

## Meldunek 1/A/01

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.01 do 15.01.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/A		Dane skumulowane	
	1.01.01. do 15.01.01.	1.01.00. do 15.01.00.	1.01.01. do 15.01.01.	1.01.00. do 15.01.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	404	423	404	423
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	-	2	-	2
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	171	118	171	118
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	134	48	134	48
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	527	535	527	535
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	316	429	316	429
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	1	1	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	106	73	106	73
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	319	385	319	385
Zapalenie opon mózgowych: razem	71	79	71	79
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	4	4	4
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	5	3	5
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	34	24	34
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	32	28	32	28
inne i nie określone (G03)	8	8	8	8
Zapalenie mózgu: razem	17	13	17	13
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	9	1	9	1
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	-	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	2	2
wirusowe, nie określone (A86)	4	6	4	6
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	4	2	4
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8711	8169	8711	8169
Odra (B05)	1	6	1	6
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2152	1129	2152	1129
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	12	24	12	24
typu B (B16; B18.0-B18.1)	94	107	94	107
typu C (B17.1; B18.2)	47	78	47	78
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	5	5	5
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	8	15	8	15
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	732	1384	732	1384
Włośnica (B75)	-	1	-	1
Świerzb (B86)	696	921	696	921
Grypa: ogółem (J10; J11)	13971	136951	13971	136951
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	498	564	498	564
w tym: salmonelozy (A02.0)	402	422	402	422
gronkowcowe (A05.0)	2	1	2	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	3	-	3
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	5	1	5	1
nie określone (A05.9)	89	137	89	137
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	1	2	1
w tym: grzybami (T62.0)	2	1	2	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	286	243	286	243
w tym: pestycydami (T60)	1	-	1	-
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	144	112	144	112
alkoholem (T51)	76	44	76	44
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	1	1	1

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.2001 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	-	-	-	404	-	527	1	106	319	71	4	17	-
Dolnośląskie	-	-	-	31	-	35	-	2	12	9	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	36	-	37	-	3	19	-	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	44	-	40	-	-	11	2	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	11	-	9	-	-	4	2	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	23	-	38	-	51	11	8	2	-	-
Małopolskie	-	-	-	16	-	44	1	2	40	3	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	57	-	47	-	19	46	2	-	5	-
Opolskie	-	-	-	11	-	1	-	-	9	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	27	-	64	-	2	6	4	1	4	-
Podlaskie	-	-	-	26	-	17	-	6	6	4	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	23	-	36	-	-	16	14	1	1	-
Śląskie	-	-	-	25	-	48	-	7	68	19	-	2	-
Świętokrzyskie	-	-	-	8	-	37	-	1	4	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	19	-	9	-	12	11	1	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	29	-	54	-	1	43	2	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	18	-	11	-	-	13	1	-	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-.1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	8711	1	2152	12	99	52	732	-	696	13971	498	2	286
Dolnośląskie	593	-	384	-	9	6	72	-	20	1602	35	-	32
Kujawsko-Pomorskie	494	-	360	-	9	7	80	-	41	748	49	-	17
Lubelskie	238	1	76	1	-	4	63	-	55	27	44	-	35
Lubuskie	278	-	44	-	6	3	6	-	11	117	20	-	21
Łódzkie	673	-	112	1	6	7	14	-	108	4617	26	-	11
Małopolskie	797	-	135	1	8	4	81	-	38	148	19	-	1
Mazowieckie	771	-	108	5	11	10	26	-	80	3565	64	1	8
Opolskie	349	-	32	-	5	-	31	-	15	83	11	-	1
Podkarpackie	400	-	29	1	4	1	10	-	53	99	27	1	36
Podlaskie	351	-	11	-	2	2	17	-	30	279	26	-	4
Pomorskie	537	-	31	-	8	4	155	-	22	1231	32	-	31
Śląskie	1378	-	442	-	22	1	65	-	96	303	46	-	12
Świętokrzyskie	487	-	59	-	1	2	30	-	32	17	13	-	42
Warmińsko-Mazurskie	338	-	12	1	3	-	6	-	23	15	21	-	8
Wielkopolskie	673	-	247	1	2	-	75	-	47	1054	30	-	12
Zachodniopomorskie	354	-	70	1	3	1	1	-	25	66	35	-	15

## Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia<sup>1</sup> w III kwartale 2000 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postaci gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	2898	30	62	1679
1. Dolnośląskie	157	2	10	86
2. Kujawsko-Pomorskie	156	1	2	97
3. Lubelskie	214	1	1	129
4. Lubuskie	25	-	-	13
5. Łódzkie	221	5	5	152
6. Małopolskie	117	-	4	110
7. Mazowieckie	417	7	9	218
8. Opolskie	61	-	1	46
9. Podkarpackie	154	2	1	96
10. Podlaskie	78	2	1	43
11. Pomorskie	154	1	5	92
12. Śląskie	434	5	10	210
13. Świętokrzyskie	127	-	3	56
14. Warmińsko-Mazurskie	89	1	3	29
15. Wielkopolskie	389	3	6	239
16. Zachodniopomorskie	105	-	1	63

<sup>1</sup> Bez PKP, MON i MSW.

## Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia\* (4)

### CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA A81.0

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Zachorowalność na chorobę Creutzfelda-Jakoba (*Creutzfeldt-Jacob Disease - CJD*) i jej odmiany nie jest obecnie monitorowana w wielu obszarach świata. W 1996 r. nowy wariant tej choroby (nvCJD lub vCJD) został rozpoznany w Wielkiej Brytanii. Następnie potwierdzono etiologiczny związek pomiędzy vCJD a encefalopatią gąbczastą bydła (BSE). Rozmiary populacji podatnej i narażonej na ten czynnik na Wyspach Brytyjskich nie są znane; ten fakt w dodatku do niepewności związanej z określeniem czasu inkubacji komplikuje możliwość przewidywania przyszłej liczby przypadków vCJD. Inne grupy ludnościowe mogą również być narażone na czynnik chorobotwórczy w wyniku importu żywego bydła lub produktów mięsnych z krajów, w których występuje BSE, lub przez używanie środków medycznych albo kosmetyków zawierających zakażone tkanki zwierzęce. Światowy nadzór nad zachorowaniami na vCJD winien doprowadzić do lepszego zrozumienia choroby, włączając możliwe przypadki jatrogenne oraz rozkład różnych form wrodzonych. Może też dostarczyć informacji na temat ochrony przed zachorowaniem.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU CJD oraz podtypów CJD

##### 1. Sporadyczna CJD

##### Podejrzana CJD:

- Postępujące otępienie (demencja) **oraz**

- EEG atypowe lub wynik EEG nie znany **oraz**
- Czas trwania < 2 lata **oraz**
- **Co najmniej 2 z następujących czterech objawów klinicznych:** drgawki miokloniczne, zaburzenia widzenia lub objawy mózdkowe, zaburzenia piramidowe lub pozapiramidowe, niemota (mutyzm) akinetyczna.

##### Prawdopodobna CJD:

(przy nieobecności rozpoznania alternatywnego na podstawie badania rutynowego)

- Postępujące otępienie **oraz**
- Przynajmniej 2 z następujących 4 objawów klinicznych:
  - Drgawki miokloniczne
  - Zaburzenia widzenia lub objawy mózdkowe
  - Zaburzenia piramidowe lub pozapiramidowe
  - Niemota (mutyzm) akinetyczna

##### oraz

- Atypowe EEG, niezależnie od czasu trwania objawów klinicznych choroby, **i/lub**
- Dodatni wynik testu 14-3-3 z płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) oraz czas trwania objawów klinicznych do śmierci < 2 lata.

##### Potwierdzona (pewna) CJD:

- Potwierdzenie neuropatologiczne **oraz**
- Potwierdzenie obecności odpornego na proteazę białka prionowego (PrP) w badaniu immunocytochemicznym lub Western blot **i/lub**
- Obecność włókienek związanych ze *scrapie* (*scrapie associated fibrils*).

##### 2. Jatrogena CJD

- Postępujący zespół mózdkowy u osoby leczonej hormonem przysadki pochodzącym ze zwłok ludzkich **lub**
- Sporadyczna CJD z rozpoznaniem ryzykiem narażenia.

##### 3. Rodzinna CJD

- Potwierdzona lub prawdopodobna CJD **plus** potwierdzona lub prawdopodobna CJD u krewnego pierwszego stopnia **i/lub**
- Choroba neuropsychiatryczna **plus** specyficzna dla choroby mutacja PrP.

**Uwaga:** Dla celów nadzoru epidemiologicznego zawiera zespół Gerstmannia-Strausslera-Scheinkera (GSS) oraz śmiertelną rodzinną bezsenność (FFI).

##### 4. Nowy wariant CJD (nvCJD)

Nowy wariant CJD nie może być rozpoznawany, w chwili obecnej, w sposób pewny wyłącznie na podstawie kryteriów klinicznych. Na podstawie kilku neuropatologicznie potwierdzonych przypadków, rozpoznanie nvCJD winno być rozpatrywane jako możliwość u pacjenta z przynajmniej 5 z następujących 6 objawów klinicznych:

- Wczesne objawy psychiatryczne
- Wczesne uporczywe zaburzenia czucia (parestezje i dysestezje)
- Ataksja
- Płasawica/dystonia lub mioklonus
- Otępienie (demencja)
- Niemota akinetyczna (*akinetic mutism*).

Podejrzanie nvCJD dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego jest wzmacniane przez następujące cechy:

- Brak historii potencjalnego narażenia jatrogennego
- Czas trwania objawów klinicznych > 6 miesięcy
- Wiek wystąpienia choroby < 50 lat
- Brak mutacji genu PrP

- EEG nie wykazujące typowego cyklicznego wyglądu
- Rutynowe badanie nie sugeruje alternatywnego rozpoznania
- Rezonans magnetyczny (MIR) wykazuje nienormalne obustronnie symetryczne wzmocnienia sygnału osiowego T2 (*axial T2*) - z okolicy poduszki wzgórza (*pulvinar*) i/lub zależnych od gęstości protonowej (*proton density weighted images*).

Pacjent z postępującym zespołem neuropsychiatrycznym spełniający pięć z sześciu kryteriów klinicznych wspomnianych wcześniej, plus wszystkie kryteria podejrzenia wymienione bezpośrednio powyżej, winien być brany pod uwagę jako przypadek podejrzany dla celów nadzoru epidemiologicznego nad nvCJD.

#### **Potwierdzony (pewny) nvCJD:**

Badanie neuropatologiczne jest konieczne dla rozpoznania pełnego nvCJD: stosowanie biopsji mózgu u żywych pacjentów jest nie wskazane, chyba że jego celem jest diagnoza innego, poddającego się leczeniu schorzenia. Autopsja lub biopsja *post-mortem* (w wypadkach, gdy autopsja nie jest możliwa) jest wysoce wskazana we wszystkich podejrzanych przypadkach CJD. W "aspektach specjalnych" wymienione są neuropatologiczne kryteria rozpoznania CJD oraz innych zakaźnych ludzkich encefalopatii gąbczastych.

#### **ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

- Jeden ośrodek winien być wybrany na szczeblu centralnym do prowadzenia nadzoru.
- Zgłaszanie winno opierać się na przypadkach.
- Wszystkie pewne, prawdopodobne i podejrzane przypadki winny być zgłaszane przez właściwych profesjonalistów (zazwyczaj lekarzy ogólnych, neurologów, psychiatrów, neuropatologów) do ośrodka odpowiedzialnego za nadzór epidemiologiczny.

**Uwaga:** rejestry zgonów winny być sprawdzane w celu wykrycia przypadków nie wykrywanych przez rutynowy nadzór.

#### **ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI**

##### **Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach**

- Podtyp i klasyfikacja (diagnoza pewna, prawdopodobna, podejrzana) CJD.
- Wiek, płeć, kraj urodzenia, dane geograficzne, zajęcie.
- Data pojawienia się objawów, data śmierci.
- Status życiowy (żyje, nie żyje).

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

- Liczba przypadków dla każdego z podtypów, klasyfikacja, grupa zawodowa, obszar geograficzny.
- Liczba przypadków zgonów w poszczególnych latach, z uwzględnieniem wieku w chwili zgonu.
- Stosunek liczby przypadków wśród kobiet i mężczyzn.

#### **ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI**

- Ocena trendów zachorowalności w podtypach CJD.
- Wykrycie grup zachorowań wymagających dalszych badań.
- Identyfikacja czynników ryzyka choroby.

#### **ASPEKTY SPECJALNE**

Neuropatologiczne kryteria rozpoznania CJD oraz innych ludzkich zakaźnych encefalopatii gąbczastych mogą być zebране jak następuje:

#### **Choroba Creutzfeldta-Jakoba**

*Sporadyczna, jatrogenna* (rozpoznany czynnik ryzyka) lub *rodzinna* (ta sama choroba u krewnego pierwszego stopnia lub związana z chorobą mutacja genu PrP).

- Gąbczasta encefalopatia w korze mózgowej i/lub korze mózdzku i/lub w podkorowej substancji szarej **i/lub**
- Encefalopatia z immunoreaktywnością w stosunku do białka prionu (PrP) (w postaci płytki i/lub rozsianych zmian synaptycznych i/lub plamistych / okołowodniczkowych form).

#### **Nowy wariant CJD**

- Gąbczasta encefalopatia z obfitymi złoгами PrP, szczególnie w postaci mnogich włóknistych płytek PrP otoczonych przez "halo" gąbczastych wodniczek ("kwieciste plamki, płytki jak stokrotki") i inne płytki PrP oraz amorficzne okołokomórkowe i okołonaczyniowe złoگی PrP szczególnie nasilone w mózdkowej warstwie "*molecular*".

#### **Choroba Gerstmana-Strausslera-Scheikera (GSS)**

(W rodzinie z dziedziczną w sposób dominujący postępującą ataksją i/lub demencją i z jedną z wielu mutacji genu PrP.)

- Encefalo(myelo)patia w wieloośrodkowymi (*multicentric*) płytkami PrP.
- Degeneracja wzgórza, zmienne gąbczaste zmiany w mózgu.

#### **Kuru**

- Gąbczasta encefalopatia w populacji Fore w Papui Nowej Gwinei.

## **WŚCIEKLIZNA**

A82

#### **UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Wścieklizna, obecna na wszystkich kontynentach i endemiczna w większości krajów afrykańskich i azjatyckich, jest śmiertelną epizootyczną chorobą wirusową, przenoszona na ludzi przez kontakt (głównie ukąszenia i zadrapania) z zakażonymi zwierzętami, zarówno domowymi jak i dzikimi. Według oszacowań ponad 40.000 ludzkich zgonów występuje rocznie na świecie, większość z nich w krajach rozwijających się (głównie w Azji), a 10 milionów osób otrzymuje poekspozycyjne szczepienia ze względu na kontakt ze zwierzętami podejrzanyymi o wściekliznę.

WHO promuje:

- Zapobieganie wściekliznie u ludzi poprzez właściwie ukie-  
runkowane szczepienia poekspozycyjne oraz wzrost dostępności współczesnych szczepionek przeciw wściekliznie.
- Eliminację choroby poprzez masowe szczepienia psów i innych rezerwuarów zwierzęcych. Nadzór epidemiologiczny nad zarówno ludzką jak i zwierzęcą wścieklizną jest konieczny dla wykrycia obszarów wysokiego ryzyka oraz szybkiego rozpoznania wybuchów epidemii oraz do monitorowania stosowania szczepionek.

#### **REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU**

##### **Opis kliniczny**

Ostry zespół neurologiczny (zapalenie mózgu) zdominowany przez formę hyperaktywną (furia) lub hipoaktywną (otępienie), które rozwijają się w śpiączkę i prowadzą do śmierci, zwykle z powodu niewydolności oddechowej, w ciągu 7-10 dni po wystąpieniu objawów jeśli nie zastosowano in-

tensywnej opieki. Ukąszenia lub zadrapania przez podejrzane zwierzę występuje zwykle w wywiadzie pacjenta. Okres wylegania może wahać się od dni do lat, ale zwykle wynosi 30 do 90 dni.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

**Jedno lub więcej** z następujących:

- Wykrycie antygenów wirusa wścieklizny przez bezpośrednie przeciwciała fluorescencyjne (FA) w materiale klinicznym, najlepiej w tkance mózgowej (uzyskanej w badaniu pośmiertnym).
- Wykrycie FA na skórze lub w wymazie z rogówki (pobranymi przyżyciowo).
- FA dodatnie po inokulacji tkanki mózgowej, śliny lub płynu mózgowo-rdzeniowego w hodowli komórkowej, u myszy lub u osesków mysich.
- Wykrywalne miano przeciwciał neutralizujących wirus wścieklizny w płynie mózgowo-rdzeniowym osoby nie szczepionej.
- Identyfikacja antygenów wirusa za pomocą PCR na utrwalonej tkance pobranej *post-mortem* lub w materiale klinicznym (tkanka mózgowa, skóra, rogówka, ślina).
- Izolacja wirusa wścieklizny z materiału klinicznego i potwierdzenie obecności antygenów wirusa wścieklizny metodą bezpośredniej fluorescencji.

#### Klasyfikacja przypadków

##### Wścieklizna u ludzi

**Podejrzany:** Przypadek, który jest zgodny z opisem klinicznym.

**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany plus dodatni wywiad o kontaktach ze zwierzęciem podejrzanym o wściekliznę.

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

##### Ludzie narażeni na wściekliznę

**Przypuszczalnie narażony:** Osoba, która miała bliski kontakt (zwykle ukąszenie lub zadrapanie) ze zwierzęciem pochodzącym z obszaru dotkniętego wścieklizną.

**Narażony:** Osoba, która miała bliski kontakt (zwykle ukąszenie lub zadrapanie) ze zwierzęciem z laboratoryjnie potwierdzoną wścieklizną.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

##### Nadzór w populacjach ludzkich

###### Zgłaszanie narażeń ludzi na wściekliznę

Na szczeblu terenowym, szczególnie w obszarach występowania wścieklizny, zgłoszenia pacjentów z historią kontaktów ze zwierzętami (zwykle ukąszenie / zadrapanie) winny być badane natychmiast; gdy sytuacja tego wymaga powinny być traktowane jako sprawa bardzo pilna. Dane indywidualne i zbiorcze muszą być wysyłane regularnie ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i centralnego.

###### Zgłaszanie przypadków wścieklizny u ludzi

- Natychmiastowe zgłaszanie podejrzanych i potwierdzonych przypadków ze szczebla terenowego (przez rozpoznającego lekarza i laboratorium) do pośredniego i centralnego szczebla.

- Konieczna jest szybka wymiana informacji ze służbami odpowiedzialnymi za nadzór nad wścieklizną zwierzęcą i jej zwalczaniem.
- Epidemiologiczne badanie wybuchów: badanie ognisk wścieklizny, wynajdywanie źródeł zakażenia jak również ludzi i zwierząt narażonych i przypuszczalnie narażonych.

##### Nadzór w populacjach zwierzęcych (kontrola epizootologiczna)

Tam, gdzie choroba występuje endemicznie lub może być zawleczona na nowo, musi być podjęty nadzór nad wścieklizną zwierzęcą i podobnymi chorobami u zwierząt dzikich i domowych, które mogą stanowić rezerwuar choroby. Nadzór jest oparty na badaniach laboratoryjnych. Konieczne jest natychmiastowe dostarczenie materiału z mózgu podejrzanego zwierzęcia do laboratorium w celu diagnostyki gdy występuje narażenie człowieka. Podejrzanego zwierzęcia domowe, które miały bliski kontakt z człowiekiem i nie mogą być zabite winny być trzymane pod obserwacją przez 10 dni. Wymagana jest szybka wymiana informacji między służbami medycznymi i weterynaryjnymi zajmującymi się nadzorem nad ludzką i zwierzęcą wścieklizną.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Ludzkie narażenia na wściekliznę

**Dane indywidualne:** Identyfikator jednostkowy, imię i nazwisko, wiek, informacja geograficzna, data(y) ukąszenia / zadrapania, geograficzne umiejscowienie wypadku ukąszenia, kategoria narażenia, sposób zaopatrzenia rany, stan zaszczepienia, poprzednie stosowanie surowicy, obecne leczenie, zejście; dane o zwierzęciu, które ukąsiło, historia jego szczepień, zejście.

**Dane zbiorcze:** Narażenia w poszczególnych obszarach geograficznych ze względu na wypadek ukąszenia, zwierzę, które ukąsiło, zejścia w populacjach ludzkiej i zwierzęcej.

##### Zgłaszanie zgonów ludzi z powodu wścieklizny

Identyfikator jednostkowy, imię i nazwisko, wiek, informacja geograficzna, data wystąpienia objawów, data(y) ukąszenia / zadrapania, geograficzne umiejscowienie wypadku ukąszenia, miejsce ukąszenia na ciele poszkodowanego, sposób zaopatrzenia rany, stan zaszczepienia, poprzednie stosowanie surowicy, szpital, szczegóły leczenia, zejście; dane o zwierzęciu, które ukąsiło, pobrane próbki, wyniki badań próbek.

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

- Liczba zgonów z powodu wścieklizny u ludzi oraz przypadków wścieklizny u zwierząt (według gatunków), według dat wystąpienia objawów.
- Narażenia ludzi według miejsc geograficznych i dat ukąszenia / zadrapania, według gatunków zwierząt będących źródłem narażenia oraz według zejścia w populacjach ludzi i zwierząt.
- Przypadki według obszary geograficznego (administracyjnego) i dat ukąszenia / zadrapania, typu zwierzęcia, zawodu / zajęcia i zejścia.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wykrycie zachorowań gromadnych w obszarach endemicznych oraz nowych przypadków w miejscach wolnych od

wścieklizny.

- Wyznaczenie obszarów wysokiego ryzyka w celu interwencji.
- Racjonalizacja stosowania szczepień i immunoglobulin.
- Ocena efektywności interwencji na poziomie rezerwuarów zwierzęcych i narażonych populacji ludzkich.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Współpraca między sektorami służb medycznych i weterynaryjnych, zaangażowanie i udział wspólnot są konieczne dla ukierunkowanych osiągnięć i kontrolowania rezerwuarów zwierzęcych.

### JAPOŃSKIE ZAPALENIE MÓZGU

A83.0

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

W dużej części Azji Wschodniej, wirus japońskiego zapalenia mózgu (*Japanese Encephalitis - JE*) jest najczęstszą przyczyną zapalenia mózgu. Przenoszone przez komary JE może wywoływać wybuchy epidemii i ma wysoką śmiertelność. Proponowane są trzy strategie walki z tą chorobą oparte na naturalnym cyklu jej przenoszenia:

- Zwalczanie przenośnika.
- Szczepienie świń.
- Szczepienie ludzi.

Nadzór epidemiczny winien koncentrować się na tych właśnie elementach.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Opis kliniczny

Zakażenie wirusem japońskiego zapalenia mózgu może wywołać chorobę gorączkową o różnej ciężkości, skojarzoną z objawami neurologicznymi od bólu głowy, do zapalenia opon i mózgu. Objawy mogą obejmować: ból głowy, gorączkę, objawy oponowe, stupor, zaburzenia orientacji, śpiączkę, drżenia, częściowe porażenia uogólnione (*generalized paresis*), wzrost napięcia mięśniowego, niezdolność ruchową. JE nie może być klinicznie odróżnione od innych zakażeń centralnego układu nerwowego.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

###### Domyślne:

Wykrycie odpowiedzi przeciwciał przeciwwirusowych ostrej fazy jedną z następujących metod:

- Podwyższone, stabilne miano przeciwciał przeciw wirusowi JE w badaniu ELISA, zahamowania hemaglutynacji lub neutralizacji wirusa.
- Przeciwciała IgM przeciw wirusowi w surowicy.

###### Potwierdzające:

- Wykrycie wirusa JE, antygeny lub genomu w tkance, krwi lub innym płynie ustrojowym metodami immunohistochemicznymi lub immunofluorescencyjnymi lub PCR, **lub**
- Specyficznych dla wirusa JE IgM w płynie mózgowo-rdzeniowym, **lub**
- Czterokrotny lub większy wzrost w dwu kolejnych badaniach (w czasie ostrej choroby i zdrowienia) miana specyficznych dla wirusa JE przeciwciał IgG / IgM przeciw wirusowi JE, ELISA, zahamowania hemaglutynacji lub neutralizacji wirusa, u pacjenta bez niedawnej historii szczepienia przeciw żółtej gorączce, w przypadkach gdy reakcje krzyżowe z innymi flawiwirusami zostały wykluczone.

czony.

**Uwaga:** Zakażenia wirusem JE są częste i w większości przypadków bezobjawowe. Mogą one współwystępować z innymi zakażeniami wywołującymi objawy ze strony centralnego układu nerwowego, więc serologiczne wskaźniki niedawnego zakażenia wirusem JE mogą fałszywie wskazywać na JE jako na przyczynę choroby.

#### Klasyfikacja przypadków

**Podejrzany:** Przypadek zgodny z opisem klinicznym.

**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany z domyślnymi wynikami testów laboratoryjnych.

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany z potwierdzającymi wynikami testów laboratoryjnych.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

##### Obszary, w których JE nie występuje, ale nośnik jest obecny

Zgłaszanie ostrych zespołów objawów ze strony centralnego układu nerwowego (CUN); badanie zachorowań grupowych na choroby gorączkowe z objawami ze strony CUN.

##### Obszary, gdzie choroba występuje endemicznie z okresowymi wahaniami przenoszenia oraz obszary, na których występują epidemie JE

Rutynowe tygodniowe / miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych odnośnie podejrzanych, prawdopodobnych i potwierdzonych przypadków ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data wystąpienia objawów.
- Historia podróży w ciągu ostatnich dwu tygodni.
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Zejście.

##### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków w grupach wieku.
- Liczba przypadków podejrzanych / potwierdzonych.
- Liczba hospitalizacji i zgonów.

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

- Liczby przypadków i zgonów według obszaru geograficznego.
- Liczby hospitalizacji.
- Śmiertelność z powodu JE.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Wyznaczanie obszarów podwyższonego ryzyka dla interwencji.
- Monitorowanie zmian w epidemiologii i wzorców choroby.
- Monitorowanie tendencji zachorowań w obszarach endemicznych lub ponownego pojawiania się choroby.
- Monitorowanie efektywności szczepień.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Nie występują.

## WIRUSOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO- -RDZENIOWYCH A87

### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Wirusowe zapalenie opon mózgowych występuje sporadycznie, ale również jako choroba epidemiczna. Śmiertelność z powodu tej choroby jest na ogół niska; zakażenie może mieć długotrwałe następstwa u dotkniętych chorobą (głównie dzieci), ale choroba jest rzadko ciężka i wyzdrowienie jest zwykle kompletne. Wczesne wykrycie epidemii przez nadzór epidemiologiczny pozwala na identyfikację czynnika etiologicznego i wprowadzenie ukierunkowanych działań przy zwalczaniu epidemii oraz efektywnego prowadzenia przypadków.

### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

#### Opis kliniczny

Przypadek z gorączką  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  i **jedno lub więcej** z następujących:

- Szttywność karku.
- Ciężki, nie wyjaśniony ból głowy.
- Ból karku i **2 lub więcej** z poniższych.
  - Światłowstręt.
  - Nudności.
  - Wymioty.
  - Ból brzucha.
  - Zapalenie gardła z wydzielinami.

Dla dzieci w wieku  $< 2$  lat życia przypadek jest zdefiniowany jako:

- Przypadek z gorączką  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  i **jedno lub więcej** z następujących:
  - Drażliwość.
  - Uwypuklenie ciemiączka.

#### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Specyficzny wirus potwierdzony w hodowli komórkowej.

### Klasyfikacja przypadków

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

**Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany z jednym lub więcej z następujących:

- Normalny poziom glukozy i normalny lub niewielki wzrost poziomu białka ( $> 50$  mg/dl), umiarkowana pleocytoza ( $< 500/\text{mm}^3$ ) z przewagą limfocytów ( $> 50\%$ ).
- Wykrycie w płynie mózgowo-rdzeniowym sekwencji genomu wirusa przy zastosowaniu reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR).
- Związek epidemiologiczny z przypadkiem potwierdzonym.

**Potwierdzony:** Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie.

### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Na szczeblu terenowym indywidualna dokumentacja pacjentów winna być przechowywana.
- Natychmiastowe zgłaszanie wszystkich przypadków podejrzanych lub prawdopodobnych ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.
- Wszystkie przypadki muszą być badane. Dane z dalszej obserwacji na temat identyfikacji organizmu i zejścia choroby muszą być śledzone na szczeblach pośrednim i centralnym.
- Rutynowe cotygodniowe zgłoszenia danych zbiorczych lub opartych na indywidualnych przypadkach ze szczebla pośredniego do centralnego.
- Równoległy system zgłoszeń za pośrednictwem wirusologicznych laboratoriów referencyjnych może dostarczyć bardziej szczegółowych danych wirusologicznych na temat specyficznych czynników przyczynowych na szczeblu krajowym; są one bardzo użyteczne dla analizy epi-

### OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

## Biologiczne zagrożenia bezpieczeństwa kraju - ryzyko zakażenia szczególnie niebezpiecznymi patogenami

Warszawa, 15-16 marca 2001

#### HONOROWY PATRONAT

**Min. Marek Siwiec**

Szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego

**Min. Paweł Policzekiewicz**

Główny Inspektor Sanitarny

**Plk.Prof. Krzysztof Chomiczewski**

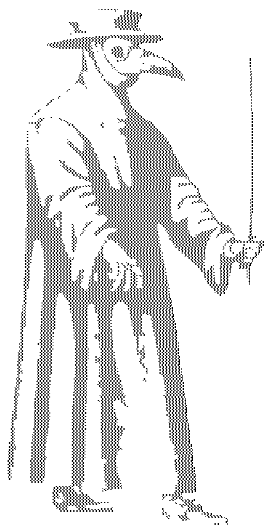
Komendant Wojskowego Instytutu  
Higieny i Epidemiologii

**Prof. Stanisław Kałużewski**

Przewodniczący Rady Naukowej  
Państwowego Zakładu Higieny

**Dr Wiesław Renke**

Dyrektor Instytutu Medycyny  
Morskiej i Tropikalnej



Po okresie entuzjazmu i euforii związanej z poprawą sytuacji epidemiologicznej wielu chorób zakaźnych, eliminacji niektórych, eradykacji ospy prawdziwej, perspektywy eradykacji poliomyelitis i odry nadszedł w latach dziewięćdziesiątych XX wieku okres pojawienia się nowych, poprzednio nieznanych chorób zakaźnych często o wysokiej śmiertelności (emerging diseases) jak np. gorączek krwotocznych, okres zwiększania częstości występowania zachorowań na choroby, które w latach poprzednich notowano w zmniejszonych liczbach (reemerging diseases) jak np. zachorowania na dżumę, okres zagrożenia bioterroryzmem, jak np. zagrożenia zakażeniami laseczką wąglika.

Sytuacja ta wystąpiła po okresie znacznego demontażu infrastruktury związanej z diagnostyką, leczeniem i zwalczaniem zachorowań, tak w Polsce jak i w skali światowej.

Istnieje obecnie konieczność reaktywacji działań oraz zapewnienia obiektów i urządzeń dla zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i zwalczania zachorowań na choroby zakaźne stanowiące aktualne zagrożenie epidemiologiczne.

Obecna konferencja stanowić powinna ważne ogniwo w kształtowaniu uświadczenia w tej dziedzinie.

*Prof.dr hab. Wiesław Magdzik*

miologicznej.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### NADZÓR KLINICZNY

###### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data wystąpienia objawów, data konsultacji, przyjmowane leczenie.

###### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

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

##### NADZÓR LABORATORYJNY

###### Zgłaszane dane oparte na izolatach

Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, data wystąpienia objawów, data pobrania materiału, typ materiału, zidentyfikowany organizm.

###### Zgłaszane dane zbiorcze

Przypadki według grup wieku, typ materiału pobranego do badań, zidentyfikowany organizm.

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

Zachorowalność w tygodniach, miesiącach, obszarach geograficznych, grupach wieku, kategoriach zejścia.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Jak najwcześniejsze wykrywanie i zwalczanie epidemii wirusowego zapalenia opon.
- Wzmocnienie zdolności szybkiego reagowania na wybuchy epidemii wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych.

(cdn)

\* WHO Recommended Surveillance Standards, Second edition - June 1999 (WHO/CDS/CSR/ISR/99.2)

wybór, przekład i opracowanie Andrzej Zieliński

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronach  
[www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)      [www.medstat.waw.pl](http://www.medstat.waw.pl)

**Opracowuje zespół:** Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),  
 Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel.: (022) 84-97-702, (022) 54-21-210; fax (022) 84-97-484; e-mail:  
 epimeld@pzh.gov.pl    epimeld@medstat.waw.pl  
**Kierownictwo naukowe:** prof. dr hab. Wiesław Magdzik

#### Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 2000/1 w porównaniu z sezonami 1997/8-1999/2000 zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

