOZA Z LYME	3
BOTULIZM	5
BRUCELOZA	6
CHOLERA	7
CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA (CJD)	8
CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA - WARIANT (vCJD)	9
CHOROBA MENINGOKOKOWA	10
CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu B, INWAZYJNA	11
CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, INWAZYJNA	12
CZERWONKA BAKTERYJNA (SZIGELOZA)	13
DUR BRZUSZNY I DURY RZEKOME	14
DŻUMA	15
GORĄCZKA DENGGA	16
GORĄCZKA Q	17
GRYPA	18
JERSINIOZA	19
KAMPYLOBAKTERIOZA	20
KRYPTOSPORIDIOZA	21
KRZTUSIEC	22
LAMBLIOZA (GIARDIOZA)	23
LEGIONELOZA	24
LEPTOSPIROZA	26
LISTERIOZA	27
MALARIA	28
MONONUKLEOZA ZAKAŻNA	29
NOSACIZNA	30
ODRA	31
OSPA PRAWDZIWA	32
PŁONICA (SZKARLATYNA)	33

SPIS TREŚCI

POLIOMYELITIS	34
Wywołane dzikim szczepem poliovirusa	34
Wywołane krążącym szczepem poliovirusa pochodzenia szczepionkowego (cVDPV).....	34
Poszczepienne, postać porażenna (VAPP).....	35
RÓŻYCA	37
RÓŻYCZKA	38
SALMONELOZA	39
SALMONELOZA POZAJELITOWA.....	40
ŚWINKA	41
TEŻEC	42
TOKSOPLAZMOZA.....	43
TRĄD	44
TULAREMIA	45
WĄGLIK	46
WIRUSOWE GORĄCZKI KRWOTOCZNE (VHF).....	48
Gorączka Ebola/Marburg	48
Gorączka Lassa.....	48
Krymsko-Kongijska gorączka krwotoczna	49
WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE.....	50
WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY.....	51
Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu A.....	51
Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B.....	51
Zapalenie wątroby typu C	52
WŁOŚNICA (TRICHINOZA).....	53
WŚCIEKLIZNA	54
ZAKAŻENIE ENTEROKRWOTOCZNĄ ESCHERICHIA COLI (EHEC).....	55
ZAKAŻENIE JELITOWE WYWOŁANE BIEGUNKOTWÓRCZĄ ESCHERICHIA COLI.....	56
ZESPÓŁ HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWY W PRZEBIEGU ZAKAŻENIA E. COLI (HUS).....	57
ZESPÓŁ NABYTEGO UPOŚLEDZENIA ODPORNOŚCI (AIDS) I ZAKAŻENIE HIV.....	58
AIDS.....	58
Zakażenie HIV	59
ZESPÓŁ RÓŻYCZKI WRODZONEJ.....	60
ŻÓŁTA GORĄCZKA.....	61

OGÓLNE ZASADY STOSOWANIA DEFINICJI PRZYPADKÓW

Definicje przypadków zachorowań na choroby zakaźne podane w tym dokumencie mają na celu ujednoczenie zgłaszalności i zapewnienie porównywalności danych zbieranych w ramach nadzoru epidemiologicznego w Polsce oraz we Wspólnocie Europejskiej. Stosowanie tych definicji dotyczy przede wszystkim klasyfikowania i rejestracji zachorowań przez stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz sporządzania przez te placówki oficjalnych sprawozdań, takich jak np. "Dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach" (formularz MZ-56).

- W rutynowym nadzorze epidemiologicznym nad chorobami zakaźnymi w Polsce stosuje się trzy rodzaje definicji:
 - standardowe definicje Unii Europejskiej (UE),
 - definicje Unii Europejskiej przystosowane do potrzeb nadzoru w Polsce (UE^{PL}),
 - definicje polskie - w przypadku braku definicji w obowiązującej w ramach Wspólnoty (PL).
- Choroby nie uwzględnione w tym dokumencie rejestrowane są i wykazywane w sprawozdaniach bez stosowania definicji przypadków.
- W definicjach przyjęto trójstopniowy system kwalifikowania przypadków z następującymi poziomami rozpoznania:
 - przypadek możliwy: obraz kliniczny wskazujący na rozpoznawaną chorobę bez spełnienia kryteriów przypadku potwierdzonego lub prawdopodobnego,
 - przypadek prawdopodobny: typowy obraz kliniczny lub przypadek powiązany epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym,
 - przypadek potwierdzony: rozpoznanie na podstawie wyników badań laboratoryjnych.
- Kwalifikacja w ramach wymienionych trzech poziomów zależy od cech epidemiologicznych poszczególnych chorób.
- Opis kliniczny przedstawia ogólny obraz choroby i nie musi koniecznie wskazywać wszystkich cech potrzebnych do klinicznego rozpoznania tej choroby. Wymienione objawy podane są jedynie w charakterze wskazówki i nie są wyczerpujące.
- Dla większości przypadków wymieniono szereg "kryteriów rozpoznania laboratoryjnego". Jeśli definicja wyraźnie nie stanowi inaczej, tylko jedno z nich jest wymagane do potwierdzenia przypadku.
- Laboratoryjne kryteria rozpoznania mogą być spełnione przy zastosowaniu różnych testów. Jednakże, gdy definicja podaje konkretną metodę badania, zaleca się stosowanie tej metody.
- Przypadek "powiązany epidemiologicznie" stanowi osoba, która była narażona poprzez kontakt z przypadkiem potwierdzonym, lub była narażona w ten sam sposób, co przypadek potwierdzony (np. jadła te same potrawy, przebywała w tym samym hotelu itp.).

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający bąbłowicy, która może przebiegać z obecnością różnych objawów lub zespołów objawów, zależnie od wielkości i umiejscowienia cysty.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Rozpoznanie histopatologiczne.
- Rozpoznanie na podstawie badań obrazowych w połączeniu z testami serologicznymi (np. hemaglutynacja bierna, immunodyfuzja, immunobloting).

Klasyfikacja przypadków

Możliwy: NIE DOTYCZY

Prawdopodobny: NIE DOTYCZY

Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający błonicy dróg oddechowych, tj. chorobie górnych dróg oddechowych z przylegającą do podłoża błoną na migdałkach, w gardle lub nosie, w połączeniu z bólem gardła i niewysoką gorączką; **ALBO** błonicy poza-oddechowej, tj. chorobie charakteryzującej się wystąpieniem owrzodzeń skóry, spojówek, uszu, narządów płciowych lub innych owrzodzeń.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja maczugowca wytwarzającego toksynę błoniczą (zwykle *Corynebacterium diphtheriae* lub *C. ulcerans*) z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadku ¹⁾

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne z przypadkiem potwierdzonym laboratoryjnie.

Uwaga: Zgłaszaniu podlegają przypadki zarówno błonicy dróg oddechowych, jak i poza-oddechowej, potwierdzone izolacją toksynogennego szczepu maczugowca, a także wykryte przypadki nosicielstwa toksynogennych szczepów. Zachorowania, przy których wyizolowano szczepy *C. diphtheriae* lub *C. ulcerans* nie wytwarzające toksyny, nie podlegają zgłaszaniu.

¹⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce pominięto kategorię "bezobjawowy nosiciel". Bezobjawowe nosicielstwo szczepu toksynogennego rejestruje się jako odrębne zdarzenie i wykazuje w wydzielonej pozycji sprawozdania MZ-56.

Opis kliniczny

Układowa choroba bakteryjna, dzieląca się na fazę wczesną oraz późną.

- Faza wczesna - rumień wędrujący
- Faza późna - jedna lub więcej z poniższych postaci klinicznych:
 - Borelioza układu kostno-stawowego - nawracające epizody zapalenia dużych stawów z obrzękiem, rzadko przechodzące w przewlekłe zapalenie stawów.
 - Neuroborelioza - limfocytarne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub zapalenie nerwów czaszkowych, zwłaszcza twarzowego i/lub zapalenie wielokorzeniowe, rzadko zapalenie mózgu i rdzenia.
 - Borelioza układu krążenia - blok przedsionkowo-komorowy II lub III stopnia, rzadko z towarzyszącym zapaleniem mięśnia sercowego.
 - Lymphocytoma
 - Zanikowe zapalenie skóry (*acrodermatitis chronica atrophicans* - ACA)

Uwaga: Następujące zespoły objawów NIE SĄ uznawane za kliniczne kryteria rozpoznania boreliozy do celów epidemiologicznych: przewlekłe zapalenia stawów nie poprzedzone nawracającymi epizodami obrzęków stawowych, izolowane bóle mięśniowo-stawowe, izolowane zaburzenia rytmu inne niż blok II i III stopnia oraz zapalenie mięśnia sercowego.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja krętków *Borrelia sp.* z hodowli materiału klinicznego.

DLA BORELIOZY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I ACA:

- Wysokie miano swoistych przeciwciał IgG.

DLA NEUROBORELIOZY:

- Wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
- Znamienny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy.

DLA BORELIOZY UKŁADU KRAŻENIA ORAZ LYMPHOCYTOMA:

- Znamienny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy.

Uwaga: Zaleca się potwierdzenie przeciwciał wykrytych metodami immunoenzymatycznymi za pomocą metody Western-blot.

Klasyfikacja przypadków

- Możliwy: NIE DOTYCZY
- Prawdopodobny: Obraz kliniczny późnej fazy zgodny z opisem **ORAZ** wykluczenie innych przyczyn.
- Potwierdzony: Wystąpienie rumienia wędrującego (bez konieczności potwierdzenia laboratoryjnego); **LUB**
Obraz kliniczny późnej fazy zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne; **LUB**
Izolacja krętków z hodowli materiału klinicznego.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający botulizmowi, np. takie objawy jak podwójne widzenie, zamazane widzenie i porażenie opuszkowe. Symetryczne niedowłady mogą narastać gwałtownie.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie toksyny botulinowej w surowicy, kale, treści żołądkowej lub w potrawie zjedzonej przez pacjenta.
- Izolacja *Clostridium botulinum* z kału.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający brucelozie, np. ostre lub podostre narastanie gorączki, poty nocne, poczucie zmęczenia, utrata łaknienia, spadek masy ciała, bóle głowy i bóle stawowe.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Stwierdzenie znamienego wzrostu miana swoistych przeciwciał.
- Stwierdzenie *Brucella sp.* w materiale klinicznym techniką immunofluorescencyjną.
- Izolacja *Brucella sp.* z materiału klinicznego.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wysokie miano przeciwciał w jednym oznaczeniu.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne, LUB wysokie miano przeciwciał w jednym oznaczeniu.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający cholercie, np. wodnista biegunka i/lub wymioty. Nasilenie objawów może być różne.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolowanie toksynogennych (produkujących toksynę cholery) przecinkowców cholery grupy serologicznej O1 lub O139 ze stolca lub wymiocin.
- Wykazanie odpowiedzi humoralnej z wytworzeniem swoistych przeciwciał antytoksycznych lub wibriocydalnych.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

- A. postępująca demencja
- B. **ORAZ** dwa z wymienionych poniżej zaburzeń neurologicznych:
- mioklonie
 - zaburzenia mózdkowe lub wzrokowe
 - zespoły piramidowe lub pozapiramidowe
 - mutyzm akinetyczny
- C. **ORAZ** czas trwania choroby < 2 lata.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Dodatnie wyniki badań neuropatologicznych i/lub immunocytochemicznych i/lub w mikroskopie elektronowym.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Typowy zapis EEG.
- Obecność białka 14 - 3 -3 w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Uwaga: Obejmuje przypadki rodzinne i jatrogenne.

Opis kliniczny

I. Wywiad chorobowy

- Postępujące zaburzenia neuropsychiatryczne.
- Czas trwania choroby powyżej 6 miesięcy.
- Rutynowa diagnostyka nie wskazuje na inne rozpoznanie.
- Brak potencjalnego narażenia jatrogennego w wywiadzie.

II. Objawy kliniczne

- Wczesne objawy psychiatryczne.
- Nie ustępujące zaburzenia bólowe.
- Ataksja.
- Mioklonie lub płasawica lub dystonia.
- Ołepienie.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Zapis EEG nie jest typowy dla sporadycznej postaci CJD (lub EEG nie zostało wykonane).
- Obustronne wzmoczenie sygnału w okolicy poduszki wzgórza w badaniu rezonansu magnetycznego - MRI.
- Typowe wyniki badań neuropatologicznych i immunopatologicznych.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Wywiad chorobowy jak w punkcie I ORAZ 4/5 objawów klinicznych wymienionych w punkcie II ORAZ zapis EEG nietypowy dla klasycznej CJD (lub EEG nie zostało wykonane) ORAZ obustronne wzmoczenie sygnału w obrębie poduszki wzgórza w MRI; LUB Wywiad chorobowy jak w punkcie I ORAZ dodatni wynik biopsji migdałków.
<u>Potwierdzony:</u>	Postępująca choroba neuropsychiatryczna ORAZ potwierdzenie vCJD w badaniu neuropatologicznym.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny choroby meningokokowej, np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznica meningokokowa, która może postępować gwałtownie do *purpura fulminans*, wstrząsu septycznego i zgonu. Inne zespoły objawów też są możliwe.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Neisseria meningitidis* z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe (np. krew, płyn mózgowo-rdzeniowy lub, rzadziej, płyn stawowy, płyn z opłucnej lub z osierdzia).
- Wykrycie kwasu nukleinowego *N. meningitidis* w miejscach, które w warunkach prawidłowych są jałowe.
- Wykazanie dwoinek gram-ujemnych w badaniu mikroskopowym materiału z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wysokie miano przeciwciał przeciw *N. meningitidis* w pojedynczym oznaczeniu z surowicy ozdrowieńca.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny inwazyjnej choroby meningokokowej, bez jakiegokolwiek potwierdzenia laboratoryjnego, LUB z identyfikacją <i>N. meningitidis</i> z miejsc, które w warunkach prawidłowych nie są jałowe, LUB z wysokim mianem przeciwciał w surowicy ozdrowieńca.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Uwaga: Nosiciele bezobjawowi nie podlegają zgłoszeniu. ¹⁾

¹⁾ W Polsce obowiązuje zgłaszanie wszystkich wykrytych zakażeń meningokokowych. W rutynowych sprawozdaniach, takich jak MZ-56, bezobjawowych nosicieli nie wykazuje się. (*przyp. red. pol.*)

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający chorobie inwazyjnej, np. posocznica, zapalenie opon, zapalenie stawów, zapalenie nagłośni, *osteomyelitis*, *celulitis*.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe
- Stwierdzenie kwasu nukleinowego *H. influenzae* w miejscach, które w warunkach prawidłowych są jałowe.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wykrycie antygenu *H. influenzae* w miejscach, które w warunkach prawidłowych są jałowe.

Klasyfikacja przypadków

- Możliwy: Obraz kliniczny zapalenia nagłośni **BEZ** potwierdzenia laboratoryjnego.
- Prawdopodobny: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
- Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

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

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Streptococcus pneumoniae* z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe (np. krew, płyn mózgowo-rdzeniowy lub, rzadziej, płyny: stawowy, opłucnowy lub osierdziowy).
- Wykrycie kwasu nukleinowego *S. pneumoniae* w miejscu, które w warunkach prawidłowych jest jałowe.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wykrycie antygeny *S. pneumoniae* w miejscu, które w warunkach prawidłowych jest jałowe.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem BEZ potwierdzenia laboratoryjnego LUB z identyfikacją z miejsca, które w warunkach prawidłowych nie jest jałowe.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

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

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Shigella sp.* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Choroba wywołana przez *Salmonella typhi* lub *paratyphi*, która często przejawia się w postaci długotrwałej gorączki o podstępny początek z bólami głowy, złym samopoczuciem, utratą łaknienia, względną bradykardią, zaparciem lub biegunką i nieproduktywnym kaszlem. Zdarza się wiele zachorowań o łagodnym lub nietypowym przebiegu.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *Salmonella typhi* lub *paratyphi* z krwi, stolca lub innego materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków¹⁾

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

¹⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce w kategorii "prawdopodobny" pominięto frazę "potwierdzenie laboratoryjne bez informacji na temat objawów klinicznych" - mogącą sugerować nosicielstwo, które rejestruje się jako odrębne zdarzenie i wykazuje w wydzielonej pozycji sprawozdania MZ-56.

Opis kliniczny

Choroba charakteryzująca się gorączką, dreszczami, bólem głowy, poczuciem choroby, wyczerpaniem oraz leukocytozą. W obrazie choroby występuje jedna lub więcej z następujących, podstawowych postaci klinicznych:

- miejscowa limfadenopatia (dżuma dymienicza),
- posocznica bez limfadenopatii (dżuma septyczna),
- dżuma płucna (zapalenie płuc),
- zapalenie gardła i limfadenopatia w obrębie szyi.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Yersinia pestis* z materiału klinicznego.
- Wykazanie wzrostu swoistych przeciwciał przeciw antygenowi F1 *Y. pestis*.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Podwyższone miano przeciwciał przeciw antygenowi F1 *Y. pestis* (bez udokumentowanego wzrostu miana) u osoby nie szczepionej przeciw dżumie.
- Wykrycie antygeny F1 w materiale klinicznym metodą fluorescencyjną.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Ostra choroba wysypkowa z wysoką gorączką trwającą 2-7 dni, obejmująca 2 lub więcej spośród następujących objawów: bóle głowy, ból pozagałkowy, bóle mięśni, bóle stawów, wysypka, objawy krwotoczne, leukopenia.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza, leukocytów lub tkanek pobranych w trakcie autopsji.
- 4-krotny lub wyższy wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
- Wykrycie antygeny wirusa dengi w tkance pobranej w czasie autopsji za pomocą badania immunohistochemicznego, immunofluorescencyjnego lub PCR.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Obecność swoistych przeciwciał IgM w surowicy.
- Wysokie miano swoistych przeciwciał IgG w jednym oznaczeniu w surowicy.

Klasyfikacja przypadków

Możliwy: NIE DOTYCZY

Prawdopodobny: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.

Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Choroba gorączkowa z dreszczami, bólami mięśniowymi, złym samopoczuciem i pozagałkowym bólem głowy. Ciężka postać choroby obejmuje ostre zapalenie wątroby, zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz poronienie. W badaniach dodatkowych obserwuje się podwyższony poziom enzymów wątrobowych i nieprawidłowości w rozmazie krwi.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Coxiella burnetti* z materiału klinicznego,
- Wykazanie wzrostu poziomu swoistych przeciwciał,
- Wykrycie antygenów lub kwasu nukleinowego *C. burnetti* w materiale klinicznym.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wysokie miano swoistych przeciwciał w pojedynczym oznaczeniu.

Klasyfikacja przypadku

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Potwierdzenie laboratoryjne ORAZ obraz kliniczny zgodny z opisem; LUB Potwierdzenie laboratoryjne ORAZ powiązanie epidemiologiczne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający grypie, np. ostry początek choroby, kaszel, gorączka $> 38^{\circ}\text{C}$, bóle mięśniowe i/lub ból głowy.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie antygeny grypy lub swoistego RNA wirusa grypy.
- Izolacja wirusa grypy.
- Wykazanie znamiennego wzrostu swoistych przeciwciał przeciwko antygenom wirusa grypy A lub B.

Klasyfikacja przypadków

Możliwy: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** powiązanie epidemiologiczne.

Prawdopodobny: NIE DOTYCZY

Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Choroba o różnym stopniu nasilenia objawów charakteryzująca się biegunką, gorączką, nudnościami, skurczowymi bólami brzucha i bolesnym parciem na stolec. ¹⁾

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Yersinia enterocolitica* lub *pseudotuberculosis* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

¹⁾ Zarazek może wywoływać zakażenia pozajelitowe, o innym obrazie klinicznym. (*przyp. red. pol.*)

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający kampylobakteriozie, np. choroba biegunkowa o zmiennym nasileniu objawów.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie bakterii rodzaju *Campylobacter* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający kryptosporydiozie charakteryzujący się biegunką, skurczowymi bólami brzucha, utratą apetytu, nudnościami i wymiotami.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Znalezienie oocyst *Cryptosporidium* w kale.
- Wykazanie obecności *Cryptosporidium* w treści jelitowej lub w materiale pobranym z biopsji jelita cienkiego.
- Stwierdzenie obecności antygenu *Cryptosporidium* w kale.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający krztuścowi, np. choroba z kaszlem trwającym przynajmniej dwa tygodnie z jednym z następujących objawów: napady kaszlu, napady bezdechu na wdechu, wymioty po napadach kaszlu bez innej znanej przyczyny.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie znamienego wzrostu poziomu swoistych przeciwciał przeciw *Bordetella pertussis* u osób nie szczepionych w ostatnim okresie.
- Wykrycie kwasu nukleinowego *B. pertussis*.
- Izolacja *B. pertussis* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający zakażeniu *Giardia lamblia*, charakteryzujący się biegunką, skurczowymi bólami brzucha, wzdęciami, utratą masy ciała lub upośledzonym wchłanianiem.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Stwierdzenie cyst *G. lamblia* w kale.
- Stwierdzenie trofozoitów *G. lamblia* w kale, treści dwunastniczej lub w materiale z biopsji jelita cienkiego.
- Stwierdzenie antygenu *G. lamblia* w kale.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Choroba legionistów**Opis kliniczny**

Zapalenie płuc.

Choroba z Pontiac**Opis kliniczny**

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

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja bakterii z rodzaju *Legionella* z wydzielin układu oddechowego, tkanki płucnej lub krwi.
- Wykazanie znamiennego wzrostu swoistych 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 odczynników uznawanych za wiarygodne.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wysokie miano przeciwciał swoistych dla *L. pneumophila* grupy serologicznej 1 lub innych grup serologicznych lub innych gatunków *Legionella* w pojedynczym oznaczeniu.
- Wykrycie antygeny *Legionella* w wydzielinach układu oddechowego lub wykrycie pałeczek *Legionella* w wydzielinach układu oddechowego lub w tkance płucnej metodą immunofluorescencji bezpośredniej z przeciwciałami monoklonalnymi, z zastosowaniem odczynników uznawanych za wiarygodne.

Klasyfikacja przypadków

- Możliwy: NIE DOTYCZY
- Prawdopodobny: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego; **LUB**
Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** powiązanie epidemiologiczne.
- Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający leptospirozie, charakteryzujący się gorączką, bólem głowy, dreszczami, bólami mięśniowymi, zaczerwienieniem spojówek, a rzadziej zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, wysypką, żółtaczką lub niewydolnością nerek.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

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

Klasyfikacja przypadków¹⁾

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ stwierdzenie miana przeciwciał dla <i>Leptospira</i> przynajmniej w rozcieńczeniu 1:100 w teście aglutynacji mikroskopowej.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

¹⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce dopuszczono stosowanie kategorii "możliwy" i "prawdopodobny".

Opis kliniczny

Zakażenie *Listeria monocytogenes* może wywoływać szereg zespołów klinicznych, w tym urodzenia martwe, listeriozę noworodków, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicę a także zakażenia miejscowe.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Listeria monocytogenes* z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe (np. krew, płyn mózgowo-rdzeniowy lub rzadziej, płyn stawowy, opłucnowy lub osierdziowy).

Klasyfikacja przypadku

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający malarii, np. gorączka z towarzyszącymi zwykle bólem głowy, bólem karku, dreszczami, bólami mięśniowymi, nudnościami, wymiotami, biegunką i kaszlem.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

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

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzonej laboratoryjnie parazytemii malarii.

Opis kliniczny

Ostra choroba zakaźna o etiologii wirusowej, charakteryzująca się wystąpieniem wysokiej gorączki, zapalenia gardła, powiększenia węzłów chłonnych, często z hepatosplenomegalią oraz z obrzękiem migdałków, który powoduje wystąpienie trudności w połykaniu. Charakterystyczna jest wysypka po podaniu ampicyliny. Czynnikiem etiologicznym mononukleozy zakaźnej jest głównie wirus Epstein-Barra, a w rzadszych przypadkach również inne wirusy (wirus cytomegalii, różyczki, i in.).

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Charakterystyczny obraz rozmazu krwi obwodowej: wysoki odsetek limfocytów oraz monocytów oraz występowanie nietypowych komórek jednojądrzastych.
- Izolacja wirusa z materiału klinicznego właściwego dla danego patogenu.
- Obecność przeciwciał swoistych dla danego patogenu.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający nosaciznie, z takimi objawami jak np. nadżerki i owrzodzenia na nozdrzach i górnej wardze, guzki i owrzodzenia na skórze, błonach śluzowych, w mięśniach i narządach wewnętrznych.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykazanie znamiennego wzrostu miana swoistych przeciwciał.
- Izolacja *Burkholdaria mallei* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

Możliwy: NIE DOTYCZY

Prawdopodobny: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** powiązanie epidemiologiczne, **LUB** przypadek ze stwierdzonym pojedynczym wysokim mianem swoistych przeciwciał.

Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający odrze, np. uogólniona wysypka trwająca dłużej niż 3 dni i gorączka powyżej 38,0°C oraz co najmniej jeden z następujących objawów: kaszel, nieżyt nosa, plamki Koplika, zapalenie spojówek.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania ¹⁾

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

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Przypadek rozpoznany przez lekarza jako odra.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem
<u>Potwierdzony:</u>	Potwierdzenie laboratoryjne; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.

Uwaga: Przypadki potwierdzone laboratoryjnie nie muszą mieć charakterystycznych objawów klinicznych.

¹⁾ W ramach programu eliminacji odry, w którym uczestniczy Polska, badania laboratoryjne muszą zostać przeprowadzone (lub potwierdzone) w laboratorium akredytowanym przez WHO. (*przyp. red. pol.*)

Opis kliniczny

Choroba cechująca się ostrym początkiem z gorączką powyżej 38°C i pojawiającą się później wysypką w postaci pęcherzy lub twardych krost w tym samym stadium ewolucji, bez innej uchwytnej przyczyny, bardziej nasiloną na dystalnych częściach ciała.

Postaci nietypowe obejmują:

- zmiany krwotoczne,
- płaskie zmiany o aksamitnej powierzchni, nie przypominające pęcherzy i nie przekształcające się w krosty.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa ospy prawdziwej (*Variola*) z materiału klinicznego.
- Identyfikacja DNA wirusa ospy prawdziwej metodą łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR) w materiale klinicznym, a następnie jego zsekwencjonowanie.
- Identyfikacja wirusa ospy prawdziwej w materiale klinicznym w badaniu mikroskopii elektronicznej z negatywnym barwieniem.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem; LUB Nietypowy obraz kliniczny ORAZ powiązanie epidemiologiczne z przypadkami prawdopodobnymi lub potwierdzonymi.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ identyfikacja wirusa z grupy <i>Orthopox</i> w mikroskopie elektronowym lub metodą PCR; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne z innymi prawdopodobnymi lub potwierdzonymi przypadkami.
<u>Potwierdzony:</u>	<u>Dla pierwszego przypadku:</u> Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne w mikroskopie elektronowym i metodą PCR z sekwencjonowaniem. <u>W sytuacji wystąpienia ogniska:</u> Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne i - jeśli możliwe - potwierdzenie w mikroskopie elektronowym lub metodą PCR.

Opis kliniczny

Choroba objawia się zmianami zapalnymi, głównie na błonie śluzowej gardła, angina, gorączką, a także wymiotami i drobnoplamiłą, szkarłatną wysypką. Po ustąpieniu wysypki charakterystyczne jest też płatowe łuszczenie skóry na dłoniach i stopach.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyhodowanie streptokoków typu A z wymazów z gardła.
- Wykrycie antygeny streptokoków typu A w wymazach z gardła za pomocą odpowiednich testów (np. lateksowych).

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Przypadek rozpoznany przez lekarza jako płonica.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ identyfikacja <i>Streptococcus pyogenes</i> typu A.

Wywołane dzikim szczepem poliovirusa

Opis kliniczny

Obraz kliniczny zgodny z poliomyelitis, np. ostre pojawienie się porażen wiotkich w obrębie jednej lub więcej kończyn z obniżeniem lub zanikiem odruchów ścięgnistych w zajętych kończynach bez innej znanej przyczyny, bez zaburzeń czucia i bez zaburzeń myślenia. Możliwe są inne postaci kliniczne.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie poliovirusa z materiału klinicznego, zwłaszcza kału lub płynu mózgowo-rdzeniowego, i jego identyfikacja jako szczepu dzikiego.
- Wykrycie kwasu nukleinowego poliovirusa w materiale klinicznym, zwłaszcza płynie mózgowo-rdzeniowego lub kale.

Uwaga: Wszystkie badania laboratoryjne muszą zostać przeprowadzone w laboratorium akredytowanym przez WHO.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Uwaga: Dotyczy zarówno przypadków, w których wystąpiły porażenia, jak i bez porażen.

Wywołane krążącym szczepem poliovirusa pochodzenia szczepionkowego (cVDPV)

Opis kliniczny

Obraz kliniczny zgodny z poliomyelitis, np. ostre pojawienie się porażen wiotkich w obrębie jednej lub więcej kończyn z obniżeniem lub zanikiem odruchów ścięgnistych w zajętych kończynach bez innej znanej przyczyny, bez zaburzeń czucia i bez zaburzeń myślenia. Możliwe są inne postaci kliniczne.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie poliovirusa z materiału klinicznego, zwłaszcza kału lub płynu mózgowo-rdzeniowego, i jego identyfikacja jako szczepu pochodzenia szczepionkowego.
- Wykrycie kwasu nukleinowego poliovirusa w materiale klinicznym, zwłaszcza płynie mózgowo-rdzeniowym lub kale.

Uwaga: Wszystkie badania laboratoryjne muszą zostać przeprowadzone w laboratorium akredytowanym przez WHO.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Uwaga: Dotyczy zarówno przypadków, w których wystąpiły porażenia jak i bez porażen.

Poszczepienne, postać porażenna (VAPP)

Kliniczne kryteria rozpoznania

Wystąpienie porażen wiotkich narastających w ciągu 4 dni lub krócej po przyjęciu doustnej, żywej szczepionki przeciw poliomyelitis, z towarzyszącą gorączką, które utrzymują się w badaniu po 60 dniach od wystąpienia.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja poliovirusa z materiału klinicznego, zwłaszcza płynu mózgowo-rdzeniowego lub kału i jego identyfikacja jako szczepu szczepionkowego.
- Wykrycie kwasu nukleinowego poliovirusa w materiale klinicznym, zwłaszcza płynie mózgowo-rdzeniowym lub kale.

Epidemiologiczne kryteria rozpoznania

- Wykazanie związku czasowego ze szczepieniem przeciwko poliomyelitis żywą doustną szczepionką: 4 do 30 dni od zaszczepienia osoby chorej **LUB** 4 do 75 dni od zaszczepienia osoby stykającej się z chorym.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne ORAZ spełnione kryterium epidemiologiczne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający różycy obejmujący m.in. typowe zmiany skórne - miejscowe lub uogólnione - w postaci ostro odgraniczzonego sinoczerwonego, bolesnego rumienia. (W postaci uogólnionej może wystąpić posocznica.) Niezwykle rzadką postacią jelitową choroby charakteryzują wodniste stolce, niekiedy z domieszką krwi, gorączka i ogólne rozbiecie.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja i identyfikacja zarazka ze zmian chorobowych (wycinek skóry) lub z krwi.
- Wykrycie obecności materiału genetycznego *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem u osoby narażonej zawodowo, tj. pracującej w rzeźni, w rolnictwie, w przemyśle mięsny lub rybnym.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający różyczce, np. ostry początek rozsianej 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.
- Wykazanie wzrostu miana swoistych przeciwciał przeciw wirusowi różyczki 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

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny salmonelozy, np. biegunka, bóle brzucha, nudności i czasem wymioty. Zarazek może wywołać zakażenia pozajelitowe. ¹⁾

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja niedurowych (nie *typhi*, nie *paratyphi*) pałeczek *Salmonella* z materiału klinicznego.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Potwierdzenie laboratoryjne bez informacji na temat objawów klinicznych ²⁾ ; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

¹⁾ Polską definicję przypadku salmonelozy pozajelitowej zamieszczono osobno. (*przyp. red. pol.*)

²⁾ Nie dotyczy wyników badań nosicieli i ozdowieńców. (*przyp. red. pol.*)

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający salmonelozie pozajelitowej, obejmujący m.in. posocznicę, zapalenie dróg żółciowych, płuc, opon mózgowo-rdzeniowych, stawów.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja niedurowych (nie *typhi*, nie *paratyphi*) pałeczek *Salmonella* z próbki krwi, moczu, ropy, płynu mózgowo-rdzeniowego lub żółci, zależnie od lokalizacji zakażenia.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

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

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał IgM przeciw wirusowi świnki.
- Wykazanie znamiennego wzrostu miana swoistych 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 ¹⁾

<u>Możliwy:</u>	Przypadek rozpoznany przez lekarza jako świnka.
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne z przypadkiem potwierdzonym.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

¹⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce dopuszczono stosowanie kategorii "możliwy".

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający tężcowi, np. ostro pojawiający się wzrost napięcia mięśniowego (hipertonia) i/lub bolesne skurcze mięśniowe (zazwyczaj mięśni żuchwy i karku) oraz uogólnione skurcze mięśniowe bez innej określonej przyczyny.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał przeciw toksynie tężcowej u osoby nie szczepionej i nie uodpornianej biernie przeciw tężcowi.
- Wykazanie znamiennego wzrostu poziomu swoistych przeciwciał przeciw toksynie tężca.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem.

Opis kliniczny

Choroba pasożytnicza, manifestująca się ostrym początkiem i wystąpieniem co najmniej jednego spośród następujących objawów: limfadenopatia, zapalenie mózgu, zapalenie siatkówki i naczyńki oka (*chorioretinitis*), zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Zakażenie wrodzone może wystąpić z wodogłowie, małogłowie, zwapnieniami wewnątrzmożgowymi, drgawkami, upośledzeniem umysłowym pochodzenia mózgowego.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykazanie znamiennego wzrostu miana swoistych przeciwciał przeciwko *Toxoplasma gondii*.
- Wykazanie obecności czynnika zakaźnego w tkankach lub płynach ustrojowych lub izolacja u zwierząt laboratoryjnych lub w hodowli tkankowej.
- Wykrycie kwasu nukleinowego *Toxoplasma gondii*.

Klasyfikacja przypadków¹⁾

<u>Możliwy:</u>	Przypadek rozpoznany przez lekarza jako toksoplazmoza.
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

¹⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce dopuszczono stosowanie kategorii "możliwy".

Opis kliniczny

Przewlekła choroba bakteryjna charakteryzująca się pierwotnymi zmianami patologicznymi występującymi w skórze, nerwach obwodowych oraz błonie śluzowej górnych dróg oddechowych. Obraz kliniczny u osoby nie leczonej charakteryzuje się obecnością jednego lub więcej spośród następujących objawów:

- Charakterystyczne zmiany skórne (leprydy): plackowate odbarwienia lub zaczerwienienia, najczęściej zlokalizowane niesymetrycznie na twarzy i tułowiu, z trwałą utratą czucia.
- Zajęcie powierzchniowych nerwów obwodowych: zgrubienie pni nerwów, bolesność, utrata czucia.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja prątków kwasoopornych z rozmazów skóry lub biopsji skóry zmienionej chorobowo.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny zgodny z jedną z różnych postaci tularemii:

- wrzodziejąco-węzłowa (owrzodzenie skóry z okoliczną limfadenopatią),
- węzłowa (miejscowa limfadenopatia bez zmiany skórnej),
- oczno-węzłowa (zapalenie spojówek z limfadenopatią przyuszną),
- ustno-gardłowa (zapalenie jamy ustnej, gardła lub migdałków z limfadenopatią szyjną),
- trzewna (ból brzucha, wymioty, biegunka),
- płucna (pierwotna choroba płucna),
- duropodobna (choroba gorączkowa początkowo bez wyraźnej lokalizacji objawów).

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja *Francisella tularensis* z materiału klinicznego,
- Wykazanie znamiennego wzrostu poziomu swoistych przeciwciał.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wysokie miano przeciwciał w pojedynczym oznaczeniu,
- Wykrycie *F. tularensis* w materiale klinicznym metodą immunofluorescencji.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego LUB powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Postać wziewna węglika

Po inhalacji *Bacillus anthracis* i krótkim okresie prodromalnym rozwija się ostra niewydolność oddechowa z hipoksją, dusznością, gorączką i objawami poszerzenia śródpiersia w badaniu radiologicznym.

Wąglik skórny

Zmiana skórna rozwijająca się od krosty, poprzez stadium pęcherzyka, do czarnego wgłębionego strupa z otaczającym obrzękiem (czarna krosta - *pustula maligna*). Zmiana jest zazwyczaj bezbolesna, ale mogą występować objawy ogólne (gorączka i złe samopoczucie).

Wąglik żołądkowo-jelitowy

Zespół nasilonego bólu brzucha, biegunki z gorączką i objawami posocznicy, występujący po zjedzeniu niedogotowanej zakażonej potrawy.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja i potwierdzenie *B. anthracis* z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe (np. z krwi lub z płynu mózgowo - rdzeniowego) albo ze zmiany lub innego miejsca objętego procesem chorobowym (skóra, płuca, jelita).
- Obydwa z poniższych testów dodatkowych:
 - wykrycie DNA *B. anthracis* (np. za pomocą PCR) z próbki pobranej z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe (np. z krwi lub z płynu mózgowo-rdzeniowego) albo ze zmiany lub innego miejsca objętego procesem chorobowym (skóra, płuca, jelita),
 - wykrycie *B. anthracis* w materiale klinicznym za pomocą barwienia immunohistochemicznego zajętej tkanki (skóry, płuca lub jelita).

Uwaga: Wymaz z nosa bez objawów chorobowych nie stanowi podstawy rozpoznania przypadku.

Klasyfikacja przypadków

- Możliwy: NIE DOTYCZY
- Prawdopodobny: Obraz kliniczny zgodny z opisem **BEZ** izolacji *B. anthracis*, przy braku rozpoznania alternatywnego, ale z wynikiem dodatnim **JEDNEGO** testu dodatkowego; **LUB**
Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** powiązanie epidemiologiczne z potwierdzonym narażeniem na zakażenie wąglikiem, ale **BEZ** potwierdzenia laboratoryjnego zakażenia wąglikiem.
- Potwierdzony: Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne.

Gorączka Ebola/Marburg

Opis kliniczny

Ostry początek z gorączką i biegunką, która może być krwawa, i z wymiotami. Często występują bóle głowy, nudności i bóle brzucha. W późniejszym przebiegu choroby mogą wystąpić objawy krwotoczne. U niektórych osób stwierdza się plamisto-grudkową wysypkę na tułowiu.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa.
- Dodatni wynik biopsji skóry (badanie immunohistochemiczne).
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusów Ebola/Marburg.
- Dodatni wynik badania serologicznego, który może wystąpić późno w przebiegu choroby.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Gorączka Lassa

Opis kliniczny

Narastająca stopniowo choroba ze złym samopoczuciem, gorączką, bólem głowy, bólem gardła, kaszlem, nudnościami, wymiotami, biegunką, bólami mięśniowymi i bólem w klatce piersiowej. W późniejszym przebiegu choroby mogą wystąpić objawy krwotoczne.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa.
- Dodatnia biopsja skóry (badanie immunohistochemiczne).
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusa *Lassa*.
- Dodatni wynik badania serologicznego, który może wystąpić późno w przebiegu choroby.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Krymsko-Kongijska gorączka krwotoczna (CCHF)**Opis kliniczny**

Narastająca stopniowo choroba z nagle występującą wysoką gorączką, dreszczami, bólami mięśniowymi, nudnościami, utratą łaknienia, wymiotami, bólem głowy i bólem mięśni grzbietu. W późniejszym przebiegu choroby mogą wystąpić objawy krwotoczne.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa.
- Wykrycie kwasu nukleinowego CCHF.
- Dodatni wynik badania serologicznego, który może wystąpić późno w przebiegu choroby.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający kleszczowemu zapaleniu mózgu, typowo: przebieg dwufazowy z objawami grypopodobnymi w pierwszej fazie, oraz objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub zapalenia mózgu po kilkudniowym okresie bezobjawowym.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- 4-krotny lub wyższy wzrost miana przeciwciał w surowicy.
- Wykazanie syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.
- Izolacja wirusa z tkanek, krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- wykrycie swoistych przeciwciał IgM w surowicy przy braku szczepienia w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu i innych flawiwirusów w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ początek choroby w okresie zwiększonej aktywności kleszczy (kwiecień-listopad).
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ podwyższone prawdopodobieństwo zakażenia za pośrednictwem kleszczy w czasie poprzedzających 6 tygodni (pobyt na terenach endemicznych) ORAZ spełnione kryterium laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

W przypadkach objawowych, obraz kliniczny odpowiadający zapaleniu wątroby, np. ostre pojawienie się objawów i żółtaczki lub wzrost aktywności transaminaz.

Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu A

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Stwierdzenie przeciwciał IgM przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu A (anty-HAV).
- Wykrycie antygeny w kale.
- Wykrycie kwasów nukleinowych w surowicy.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał IgM przeciw antygenowi rdzeniowemu (*core*) wirusa zapalenia wątroby typu B (anty-HBc).
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusa w surowicy.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ wykazanie obecności antygeny powierzchniowego (HbsAg).
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Zapalenie wątroby typu C

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie przeciwciał swoistych dla HCV (wirusa zapalenia wątroby typu C).
- Wykrycie kwasu nukleinowego HCV w materiale klinicznym.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek objawowy potwierdzony laboratoryjnie.

Opis kliniczny

Choroba spowodowana przez spożycie larw *Trichinella*. Obraz kliniczny jest zmienny. W przypadkach objawowych częste są eozynofilia, gorączka, bóle mięśniowe i obrzęk wokół oczu.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykazanie larw *Trichinella* w bioptacie mięśnia.
- Wykazanie znamiennego wzrostu poziomu swoistych przeciwciał przeciwko włośniom.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Wścieklizna jest ostrym zapaleniem mózgu i rdzenia, które niemal zawsze prowadzi do śpiączki i śmierci w ciągu 10 dni od pierwszych objawów.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wykrycie antygeny wirusa wścieklizny metodą fluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym (najlepiej w mózgu lub w nerwach otaczających mieszki włosowe włosów na karku).
- Wykrycie kwasu nukleinowego wirusa wścieklizny w materiale klinicznym.
- Izolacja (próba biologiczna na hodowli komórkowej lub na zwierzętach laboratoryjnych) wirusa wścieklizny ze śliny, płynu mózgowo-rdzeniowego lub tkanki centralnego układu nerwowego.
- Stwierdzenie występowania przeciwciał neutralizujących (całkowita neutralizacja) w surowicy lub w płynie mózgowo-rdzeniowym osoby nie szczepionej.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem BEZ potwierdzenia laboratoryjnego.
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny zgodny z zakażeniem EHEC, np. biegunka (często krwawa) i skurczowe bóle brzucha. Choroba może być powikłana zespołem hemolityczno-mocznicowym (HUS) ¹⁾ lub plamicą małopłytkową zakrzepową (TTP).

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Wyizolowanie *E. coli* należącej do grupy serologicznej, która może wywoływać chorobę krwotoczną.
- Potwierdzenie serologiczne u pacjentów z HUS lub TTP.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Wykrycie genów kodujących dla produkcji St \times 1/St \times 2.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Potwierdzenie laboratoryjne BEZ informacji na temat objawów klinicznych; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.

¹⁾ W Polsce w rutynowych sprawozdaniach, takich jak MZ-56, zespół hemolityczno-mocznicowy (HUS) niezależnie wykazywany jest także w wydzielonej pozycji. (*przyp. red. pol.*)

Opis kliniczny

Wodnista lub (rzadziej) krwawa biegunka, bóle brzucha, z towarzyszącą gorączką lub bez niej.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja pałeczek *E. coli* enteropatogennych (EPEC), enterotoksynogennych (ETEC), enteroinwazyjnych (EIEC) lub enteroagregacyjnych (EaggEC) **ORAZ**
 - stwierdzenie występowania w genomie izolowanych szczepów *E. coli* określonych determinant zjadliwości,
 - wykrycie wytwarzania toksyn,
 - stwierdzenie charakterystycznego dla danej kategorii sposobu przylegania do komórek linii Hela i HEp-2,
 - dla EIEC stwierdzenie obecności plazmidu zjadliwości i inwazyjności szczepu w hodowli komórkowej.

DLA PRZYPADKU PRAWDOPODOBNEGO:

- Izolacja pałeczek *E. coli* **ORAZ**
 - brak w posiewie innych patogennych drobnoustrojów **ORAZ**
 - stwierdzona testem serologicznym przynależność izolowanych szczepów do jednej z następujących grup antygenowych: O25, O26, O44, O55, O86, O111, O114, O119, O125, O126, O127 i O142 **ORAZ**
 - dla *E. coli* O124 (EIEC) stwierdzenie charakterystycznych cech biochemicznych szczepu.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ spełnione kryteria laboratoryjne dla przypadku prawdopodobnego.
<u>Potwierdzony:</u>	Przypadek potwierdzony laboratoryjnie.

Opis kliniczny

Obraz kliniczny odpowiadający zespołowi hemolityczno-mocznicowemu (HUS), charakteryzujący się ostrym początkiem niedokrwistości hemolitycznej z mikroangiopatią nerkową oraz małopłytkowością. Choroba rozwija się po przebyciu ostrego zakażenia pokarmowego wywołanego pałeczkami *Escherichia coli*.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- W rozmazie krwi obwodowej objawy anemii oraz mikroangiopatii (m.in. obecność schistocytów, echinocytów oraz innych postaci sfragmentowanych krwinek).
- Obecność wskaźników uszkodzenia nerek: krwimoczu, białkomoczu, wzrostu poziomu kreatyniny (> 1 mg/dL u osoby poniżej 13 roku życia lub $> 1,5$ mg/dL u osoby powyżej 13 r.ż., lub wzrost o 50% lub więcej).

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne BEZ stwierdzenia ostrej lub krwistej biegunki w ciągu poprzedzających 3 tygodni; LUB Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ stwierdzenie ostrej lub krwistej biegunki w wywiadzie BEZ potwierdzenia laboratoryjnego mikroangiopatii.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne ORAZ stwierdzenie ostrej lub krwistej biegunki w ciągu poprzedzających 3 tygodni.

AIDS

Opis kliniczny

Obejmuje wszystkie osoby zakażone wirusem upośledzenia odporności (HIV), u których występuje jakikolwiek 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*).¹⁾
- 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*).¹⁾

Klasyfikacja przypadków²⁾

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Osoba z dodatnim wynikiem badania EIA (nie dotyczy niemowląt), u której rozpoznano chorobę wskaźnikową, ale nie potwierdzono zakażenia HIV metodami przyjętymi w europejskiej definicji przypadku; LUB Osoba z potwierdzonym zakażeniem HIV, u której rozpoznano jedną lub więcej chorób wskaźnikowych, ale żadnej z nich nie potwierdzono metodami definitywnymi przyjętymi w europejskiej definicji przypadku; LUB Osoba z potwierdzonym zakażeniem HIV, u której liczba komórek CD4+ jest mniejsza niż 200/mm ³ . Uwaga: Kategorię tę należy stosować wyłącznie, gdy nie jest możliwe ostateczne ustalenie rozpoznania, np. w wyniku zgonu chorego.
<u>Potwierdzony:</u>	Osoba spełniająca kryteria europejskiej definicji przypadku AIDS.

¹⁾ Obie definicje opublikowano m.in. w "Meldunku o zachorowaniach na choroby zakaźne" (8/A/03).

²⁾ W klasyfikacji przyjętej w Polsce dopuszczono stosowanie kategorii "prawdopodobny".

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 wykrywającym przeciwciała przeciw HIV.
- Wykrycie kwasu nukleinowego HIV (RNA lub DNA).
- Dodatni wynik testu wykrywającego antygen p24, w tym testu neutralizacji.
- Izolacja HIV za pomocą hodowli wirusa.

II. Dzieci < 18 miesięcy:

- Dodatnie wyniki w dwu oddzielnych oznaczeniach (z wyłączeniem krwi pępowinowej) jednego lub więcej spośród następujących testów wykrywających HIV:
 - Oznaczenie kwasu nukleinowego HIV (RNA lub DNA).
 - Test wykrywający antygen p24, w tym test neutralizacji, u dziecka powyżej 1 miesiąca życia.
- Izolacja HIV za pomocą hodowli wirusa.

Klasyfikacja przypadków

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Potwierdzony:</u>	Osoba, u której zakażenie HIV jest potwierdzone laboratoryjnie; LUB Osoba, która spełnia kryteria europejskiej definicji przypadku AIDS.

Opis kliniczny

Zespół różyczki wrodzonej jest skutkiem wewnątrzmacicznego zakażenia płodu w przebiegu zakażenia wirusem różyczki nieuodpornionej matki. Objawy u dziecka w wieku od 0 do 11 miesięcy należą do następujących 2 grup:

- A. zaćma, wrodzona jaskra, wrodzona wada serca, upośledzenie słuchu, retinopatia barwnikowa,
- B. plamica, splenomegalia, małogłowie, zahamowanie rozwoju umysłowego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, zaburzenia kostnienia, żółtaczka w trakcie 24 godzin po urodzeniu.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa różyczki z materiału klinicznego pobranego od dziecka.
- Wykrycie swoistych przeciwciał IgM w surowicy dziecka.

Klasyfikacja przypadków

Możliwy: Niektóre objawy wskazujące na zespół różyczki wrodzonej, bez spełnienia kryteriów dla rozpoznania potwierdzonego, **ORAZ** wykluczenie innych przyczyn.

Prawdopodobny: NIE DOTYCZY

Potwierdzony: Stwierdzenie u dziecka co najmniej 2 objawów z grupy A **ORAZ** wykluczenie innych przyczyn; **LUB**

Stwierdzenie u dziecka co najmniej jednego objawu z grupy A **ORAZ** jednego z grupy B **ORAZ** wykluczenie innych przyczyn; **LUB**

Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** potwierdzenie laboratoryjne; **LUB**

Obraz kliniczny zgodny z opisem **ORAZ** wystąpienie różyczki u matki w czasie trwania ciąży, potwierdzone laboratoryjnie.

Uwaga: Jeżeli wystąpi więcej niż jeden objaw oczny z grupy A (np. zaćma i jaskra) z punktu widzenia klasyfikacji należy je traktować jako jeden objaw.

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

- Wykazanie znamiennego wzrostu poziomu swoistych 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

<u>Możliwy:</u>	NIE DOTYCZY
<u>Prawdopodobny:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ powiązanie epidemiologiczne.
<u>Potwierdzony:</u>	Obraz kliniczny zgodny z opisem ORAZ potwierdzenie laboratoryjne.