

Meldunek 1/B/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.01 do 31.01.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/B		Dane skumulowane	
	16.01.01. do 31.01.01.	16.01.00. do 31.01.00.	1.01.01. do 31.01.01.	1.01.00. do 31.01.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	-	5	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	474	389	878	812
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	1	3	1	5
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	227	198	402	316
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	328	183	462	231
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	871	844	1398	1379
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	494	604	806	1033
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	2	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	155	70	261	143
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	357	505	676	890
Zapalenie opon mózgowych: razem	86	68	157	147
w tym: meningokokowe (A39.0)	11	4	15	8
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	-	3	3	8
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	28	31	51	65
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	44	23	77	51
inne i nie określone (G03)	3	7	11	15
Zapalenie mózgu: razem	18	13	34	26
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	2	14	3
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	5	-	5	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	2	2
wirusowe, nie określone (A86)	4	8	8	14
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	3	5	7
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	7913	7253	16624	15422
Odra (B05)	3	3	4	9
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2865	1275	5017	2404
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	18	13	30	37
typu B (B16; B18.0-B18.1)	92	125	186	232
typu C (B17.1; B18.2)	85	86	131	164
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	8	9	13
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	9	16	17	31
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	548	995	1280	2379
Włośnica (B75)	1	-	1	1
Świerzb (B86)	856	769	1552	1690
Grypa: ogółem (J10; J11)	120218	790052	134189	927003
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	655	481	1153	1045
w tym: salmonelozy (A02.0)	472	387	874	809
gronkowcowe (A05.0)	2	2	4	3
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	3	3	6
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	1	-	1
inne określone (A05.3-A05.8)	29	1	34	2
nie określone (A05.9)	149	87	238	224
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	-	3	1
w tym: grzybami (T62.0)	1	-	3	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	381	263	667	506
w tym: pestycydami (T60)	4	-	5	-
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	173	145	317	257
alkoholem (T51)	50	38	126	82
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	5	2	6	3

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.01.2001 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	5	-	-	474	1	871	1	155	357	86	11	18	5
Dolnośląskie	5	-	-	52	-	70	-	7	39	1	1	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	17	1	92	-	2	17	6	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	40	-	44	-	2	21	1	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	4	-	12	-	-	1	2	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	49	-	41	-	65	15	4	1	-	-
Małopolskie	-	-	-	24	-	46	1	10	15	14	-	3	-
Mazowieckie	-	-	-	77	-	93	-	29	40	19	5	3	-
Opolskie	-	-	-	13	-	3	-	4	18	2	-	4	2
Podkarpackie	-	-	-	15	-	78	-	1	6	4	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	24	-	18	-	12	8	1	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	32	-	118	-	-	17	8	2	-	-
Śląskie	-	-	-	39	-	56	-	8	86	7	1	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	19	-	44	-	4	5	3	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	18	-	31	-	9	16	6	1	3	3
Wielkopolskie	-	-	-	34	-	108	-	2	39	7	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	17	-	17	-	-	14	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	7913	3	2865	18	95	88	548	1	856	120218	655	1	381
Dolnośląskie	593	-	565	-	14	13	74	-	60	29402	73	-	18
Kujawsko-Pomorskie	466	-	465	-	8	9	67	-	29	7918	33	-	36
Lubelskie	279	-	93	-	1	-	25	-	44	4929	42	-	52
Lubuskie	211	-	66	-	1	5	5	1	35	4790	10	-	34
Łódzkie	551	-	78	1	12	9	12	-	105	5940	51	-	16
Małopolskie	774	2	160	2	6	5	51	-	37	5386	31	-	13
Mazowieckie	628	-	117	11	10	11	25	-	38	7024	120	-	16
Opolskie	285	-	69	-	2	4	12	-	36	2073	14	-	-
Podkarpackie	509	-	39	3	3	1	12	-	53	119	16	-	41
Podlaskie	227	-	7	-	3	1	17	-	54	4601	26	-	7
Pomorskie	452	1	61	-	4	8	99	-	41	2816	43	-	28
Śląskie	1241	-	730	-	11	8	56	-	119	7581	70	-	13
Świętokrzyskie	420	-	70	-	6	6	27	-	59	386	29	1	72
Warmińsko-Mazurskie	350	-	15	-	5	-	3	-	36	2084	18	-	11
Wielkopolskie	586	-	245	1	6	7	56	-	64	6539	36	-	19
Zachodniopomorskie	341	-	85	-	3	1	7	-	46	28630	43	-	5

Zachorowania i podejrzenia zachorowań na odrę zgłoszone w IV kwartale 2000 roku (wstępna informacja)

Województwo	Zgłoszone zachorowania i podejrzenia				Przypadki wykazane w "Meldunkach"			
	ogółem	badane serologicznie (IgM)		nie badane serologicznie	razem	potwierdzone		nie potwierdzone ²
		ogółem	potwierdzone			serologicznie (IgM)	epidemiologicznie ¹	
Polska	20	11	7	9	17	7	2	8
Dolnośląskie	2	2	-	-	1	-	-	1
Kujawsko-Pomorskie	1	1	1	-	1	1	-	-
Lubelskie	1	1	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	1	1	1	-	1	1	-	-
Małopolskie	1	-	-	1	1	-	-	1
Mazowieckie	1	1	-	-	-	-	-	-
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	2	2	2	-	2	2	-	-
Podlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Śląskie	6	-	-	6	6	-	-	6
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolskie	5	3	3	2	5	3	2	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 stycznia 2001 r.

W styczniu 2001 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 54 obywateli polskich, wśród których było 26 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 22 bez informacji o drodze zakażenia.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Serologii AIDS Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS trzech osób płci żeńskiej (narkomanki, zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i dziecka matki zakażonej HIV) oraz dwunastu mężczyzn (sześciu narkomanów i po dwóch: homoseksualistów, zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od jedenastu miesięcy do 49 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: w dolnośląskim - pięcioro, w zachodniopomorskim - czworo oraz po jednym w: lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, śląskim i wielkopolskim.

W czternastu przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; jednym przypadkiem jako chorobę wskaźnikową podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. U dwunastu chorych podano liczbę komórek CD4 (od 4 do 733/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 stycznia 2001 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.801 obywateli polskich, wśród

których było co najmniej 4.311 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 963 zachorowania na AIDS; 515 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Encefalopatia gąbczasta bydła i choroba Creutzfeldta-Jakoba w Europie

Międzynarodowe Biuro do Spraw Epizootcji (Office International des Epizooties - OIE) na stronie internetowej <http://www.oie.int> udostępnia aktualne informacje o encefalopatii gąbczastej bydła (Bovine spongiform encephalopathy - BSE). Informacje te zamieszczono niżej, w tabelach 1-3.

W Unii Europejskiej obowiązują następujące prawa mające na celu ograniczenie do minimum przenoszenia BSE:

1. Od 1994: zakaz karmienia bydła, owiec i kóz mączkami mięsno-kostnymi pochodzącymi z bydła, owiec, kóz i świń. Zastępuje się je paszami opartymi na soi, słoneczniku i rzepaku.
2. Od 1997: odpowiedni standard przetwarzania odpadów zwierzęcych - gotowanie w temperaturze 133°C, pod ciśnieniem 3 barów przez 20 minut.
3. Aktywny nadzór weterynaryjny w rzeźniach, by wykluczyć wszystkie zwierzęta z objawami sugerującymi BSE z łańcucha pokarmowego.

Tabela 1. Liczba zgłoszonych przypadków BSE w Europie (bez Wielkiej Brytanii) według daty potwierdzenia - dane z 11.01.2001 r.

Kraj	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	3	9 ^{d)}	-
Dania	0	0	0	1 ^{c)}	0	0	0	0	0	0	0	1 ^{d)}	-
Francja	0	0	5	0	1	4	3	12	6	18	31 ^{b)}	125 ^{d)}	-
Niemcy	0	0	0	1 ^{c)}	0	3 ^{c)}	0	0	2 ^{c)}	0	0	7	3 ^{d)}
Irlandia ^{a)}	15 ^{b)}	14 ^{b)}	17 ^{b)}	18 ^{b)}	16	19 ^{b)}	16 ^{b)}	73	80	83	91	57 ^{d)}	-
Lichtensztajn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 ^{d)}	-	-	-
Luksemburg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	-
Holandia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2 ^{d)}	-	-
Portugalia	0	1 ^{c)}	1 ^{c)}	1 ^{c)}	3 ^{c)}	12	14	29	30	106	70	114 ^{d)}	-
Hiszpania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3 ^{d)}
Szwajcaria	0	2	8	15	29	64	68	45	38	14	50	33 ^{d)}	-

a) Do 1989 roku nie potwierdzono w **Irlandii** żadnego przypadku. Wszystkie przypadki zgłoszone do OIE z Irlandii dotyczyły zwierząt płci żeńskiej, z wyjątkiem jednego importowanego 5-letniego byka, u którego potwierdzono BSE w roku 1989.

b) **Francja**: zawiera 1 przypadek zawleczony potwierdzony 13 sierpnia 1999 r.; **Irlandia**: zawiera następujące zawlezione przypadki: 5 w 1989 r., 1 w 1990 r., 2 w 1991 r. i w 1992 r., 1 w 1994 r. i w 1995 roku.

c) Przypadki zawlezione.

d) **Belgia** - dane do 30.11.00 r.; **Dania** - data wykrycia przypadku 20.01.00 r., potwierdzenia 25.02.00 r.; **Francja** - dane do 18.12.00 r. Przypadków klinicznych 79; przypadków wykrytych w ramach programu badawczego zapoczątkowanego 08.06.00 r. 46; **Niemcy** - dane do 11.01.01 r.; **Irlandia** - dane do 15.08.00 r.; **Lichtenstein** - data wykrycia ostatniego przypadku: 30.09.98 r.; **Holandia** - data wykrycia ostatniego przypadku: 10.03.99 r.; **Portugalia** - dane do 23.11.00 r.; **Hiszpania** - dane do 09.01.01 r.; **Szwajcaria** - dane do 08.12.00 r. Przypadków klinicznych 17; przypadków wykrytych w ramach programu 16 (nowy system nadzoru epidemiologicznego od 01.03.99 r.).

Tabela 2. Liczba przypadków BSE zgłoszonych w Wielkiej Brytanii według daty rejestracji, do 31.10.2000 r.

Rok	Liczba przypadków	Rok	Liczba przypadków
1987 i przed	446	1994	24436
1988	2514	1995	14562
1989	7228	1996	8149
1990	14407	1997	4393
1991	25359	1998	3235
1992	37280	1999	2301
1993	35090	2000	1101

Tabela 3. Państwa i regiony, gdzie wykryto jedynie przypadki BSE importowane. Dane z 26.12.2000 r.

Państwo/Region	Przypadki	Data wykrycia
Kanada	1	listopad 1993
Falklandy	1	1989
Włochy	2	październik 1994
Kuwejt	1	grudzień 2000
Oman	2	potwierdzone w 1989

4. Od 1 października 2000: zakaz dodawania do produktów żywnościowych i pasz tzw. materiałów specjalnego ryzyka, SRM (rdzeń kręgowy, mózg, gałki oczne, migdałki, części jelit).

5. Od 1 stycznia 2001: wymóg testowania bydła z grup ry-

zyka. Od 1 lipca 2001 zostanie on rozszerzony na wszystkie zwierzęta powyżej 30 miesiąca życia. Jak dotąd Komisja Europejska zatwierdziła trzy testy do szybkiego wykrywania BSE: "Biorad" (CEA), "Prionick check" (Prionics AG) i "Enfer test system" (Enfer Technology Ltd.).

6. Od 1 marca 2001 jedynie zwierzęta nadające się do spożycia przez ludzi będą mogły być użyte do produkcji pasz.

W związku z rosnącą liczbą przypadków BSE we Francji, Belgii i Irlandii oraz pojawieniem się tej choroby w Dani, Niemczech i Hiszpanii (ostatnio według informacji z gazet również w Austrii i we Włoszech) 29 listopada 2000 roku Komisja Europejska przyjęła nowe propozycje przedłożone przez Franza Fischera, Komisarza do Spraw Rolnictwa, Rybołówstwa i Rozwoju Wsi i Davida Byrne, Komisarza do Spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta. Zawierają one:

1. Czasowe wycofanie mączek mięsno-kostnych z żywienia wszystkich zwierząt hodowlanych.

2. Wymóg badania w kierunku BSE wszystkich zwierząt starszych niż 30 miesięcy, w celu zwiększenia zaufania konsumentów.

3. Dodanie do obecnej listy materiałów specjalnego ryzyka, SRM, całości jelit.

4. Schemat "zakupu w celu zniszczenia", by usunąć z łańcucha pokarmowego wszystkie sztuki bydła starsze niż 30 miesięcy, jeśli nie zostały poddane testowi w kierunku BSE. Ma to stabilizować rynek wołowiny.

5. Celowe interwencje publiczne, by złagodzić skutki spadku cen producenta wołowiny.

6. Wzrost dopłat do wołowiny z 60% do 80%, by zmniejszyć obciążenie finansowe producentów wołowiny.

W Europie zapadalność ludzi na tzw. wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD), wywołany najprawdopodobniej przeniesieniem BSE na człowieka poprzez spożycie produk-

tów z zarażonego zwierzęcia, wzrastała do roku 2000 (tab. 4).

Tabela 4. Zachorowania na vCJD w Europie - dane CDC w Atlantycie według daty zachorowania (do grudnia 2000 r.).

Rok	Wielka Brytania		Francja		Irlandia
	potwierdzone	prawdopodobne	potwierdzone	prawdopodobne	
1994	8	-	1	-	-
1995	10	-	-	-	-
1996	11	-	-	-	-
1997	14	-	-	-	-
1998	17	-	-	-	-
1999	20	4	1	1	1

opracowała Magdalena Rosińska

Epidemia poliomyelitis w Republice Zielonego Przylądka (Afryka Zachodnia) Sierpień - Październik 2000 rok

Republika Zielonego Przylądka składa się z 10 wysp usytuowanych na zachód od Senegalu i Mauretanii, a jej ludność liczyła 437.500 osób w 2000 r. Począwszy od 1995 r. stwierdzano wykonywanie coroczne rutynowego szczepienia za pomocą 3 dawek OPV na poziomie poniżej 80%. W kraju nie prowadzono żadnych dodatkowych akcji szczepień przeciwko poliomyelitis i nie zorganizowano nadzoru ostrego porażenia wiotkich.

W okresie od 16 sierpnia do 17 października 2000 r. stwierdzono w Republice Zielonego Przylądka 33 przypadki ostrego porażenia wiotkich, w tym 7 (21%) śmiertelnych. Wstępne wyniki laboratoryjne umożliwiły identyfikację dzikiego wirusa polio w 8 przypadkach. Pierwszym przypadkiem stwierdzonym w stolicy kraju Praia było 2-letnie dziecko, u którego porażenie wystąpiło 16 sierpnia. Otrzymało ono tylko jedną dawkę doustnej szczepionki przeciw polio (OPV).

Stwierdzono przypadki AFP na wyspach Santiago (22), Maio (1), Sal (7) oraz São Vincente (3). Jedenaście (33%) przypadków było w wieku poniżej 5 lat, 15 (46%) miało 5-14 lat, a 7 (21%) miało 15 lat i więcej. Nie stwierdzono przypadków zgonu w grupie dzieci poniżej 5 lat; 3 zgony wystąpiły w przedziale wiekowym od 5 do 14 lat (śmiertelność 20%), a 4 zgony w grupie powyżej 15 lat (śmiertelność 57%). Z 24 przypadków o znanym przebiegu immunizacji, 6 (25%) otrzymało pełny cykl szczepień.

W odpowiedzi na epidemię 16 października uruchomiono akcję masowych szczepień w celu podania 2 dawek szczepionki OPV każdemu dziecku w wieku od 0 do 59 miesięcy. Prowadzi się badania w celu dokładnego ustalenia:

1. okoliczności wystąpienia poliomyelitis;
2. czy epidemia rozprzestrzeniła się na inne terytoria, takie jak sąsiadujące kraje Afryki Zachodniej;
3. dodatkowych działań interwencyjnych niezbędnych do uzyskania kontroli nad epidemią, dotyczących akcji masowych szczepień obejmujących dzieci w wieku od 5 do 14 lat.

Turyści podróżujący do Republiki Zielonego Przylądka i Afryki Zachodniej, którzy nie są prawidłowo zaszczepieni muszą zdawać sobie sprawę z ryzyka zakażenia się poliomyelitis i powinni się upewnić, że uzyskali pełną odporność

przeciw poliomyelitis.

na podst. "Wkly Epid.Rec." (2000,49,397-408)
opracował P. Stefanoff

Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia* (5)

DENGA **A90, A91**
(włączając gorączkę krwotoczną denga oraz zespół wstrząsowy denga)

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Denga, włączając gorączkę krwotoczną denga (*Dengue Haemorrhagic Fever - DHF*) oraz zespół wstrząsowy denga (*Dengue Shock Syndrome - DSS*), stanowi w skali świata najważniejszą pod względem epidemiologicznym chorobę wirusową przenoszoną przez stawonogi. Występuje ona w ponad stu krajach i terytoriach i stanowi zagrożenia dla zdrowia ponad dwu i pół miliarda ludzi w obszarach tropikalnych i subtropikalnych. Denga jest ciężką chorobą o dużym potencjale epidemicznym. Szacuje się, że pół miliona pacjentów, 90% z nich poniżej 15 roku życia, jest hospitalizowanych z DHF / DSS każdego roku. WHO usiłuje przyspieszyć wytworzenie atenuowanej szczepionki przeciw denga.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

GORĄCZKA DENGA

Opis kliniczny

Ostra choroba gorączkowa trwająca 2-7 dni z dwoma lub więcej z pośród następujących objawów:

- Ból głowy.
- Ból za gałkami ocznymi.
- Ból mięśni.
- Ból stawów.
- Wysypka.
- Objawy krwotoczne.
- Lekopenia.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Jedno lub więcej z poniższych:

- Izolacja wirusa denga z surowicy, osocza, leukocytów, lub próbek z autopsji.
- Wykazanie czterokrotnego, lub więcej wzrostu miana przeciwciał IgG lub IgM dla jednego lub więcej antygenów wirusa denga w osobnych próbkach osocza.
- Wykazanie antygenów wirusa denga w próbkach tkanek z autopsji w badaniach immunohistochemicznych lub immunofluorescencyjnych, albo w surowicy metodą EIA.
- Wykrycie sekwencji wirusowego genomu w tkankach z autopsji, surowicy lub płynu mózgowo-rdzeniowego za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR).

Klasyfikacja przypadków

Podjeżrzany: Przypadek zgodny z opisem klinicznym.

Prawdopodobny: Przypadek zgodny z opisem klinicznym z jednym z następujących:

- Wspomagająca serologia (odwrotność miana przeciwciał w teście zahamowania hemaglutynacji > 1280, porównywalne miano IgG EIA lub dodatni test na przeciwciała IgM w surowicy pobra-

nej w późnej fazie ostrej lub w okresie zdrowienia).

- Występowanie w tej samej okolicy i czasie jak inne potwierdzone przypadki dengi.

Potwierdzony: Przypadek zgodny z opisem klinicznym potwierdzony laboratoryjnie.

GORĄCZKA KRWOTOCZNA DENGA

Prawdopodobny lub potwierdzony przypadek dengi **oraz**

Tendencje krwotoczne wykazane przez jedno z następujących:

- Dodatni test opaskowy
- *Petechiae*, wybroczyny lub purpura
- Krwawienia z: śluzówek, przewodu pokarmowego, miejsc wstrzyknięć lub inne
- Wymioty krwawe lub smoliste stolce

oraz trombocytopenia (100.000 płytek w mm³ lub mniej)

oraz objawy ucieczki osocza z powodu wzmożonej przepuszczalności naczyń, w

- $\geq 20\%$ wzrost hematokrytu w stosunku do normy dla płci i wieku
- $\geq 20\%$ spadek hematokrytu w stosunku do wartości wyjściowej po dożylnym uzupełnieniu płynów
- objawy wycieku osocza (wysiłek opłucnowy, *ascites*, hipoproteinemia).

ZESPÓŁ WSTRZĄSOWY DENGA

Wszystkie kryteria powyższe, **plus** objawy niewydolności krążenia w postaci częstego i słabo wypełnionego tętna, oraz niskiej amplitudy tętna (≥ 20 mmHg) lub niskiego ciśnienia krwi w stosunku do normy wieku, zimnej, wilgotnej skóry i zaburzeń świadomości.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Obszary, gdzie nie stwierdzono przenoszenia dengi, ale gdzie występuje *Aedes aegypti*

Zgłaszanie podejrzanych przypadków oraz badanie występujących grupowo podejrzanych przypadków dengi.

Kraje, gdzie choroba jest endemiczna z sezonowymi wahaniami przenoszenia oraz obszary, gdzie występują epidemie dengi

Rutynowe tygodniowe / miesięczne zestawienia danych zbiorczych podejrzanych, prawdopodobnych i potwierdzonych przypadków dengi z terenowych stacji epidemiologicznych do szczebla pośredniego i centralnego.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne), typ serologiczny, czy wystąpił DHF/DSS (tak/nie).
- Identyfikator jednostkowy, imię i nazwisko pacjenta, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data wystąpienia objawów.
- Czy hospitalizowany (tak/nie).
- Zejście.
- Historia podróży w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków w grupach wieku.
- Liczba przypadków potwierdzonych (oraz typ serologiczny).
- Liczba DHF/DSS w grupach wieku.

- Liczba hospitalizacji i zgonów.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

- Procent przypadków DHF/DSS i hospitalizacji.
- Śmiertelność z powodu dengi.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Znajdowanie obszarów wysokiego ryzyka w celu interwencji.
- Monitorowanie zmian w serotypach i odsetka DHF/DSS.
- Monitorowanie trendów w obszarach endemicznych oraz ponownego pojawiania się choroby.

ASPEKTY SPECJALNE

Równoległe do nadzoru epidemiologicznego należy prowadzić nadzór nad zarówno larwalnymi jak i dorosłymi populacjami *A. aegypti*.

ŻÓŁTA GORĄCZKA

A95.9

Zgłaszanie przypadków powszechnie wymagane przez Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (*International Health Regulations*)

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Ten wirus przenoszony przez komary występuje w regionach tropikalnych Afryki i Ameryki Południowej i jest utrzymywany przez śródleśne przenoszenie wirusa między komarami i małpami. Przeniesienie na człowieka może wystąpić w przejściowych obszarach lasów, a następnie w cyklu miejskim poprzez *Aedes aegypti*. Liczne miasta są obecnie zagrożone epidemiami żółtej gorączki, jako że częstość zachorowań na tę chorobę narasta szczególnie w regionie Afryki. Dane nadzoru epidemiologicznego pozwalają na monitorowanie zachorowalności na tę chorobę, przewidywanie i wczesne wykrywanie wybuchów epidemii i monitorowanie skuteczności jej zwalczania. Strategie zwalczania żółtej gorączki obejmują zwalczanie *Ae. aegypti* w miastach, szczepienie dzieci, kampanie szczepień, zapobieganie wybuchom epidemii, wykrywanie i zwalczanie epidemii. Zgłoszenia przypadków są powszechnie wymagane przez *Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne*.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Choroba ta charakteryzuje się ostrym wystąpieniem gorączki z pojawieniem się żółtaczki w ciągu 2 tygodni od pierwszych objawów. Mogą też pojawić się objawy krwotoczne oraz oznaki niewydolności nerek.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa żółtej gorączki, **lub**
- Obecność specyficznych dla żółtej gorączki IgM lub czterokrotny lub większy wzrost IgG w surowicy u tej samej osoby (w fazie ostrej i ozdrowieńczej), **lub**
- Charakterystyczne zmiany histopatologiczne wątroby w badaniu *post-mortem*, **lub**
- Wykrycie antygeny żółtej gorączki w tkankach metodą immunohistochemiczną, **lub**
- Wykrycie sekwencji genomu wirusa w krwi lub w narządach metodą PCR.

Klasyfikacja przypadków

- Podejrzany:** Przypadek, zgodny z opisem klinicznym.
Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.
Potwierdzony: Przypadek podejrzany potwierdzony laboratoryjnie (narodowe laboratorium referencyjne) lub epidemiologicznie związany z przypadkiem potwierdzonym w czasie wybuchu epidemii.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe tygodniowe / miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych z podejrzanych i potwierdzonych przypadków ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego. Zgłaszanie nie występowania przypadków (*zero reporting*) jest wymagane na wszystkich szczeblach.
- Natychmiastowe zgłaszanie przypadków podejrzanych ze szczebla terenowego do pośredniego do centralnego.
- Wszystkie podejrzane przypadki i zachorowania gromadne winny być badane natychmiast i potwierdzane laboratoryjnie.
- Zgłaszanie indywidualnych przypadków musi być wprowadzone w krajach określonych przez WHO jako zagrożone żółtą gorączką. Materiał do badań laboratoryjnych winien być pobierany aby potwierdzić epidemię tak szybko jak to tylko możliwe. Priorytet mają pobrania materiału z nowych lub sąsiadujących miejsc (innych niż te gdzie epidemia została już potwierdzona).

Międzynarodowe: Obowiązuje zgłaszanie wszystkich podejrzanych i potwierdzonych przypadków do WHO w ciągu 24 godzin.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI**Zgłaszane dane zbiorcze**

- Liczba przypadków.
- Liczba dawek szczepionki przeciw żółtej gorączce podanej dzieciom, według obszarów geograficznych.
- Kompletność i punktualność sprawozdań miesięcznych.

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach (dla zachorowań i badań)

- Identyfikator jednostkowy.
- Nazwa obszaru geograficznego (jednostka administracyjna).
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia objawów.
- Data zgłoszenia.
- Data badania przypadku.
- Czy kiedykolwiek otrzymał dawkę szczepionki przeciw żółtej gorączce (1 = tak; 2 = nie; 9 = nie wiadomo) ?
- Data otrzymania przez laboratorium krwi z ostrego stadium choroby.
- Data otrzymania przez laboratorium krwi z ozdrowieńczego stadium choroby (jeśli była pobrana).
- Data pobrania materiału do badania histopatologicznego (jeśli był pobrany).
- Zależnie od zastosowanego testu laboratoryjnego:
 - IgM (1 = dodatni; 2 = ujemny; 3 = nie badano; 9 = nie wiadomo);
 - izolacja wirusa (1 = dodatni; 2 = ujemny; 3 = nie badano; 9 = nie wiadomo);
 - IgG - czterokrotny wzrost miana (1 = dodatni; 2 = ujemny; 3 = nie badano; 9 = nie wiadomo);
 - testy wątrobowe.

- Data pierwszego wysłania IgM.
- Data pierwszego wysłania materiału do hodowli wirusa.
- Klasyfikacja ostateczna.
- Data pierwszego wysłania wyniku badania histopatologicznego.
- Data wysłania krwi ozdrowieńczej do laboratorium (jeśli była pobrana).
- Data pobrania materiału do badania histopatologicznego.
- Data wysłania pierwszych wyników IgG.
- Klasyfikacja ostateczna (1 = potwierdzony; 2 = podejrzany; 4 = odrzucony).
- Zejsście (1 = żywy; 2 = zmarł; 9 = nie wiadomo).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY**Dane zbiorcze**

- Zachorowalność w miesiącach, latach i obszarach geograficznych.
- Stopień zaszczepienia szczepionką przeciw żółtej gorączce w poszczególnych latach i obszarach geograficznych.
- Kompletność i punktualność raportów miesięcznych.

Dane indywidualne

Takie same jak zbiorcze, a ponadto:

- Potwierdzone przypadki w grupach wieku, według stanu zaszczepienia, obszaru geograficznego, miesiąca, roku.
- Śmiertelność z powodu żółtej gorączki.
- Ostateczna klasyfikacja przypadków podejrzanych.

Wskaźniki jakości nadzoru**cel**

- Uzyskany % wszystkich oczekiwanych raportów miesięcznych $\geq 90\%$
- % przypadków podejrzanych, w których pobrano materiał laboratoryjny $\geq 50\%*$
- Dla testów IgM: wynik wysłany z laboratorium ≤ 3 dni po otrzymaniu materiału $\geq 80\%$
- Izolacja wirusa: wynik wysłany z laboratorium ≤ 21 dni od otrzymania próbki $\geq 80\%$
- Dla testów IgG: wynik wysłany z laboratorium ≤ 3 dni po otrzymaniu materiału $\geq 80\%$

* Stanowi to wartość docelową poza okresami epidemii. Gdy wybuch jest potwierdzony, priorytet stanowi rozpoznawanie wybuchów epidemii w obszarach sąsiednich i laboratoryjne ich potwierdzanie.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Badanie przypadków podejrzanych i pobieranie materiału do badań laboratoryjnych w celu potwierdzenia wybuchu epidemii i zmobilizowania pogotowia szczepień.
- Monitorowanie stanu zaszczepienia szczepionką przeciw żółtej gorączce w obszarach geograficznych i monitorowanie postępu oraz wykrywanie obszarów niskiego stopnia zaszczepienia, aby podjąć działania interwencyjne.
- Monitorowanie zachorowalności i ocena efektów zwalczania choroby.

ASPEKTY SPECJALNE

Ryzyko epidemii żółtej gorączki występuje w **Afryce**: Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Kamerun, Zielony Przylądek, Republika Afryki Środkowej, Czad, Kongo, Wybrzeże Kości Słoniowej, Afryka Równikowa, Erytrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Gwinea-Bissau, Liberia, Kenia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, So-

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

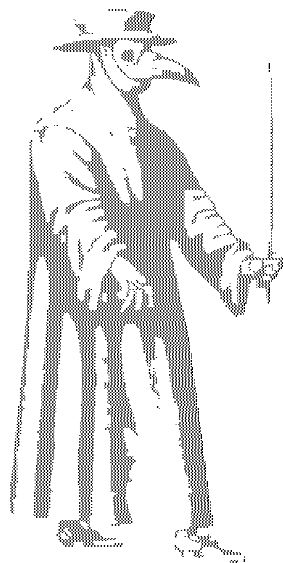
Biologiczne zagrożenia bezpieczeństwa kraju - ryzyko zakażenia szczególnie niebezpiecznymi patogenami

Warszawa, 15-16 marca 2001

RAMOWY PROGRAM KONFERENCJI

Ustalenie i koordynacja programu merytorycznego:

Prof. Wiesław Magdzik, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Higieny i Epidemiologii

**Dzień I (15 marca 2001, czwartek)**rozpoczęcie obrad godz. 13⁰⁰,
rejestracja uczestników od godz. 12⁰⁰**Wprowadzenie**

- Referat przedstawiciela Biura Bezpieczeństwa Narodowego
- Referat przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego
- Referat Dyrektora Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM w Warszawie
- Referat Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Chorób Zakaźnych
- Referat Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Higieny i Epidemiologii

Dzień II (16 marca 2001, piątek)początek obrad godz. 9⁰⁰**Część szczegółowa**

- Sanitarna ochrona granic - *Dr Wiesław Renke, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej*
- Broń biologiczna jako możliwy środek terrorku - *Prof.dr hab. płk. Krzysztof Chomiczewski, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii*
- Poziomy bezpieczeństwa w laboratoriach mi-

krobiologicznych - *Prof.dr hab. płk. Michał Bartoszcze, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii*

- Projektowanie oddziałów zakaźnych w szpitalu - *Mgr inż. Dariusz Przygoda, Biuro Studiów i Projektów Służby Zdrowia "Proamed"*
- Klinika gorączek krwotocznych - *Prof.dr hab. Zdzisław Dziubek, Instytut Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM w Warszawie*

Przerwa na obiad w godzinach 13⁰⁰ - 14⁰⁰

- Epidemiologia gorączek krwotocznych - *Doc.dr hab. Danuta Seroka, Państwowy Zakład Higieny*
- Zagrożenia związane z zakażeniem węglikiem - *Dr płk. Henryk Arciuch, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii*
- Zagrożenia związane z zakażeniem cholera - *Prof.dr hab. Danuta Naruszewicz-Lesiuk, Państwowy Zakład Higieny*
- Zagrożenia związane z zakażeniem pałeczkami z rodzaju *Yersinia* - *Prof.dr hab. Stanisław Kałużewski, Państwowy Zakład Higieny*
- HIV-AIDS a zakażenia szczególnie niebezpieczne - *Doc.dr hab. Andrzej Zieliński, Państwowy Zakład Higieny*

Informacje: BIURO PROMOCJI MEDYCZNEJ Sp. z o.o.

01-450 Warszawa, ul. Astronomów 3 piętro IV tel. 836-04-16, 862-10-51 www.abacus.edu.pl

ABACUS

malia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda.

W Ameryce: Boliwia, Brazylia, Kolumbia, Ekwador, Gujana, Gujana Francuska, Panama, Peru, Surinam, Wenezuela.

GORĄCZKA LASSA**A96.2****UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Ta ciężka, ostra choroba zakaźna ma zdolność wywoływania epidemii i z tego powodu mechanizmy nadzoru epidemiologicznego mają w krajach dotkniętych tą chorobą zasadnicze znaczenie dla wykrycia wybuchów epidemii i do monitorowania działań mających na celu ograniczenie liczby zachorowań.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU**Opis kliniczny**

Choroba o stopniowo narastającym początku z jednym lub więcej następujących objawów:

- Poczucie choroby, gorączka, ból głowy, ból gardła, kaszel, nudności, wymioty, biegunka, ból mięśni, ból w klatce piersiowej, utrata słuchu, **oraz**
- Historia kontaktu z wydaliniami gryzoni albo z prawdopodobnym lub potwierdzonym przypadkiem gorączki Lassa.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Izolacja wirusa (*tylko w laboratoriach 4 stopnia bezpieczeństwa biologicznego*) z krwi, moczu, popłuczyn gardła, **lub**
- Dodatnie miano przeciwciał IgM lub serokonwersja (przeciwciała IgG) w dwukrotnym badaniu krwi tego samego osobnika, **lub**
- Znalezienie antygenu wirusa Lassa w autopsji tkanek w

badaniu immunohistochemicznym lub w surowicy metodą ELISA.

- Dodatni PCR w surowicy lub w tkankach z autopsji.

Klasyfikacja przypadków

- Podejrzany:** Przypadek zgodny z opisem klinicznym.
- Prawdopodobny:** Przypadek podejrzany, który jest epidemiologicznie związany z przypadkiem potwierdzonym.
- Potwierdzony:** Przypadek podejrzany, który jest potwierdzony laboratoryjnie.
- Kontakt:** Osoba mająca bliski kontakt osobisty z pacjentem (mieszkająca z nim lub opiekująca się nim) lub osoba badająca materiał laboratoryjny pacjenta w ciągu 3 tygodni od początku choroby.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**Sytuacja endemiczna**

- Natychmiastowe zgłaszania poszczególnych przypadków podejrzanych, prawdopodobnych i potwierdzonych ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i centralnego.
- Wszystkie przypadki muszą być badane, i muszą być obserwowane ich kontakty.
- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych z pośredniego do centralnego szczebla.

Sytuacja epidemiczna

- Wszystkie podejrzane wybuchy epidemii muszą być zgłaszane centralnie. Nadzór musi być intensyfikowany z czynnym wyszukiwaniem przypadków i śledzeniem kontaktów. Dane zbiorcze na podstawie dziennej / tygodniowej

muszą być dostarczane do szczebla pośredniego i centralnego przez zespół opracowujący wybuch epidemii.

- Choroba jest endemiczna w Sierra Leone, Liberii, Gwinei i w regionach Nigerii. Poza tymi regionami, odpowiednie objawy z historią podróży do lub przybycia z tych krajów, winny szybko spowodować badanie i zgłoszenie przypadku.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, miejsca pobytu w okresie trzech tygodni przed chorobą.
- Data wystąpienia objawów.
- Hospitalizacja.
- Zejście.
- Kontakt z przypadkiem, kontakt z gryzoniami, kontakty po wystąpieniu choroby.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Sytuacja endemiczna

- Liczba przypadków potwierdzonych, klasyfikowanych ze względu na położenie geograficzne i zejście.
- Kontakty ze względu na obszar geograficzny, stwierdzone kontakty, zejście.

Sytuacja wybuchu epidemii

- Całkowita liczba przypadków we wioskach, obszarach geograficznych, data zachorowania, hospitalizacja, zejście.
- Nowe przypadki rozpoznane od czasu ostatniego raportu.
- Całkowita liczba kontaktów ze względu na rezultat (kto zachorował).
- Nowe kontakty znalezione i obserwowane od ostatniego raportu.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

- Mapy liczby przypadków w poszczególnych obszarach geograficznych.
- Odsetek obserwowanych kontaktów.
- Wskaźnik śmiertelności.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie choroby endemicznej w czasie.
- Identyfikacja grup i obszarów ryzyka.
- Wykrywanie zachorowań grupowych / wybuchów epidemii.
- Badanie przypadków, kontaktów i źródła zakażeń.

ASPEKTY SPECJALNE

Wyjątkowe zagrożenie biologiczne jest związane z pobieraniem próbek, ich transportem oraz badaniami laboratoryjnymi.

CHOROBY WYWOŁANE WIRUSAMI A98.3, A98.4 EBOLA I MARBURG

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Gorączka krwotoczna Ebola (*Ebola Haemorrhagic Fever - EHF*) jest rzadką, ale ciężką chorobą występującą pierwotnie w afrykańskiej dżungli. Choroba charakteryzuje się przeniesieniem z człowieka na człowieka przez bliskie kontakty z pacjentami, ciałami zmarłych oraz zakażonymi płynami ust-

rojowymi. Epidemie choroby mogą być dramatycznie nasilane w ośrodkach medycznych z niskimi standardami higienicznymi; możliwość masywnego zakażenia wewnątrzszpitalnego osób sprawujących opiekę nad chorymi stanowi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego powodowane tą chorobą. Celem nadzoru epidemiologicznego jest wczesne wykrywanie przypadków, aby uniknąć wybuchów epidemii i międzynarodowego szerzenia zachorowań.

Zakażenia wirusem Marburg są wyjątkowo rzadkie. Prezentują się podobnie do gorączki krwotocznej Ebola i rekomendacje w obu zakażeniach wirusowych są te same.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Gorączka krwotoczna Ebola rozpoczyna się ostrym wzrostem temperatury ciała, biegunką, która może być krwawa (nazywana *diarrhee rouge* w krajach Afryki mówiących po francusku) i wymiotami. Ból głowy, nudności i ból brzucha są częste. Następnie rozwinąć się mogą: nacieczenie spojówek, dysfagia i objawy krwotoczne jak krwawienie z nosa, dziąseł, wymioty krwawe, krew w stolcu i skaza naczyniowa. Niektórzy pacjenci mają ponadto wysypkę plamisto-grudkową na tułowiu. Odwodnienie i wyniszczenie znacznego stopnia występuje w miarę postępu choroby. W późniejszych stadiach częste jest zajęcie centralnego układu nerwowego, objawiające się sennością, majaczeniami i śpiączką. Śmiertelność z powodu EHF waha się od 50 do 90%.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Wspomagające:

- Dodatnie wyniki testów serologicznych (ELISA dla IgG i/lub IgM).

Potwierdzające:

- Izolacja wirusa (*tylko w laboratoriach na 4 poziomie bezpieczeństwa biologicznego*), **lub**
- Dodatnia biopsja skóry (badanie immunohistochemiczne).
- Dodatni wynik PCR.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Przypadek zgodny z opisem klinicznym.

Prawdopodobny: W sytuacjach epidemicznych:

- Każda osoba, która miała kontakt z przypadkiem klinicznym i występuje u niej ostra choroba gorączkowa, **lub**
- Każda osoba z ostrą gorączką i trzema spośród następujących objawów: ból głowy, wymioty / nudności, utrata łaknienia, biegunka, poczucie wielkiego zmęczenia, ból brzucha, ból uogólniony lub stawowy, trudności z połykaniem, trudności z oddychaniem, czkawka, **lub**
- Jakakolwiek nie wytłumaczona śmierć.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany lub prawdopodobny, który jest potwierdzony laboratoryjnie.

Kontakt: W sytuacjach epidemicznych:

Osoba bez objawów, która w okresie minionych 21 dni miała kontakt bezpośredni z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem choroby lub jego płynami ustrojowymi (na przykład w czasie opieki, uczestnictwa w ceremoniach pogrzebowych, operowania zakażonym materiałem laboratoryjnym).

W sytuacjach epidemicznych po laboratoryjnym potwierdzeniu kilku pierwszych przypadków, nie ma potrzeby indywidualnych potwierdzeń laboratoryjnych i zastosowanie kategorii "podejrzany" lub "prawdopodobny" jest wystarczające do celów nadzoru epidemiologicznego.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

W obszarach endemicznych i w nieobecności epidemii

Bezpośrednie zgłaszanie przypadków podejrzanych z terenu do szczebla pośredniego i centralnego, aby zapewnić natychmiastowe badania i potwierdzenie laboratoryjne.

Uwaga: Rutynowy nadzór nad gorączką krwotoczną Ebola musi być zintegrowany z rutynowym nadzorem nad innymi wirusowymi gorączkami krwotocznymi (np. gorączką krwotoczną Krymską-Kongo, gorączką Lassa, gorączką Doliny Rift, żółtą gorączką).

W sytuacjach epidemicznych

- Intensyfikacja nadzoru i aktywne wyszukiwanie wszystkich podejrzanych i prawdopodobnych przypadków w celu natychmiastowej izolacji oraz wszystkich osób, które miały kontakt z chorymi w celu codziennej obserwacji przez 21 dni.
- Obszar poddany nadzorowi epidemiologicznemu winien być monitorowany w czasie odpowiadającym dwu oszacowaniom czasu wylegania choroby od chwili śmierci lub wypisania ze szpitala ostatniego przypadku choroby.
- Listę "plotek" (*rumour registry*) o przypadkach należy sporządzić w celu systematycznego gromadzenia od ludności doniesień znanych jej przypadków.
- Pojedyncze źródło oficjalnych informacji jest konieczne dla zapewnienia zgodności i uniknięcia zamieszania w świadomości społecznej.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy, nazwisko, wiek, płeć.
- Informacja geograficzna, nazwisko głowy rodziny, nazwisko ojca (w przypadku dzieci).
- Zajęcie, miejsce pracy.
- Data wystąpienia gorączki i innych objawów.
- Hospitalizacja łącznie z datą.
- Śmierć, łącznie z datą.
- Kontakt z poprzednim przypadkiem, łącznie z datą.
- Rodzaj i data pobrania próbek materiału do badań laboratoryjnych (jeśli takie były).

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków (podejrzanych / prawdopodobnych / potwierdzonych) klasyfikowanych ze względu na wiek, płeć.
- Liczba zgonów.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY (sytuacje epidemiczne)

Biuletyn epidemiczny winien być posyłany codziennie do miejscowych instytucji nadzoru epidemiologicznego oraz do biura WHO. Winien zawierać następujące informacje:

Przypadki:

- Całkowita, zbiorcza liczba przypadków.

- Całkowita, zbiorcza liczba zgonów.
- Aktualna liczba chorych.
- Aktualna liczba pacjentów hospitalizowanych.
- Data ostatniego znalezionej przypadku.
- Data śmierci lub wypisania ze szpitala ostatniego zgłoszonego przypadku.

Podział na grupy według płci i wieku może też być dokonywany.

Kontakty:

- Aktualna liczba kontaktów wymagających obserwacji.
- Aktualna liczba kontaktów pod właściwą obserwacją.
- Geograficzny rozkład kontaktów.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

Rutynowe dane nadzoru epidemiologicznego

- Wykrycie izolowanego przypadku lub wybuchu epidemii i natychmiastowe podjęcie kroków mających na celu zapobieżenie epidemii lub jej wygaszenie.

Aktywne wyszukiwanie przypadków i kontaktów ma zasadnicze znaczenie w czasie wybuchów epidemii dla jej wygaszenia

- Identyfikacja wszystkich przypadków i kontaktów.
- Ocena i monitorowanie przebiegu epidemii w ognisku.
- Ocena działań podejmowanych dla zwalczania epidemii.
- Dostarczenie bazy do badań (dane epidemiologiczne, materiał do badań laboratoryjnych).

ASPEKTY SPECJALNE

Ponieważ wyjątkowe niebezpieczeństwo zakażenia jest związane z pobieraniem próbek, ich transportem oraz badaniami laboratoryjnymi, ściśle przestrzeganie procedur bezpieczeństwa biologicznego i odpowiednie izolowanie pacjentów ma zasadnicze znaczenie.

Wszystkie znane szczepy Ebola z Afryki wywołują choroby u ludzi; jeden szczep Ebola z Filipin (Reston) zakaża ludzi nie wywołując choroby.

ODRA

B05

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Odra stanowi cel programu WHO ograniczenia o 90% zachorowalności i o 95% śmiertelności (9GPW, cel 6.2). Nadzór nad odrą zmienia się wraz z fazą zwalczania tej choroby. Kraje w początkowej fazie zwalczania odry (*measles control*) winny koncentrować się na wzroście stopnia zaszczepienia w szczepieniach rutynowych i na zogniskowaniu dodatkowego wysiłku na szczepieniach w obszarach o wysokiej chorobowości.

Kraje w bardziej zaawansowanej fazie zapobiegania wybuchom epidemii (*measles outbreak prevention phase*) osiągną wysoki stopień zaszczepienia przeciw odrze i niską zachorowalność, z okresowymi wybuchami epidemii. W tych krajach nadzór epidemiologiczny musi być stosowany aby przewidzieć możliwe wybuchy oraz dla zidentyfikowania obszarów i populacji wysokiego ryzyka.

Kraje ostatniej, najbardziej zaawansowanej fazy eliminacji odry (*measles elimination phase*), w których celem jest całkowite przerwanie transmisji odry, wymagają bardzo intensywnego nadzoru opartego na przypadkach, aby wykrywać, badać i potwierdzać każdy przypadek podejrzany, że to odra w społeczności.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU**Opis kliniczny**

Jakakolwiek osoba z:

- Gorączką **oraz**
- Plamkowo-grudkową (to znaczy nie pęcherzykową) wysypką **oraz**
- Kaszlem, nieżytem nosa, lub zapaleniem spojówek

lub

Jakakolwiek osoba, u której lekarz podejrzewa zakażenie odrowe.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Przynajmniej czterokrotny wzrost miana przeciwciał, **lub**
- Wyosobnienie wirusa odry, **lub**
- Obecność specyficznych dla odry przeciwciał w grupie IgM.

Klasyfikacja przypadków

Potwierdzony klinicznie: Przypadek, który spełnia definicję kliniczną.

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.

Potwierdzony laboratoryjnie: (Tylko dla potwierdzenia w wybuchach epidemii oraz w fazie eliminacji.) Przypadek, który spełnia definicję kliniczną i który jest potwierdzony laboratoryjnie lub powiązany epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym laboratoryjnie.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**Faza kontrolna**

- Gdy odra występuje endemicznie, rutynowe miesięczne raporty danych zbiorczych przypadków klinicznych ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i centralnego.
- Tylko wybuchy epidemii (nie w każdym przypadku) powinny być badane szczegółowo.

Międzynarodowe: Rutynowe raporty danych zbiorczych zgodnie z regionalną specyfikacją (geograficzny region, miesiąc zachorowania) ze szczebla centralnego do Regionalnego Biura WHO.

Faza zapobiegania wybuchom epidemii.

- Gdy zostaje osiągnięta niska zachorowalność z okresowymi wybuchami epidemii spowodowanymi nagromadzeniem się osób podatnych, rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych przypadków klinicznych ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.
- Wszystkie podejrzenia o wybuch epidemii winny być badane natychmiast i zbierane dane dotyczące indywidualnych przypadków. Podejrzone epidemie muszą być potwierdzone serologicznie wyłącznie w zakresie kilku pierwszych przypadków.

Międzynarodowe: Rutynowe zgłoszenia danych zbiorczych zgodnie z regionalnymi specyfikacjami (obszar geograficzny, miesiąc zachorowania, grupa wieku, stan zaszczepienia).

Faza eliminacji

- Każdy zgłoszony przypadek winien być badany i zgłaszany do szczebla pośredniego i centralnego oraz włączony do systemu zgłoszeń tygodniowych.
- Materiał do badań laboratoryjnych winien być pobierany

w każdym przypadku.

Międzynarodowe: Rutynowe zgłaszanie danych zbiorczych przypadków klinicznych zgodnie z regionalną specyfikacją (obszar, miesiąc zachorowania, grupa wieku, stan zaszczepienia).

Zgłaszanie nie występowania przypadków (zero reporting) jest wymagane na wszystkich szczeblach w każdej fazie.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI**Faza kontrolna (dane zbiorcze)**

- Liczba przypadków.
- Liczba dawek szczepionki podanej dzieciom poniżej drugiego roku życia (zależnie od kalendarza szczepień).

Faza zapobiegania wybuchom epidemii (dane zbiorcze)

Takie same jak w fazie kontrolnej, plus

- Liczba przypadków w grupach wieku i według stanu zaszczepienia.
- % znanych wybuchów epidemii, które były badane.

Faza eliminacji (dane indywidualne)

- Identyfikator jednostkowy.
- Obszar geograficzny.
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia wysypki.
- Data zgłoszenia.
- Data badania przypadku (*case investigation*).
- Data pobrania materiału do badań.
- Liczba otrzymanych dawek szczepionki (99 - nie wiadomo).
- Zidentyfikowane źródło zakażenia (1 = tak; 2 = nie; 9 = nie wiadomo).
- Wynik badania serologicznego (1 = dodatni; 2 = ujemny; 3 = nie badano; 9 = nie wiadomo).
- Klasyfikacja ostateczna (1 = potwierdzony klinicznie; 2 = potwierdzony laboratoryjnie; 3 = potwierdzony przez związek epidemiologiczny; 9 = odrzucony).

Kompletność i punktualność tygodniowych zgłoszeń odry winna być monitorowana w każdej fazie.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY**Faza kontrolna**

- Zachorowalność w miesiącach, latach i obszarach geograficznych.
- Poziom zaszczepienia według lat i obszarów geograficznych.
- Kompletność i punktualność miesięcznych sprawozdań.
- Proporcjonalna liczba przypadków (w zestawieniu z innymi chorobami istotnymi dla zdrowia publicznego).

Faza zapobiegania wybuchom epidemii

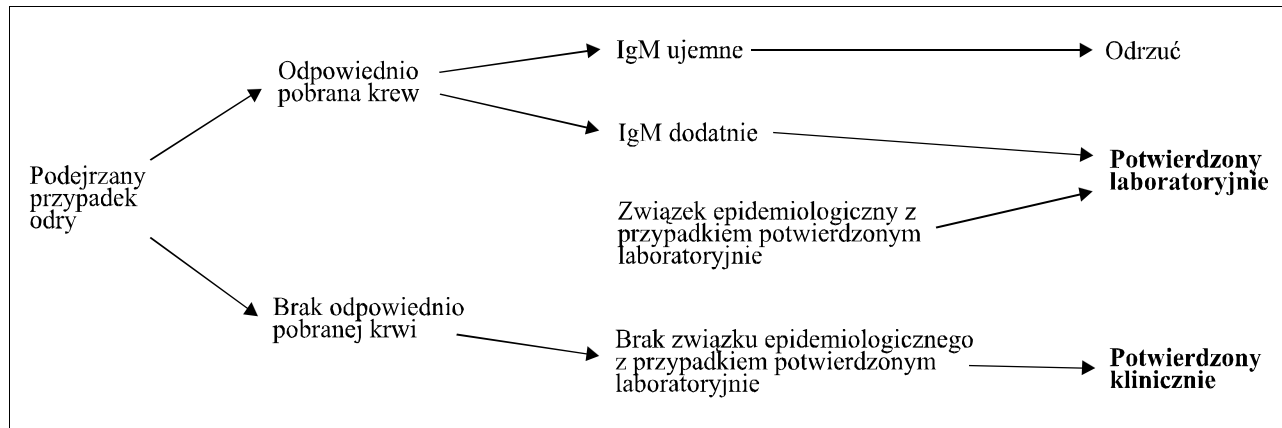
Takie same jak w fazie kontrolnej, plus

- Zachorowalność w grupach wieku.
- Przypadki w grupach wieku według stanu zaszczepienia.

Faza eliminacji odry

Takie same jak w fazie zapobiegania wybuchom epidemii, plus:

Wskaźniki sprawności:	Cel
% otrzymanych raportów tygodniowych	80%
% przypadków* zgłoszonych ≤ 7 dni po wystąpieniu wysypki	80%



Rycina 1: Ostateczna klasyfikacja przypadków odry (faza eliminacji).

% przypadków* badanych ≤ 48 godzin po zgłoszeniu 80%
 % przypadków* z odpowiednimi** badaniami laboratoryjnymi 80%
 % potwierdzonych przypadków ze znalezionym źródłem zakażenia 80%

* Wszystkie przypadki spełniające definicję kliniczną.
 ** Odpowiedni materiał stanowi krew pobrana w okresie 3-28 dni od wystąpienia wysypki.

Faza eliminacji

Użycie danych do klasyfikowania przypadków (zob.: Rycina 1). Określenie czy wirus odry krąży lub może krążyć (co oznacza wysokie ryzyko) oraz wydajności systemu nadzoru epidemiologicznego (tzn. czasu reakcji dla zgłaszania przypadków i pobierania materiału) aby wykryć krążenie wirusa lub jego potencjalny import.

W czasie wszystkich faz

Wykrywanie i badanie wybuchów epidemii w celu zapewnienia właściwego prowadzenia przypadków. Określenia dlaczego wybuch nastąpił (brak niewydolność systemu szczepień, nagromadzenie osób podatnych). (cdn)

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

wybór, przekład i opracowanie Andrzej Zieliński

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

Faza kontrolna

Monitorowanie zachorowalności i stopnia zaszczepienia w celu monitorowania postępu (zmniejszenie zachorowalności i zwiększenie stopnia zaszczepienia) oraz identyfikacja obszarów wysokiego ryzyka lub ze słabym wykonawstwem szczepień.

Faza zapobiegania wybuchom epidemii

Opis zmieniającej się epidemiologii odry w kategoriach wieku i odstępów czasowych pomiędzy wybuchami. Identyfikacja populacji wysokiego ryzyka. Określenie kiedy następny wybuch może nastąpić poprzez zwiększenie liczby osób podatnych i przyspieszenie przeciwdziałań.

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronach www.pzh.gov.pl www.medstat.waw.pl

