

Meldunek 2/A/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.02 do 15.02.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/A		Dane skumulowane	
	1.02.01. do 15.02.01.	1.02.00. do 15.02.00.	1.01.01. do 15.02.01.	1.01.00. do 15.02.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	6	7	6
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	389	404	1266	1216
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	1	-	2	5
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	229	225	631	541
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	310	141	772	372
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	834	1009	2233	2388
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	491	745	1298	1778
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	2	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	155	55	419	198
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	367	433	1043	1323
Zapalenie opon mózgowych: razem	71	56	228	203
w tym: meningokokowe (A39.0)	8	6	23	14
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	3	4	11
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	32	27	83	92
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	25	16	102	67
inne i nie określone (G03)	5	4	16	19
Zapalenie mózgu: razem	19	15	51	41
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	3	2	17	5
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	5	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	-	4	2
wirusowe, nie określone (A86)	8	11	14	25
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	2	11	9
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	7495	7723	24119	23145
Odra (B05)	4	1	8	10
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3334	1720	8351	4124
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	14	9	44	46
typu B (B16; B18.0-B18.1)	90	122	277	354
typu C (B17.1; B18.2)	84	94	215	258
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	4	10	13	23
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	10	14	25	45
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	623	1052	1903	3431
Włośnica (B75)	1	-	2	1
Świerzb (B86)	787	773	2339	2463
Grypa: ogółem (J10; J11)	174601	444788	308791	1371791
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	512	510	1664	1555
w tym: salmonelozy (A02.0)	383	402	1256	1211
gronkowcowe (A05.0)	2	1	6	4
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	1	6	7
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	1	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	9	1	43	3
nie określone (A05.9)	114	105	352	329
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	-	4	1
w tym: grzybami (T62.0)	1	-	4	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	314	387	981	893
w tym: pestycydami (T60)	2	-	7	-
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	154	219	477	476
alkoholem (T51)	58	75	186	157
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	3	7	6

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.02.2001 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	2	-	-	389	1	834	-	155	367	71	8	19	-
Dolnośląskie	-	-	-	29	-	33	-	10	32	3	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	1	-	-	26	-	55	-	7	40	5	-	3	-
Lubelskie	-	-	-	25	-	57	-	-	26	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	8	-	20	-	-	4	3	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	31	-	42	-	29	5	6	1	2	-
Małopolskie	-	-	-	28	1	44	-	10	24	3	-	1	-
Mazowieckie	1	-	-	71	-	102	-	21	28	7	1	3	-
Opolskie	-	-	-	6	-	7	-	4	10	1	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	16	-	64	-	-	5	3	-	5	-
Podlaskie	-	-	-	21	-	12	-	26	5	4	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	17	-	81	-	-	16	9	2	-	-
Śląskie	-	-	-	29	-	70	-	11	71	9	2	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	19	-	53	-	33	3	2	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	25	-	36	-	-	15	4	1	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	30	-	136	-	4	75	5	1	2	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	8	-	22	-	-	8	3	-	-	-

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	7495	4	3334	14	94	88	623	1	787	174601	512	1	314
Dolnośląskie	551	1	479	-	6	9	54	-	34	48217	36	-	20
Kujawsko-Pomorskie	475	-	682	-	6	4	72	-	71	14688	38	-	9
Lubelskie	245	-	192	1	3	2	46	-	54	10212	26	-	32
Lubuskie	193	-	64	-	1	6	2	-	17	6030	19	-	19
Łódzkie	498	-	80	-	13	9	21	-	68	9235	30	1	49
Małopolskie	605	1	209	1	7	8	25	-	18	21179	34	-	12
Mazowieckie	655	-	118	10	10	15	33	-	48	10637	75	-	21
Opolskie	283	-	55	-	3	2	18	-	42	3635	7	-	2
Podkarpackie	478	-	32	1	4	2	21	-	43	744	18	-	29
Podlaskie	232	1	20	-	2	2	29	-	45	2593	21	-	7
Pomorskie	500	-	45	-	5	7	94	-	55	4725	41	-	21
Śląskie	1047	-	665	-	18	8	67	-	125	23054	53	-	45
Świętokrzyskie	513	-	67	-	10	7	48	-	46	917	31	-	27
Warmińsko-Mazurskie	397	-	75	1	1	-	3	-	35	5569	25	-	4
Wielkopolskie	543	1	470	-	5	6	84	-	41	5905	35	-	12
Zachodniopomorskie	280	-	81	-	-	1	6	1	45	7261	23	-	5

Zakres informacji zbieranych w nadzorze epidemiologicznym nad poliomyelitis w Polsce

W "Meldunku" 12/B/00 (str. 10-11) ukazało się tłumaczenie definicji WHO do celów nadzoru epidemiologicznego nad *polio*. W związku z prowadzonym w Polsce Programem Eradykacji Poliomyelitis niżej podano zakres informacji zbieranych w nadzorze epidemiologicznym nad *polio* w ramach tego Programu (z uwzględnieniem korekty informacji przedstawionych w "Meldunku" 12/B/00).

* * *

Dane indywidualne

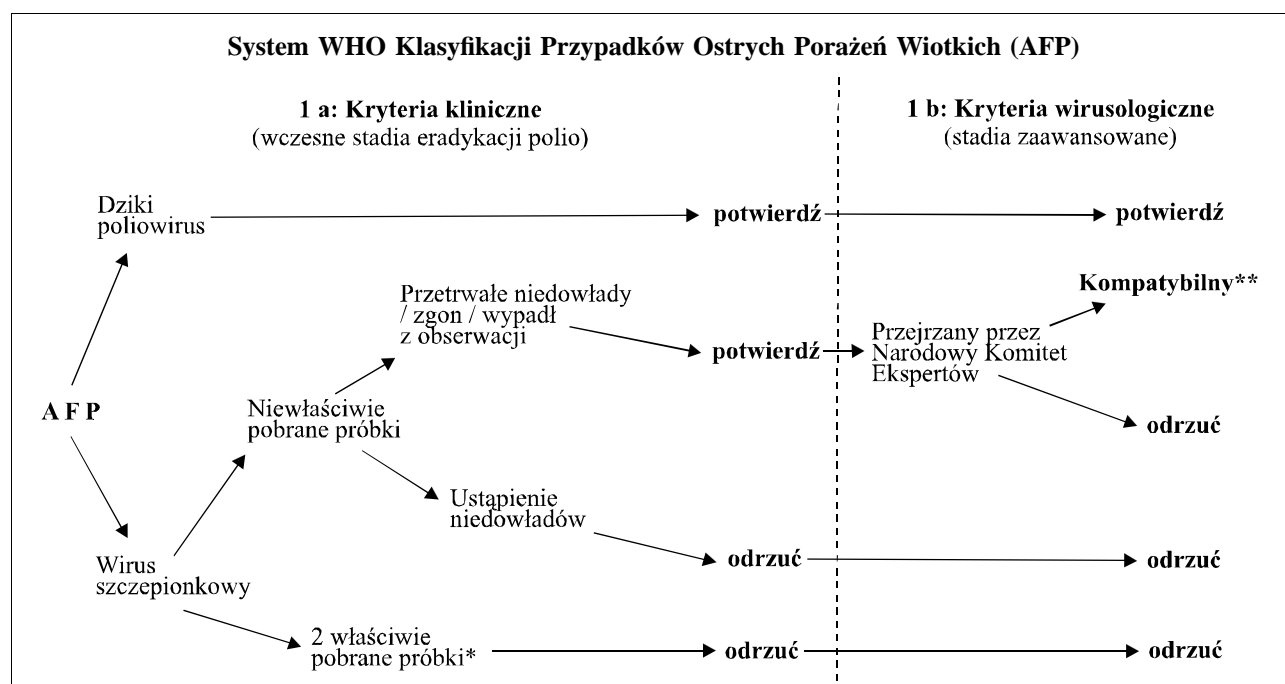
(winny być związane z danymi opartymi na badaniach laboratoryjnych)

- Identyfikator jednostkowy.
- Nazwa obszaru geograficznego (terytorialnej jednostki administracyjnej).
- Data urodzenia.
- Data wystąpienia porażenia.
- Data zgłoszenia do lekarza / hospitalizacji.
- Data zawiadomienia stacji Sanepid.
- Liczba całkowitych dawek szczepionki przeciw *polio*:
99 = nie wiadomo.
- Gorączka towarzysząca wystąpieniu porażenia:
1 = tak,
2 = nie,
9 = nie wiadomo.
- Gwałtowne narastanie porażenia (w ciągu 4 dni):
1 = tak,
2 = nie,
9 = nie wiadomo.
- Wystąpienie porażenia asymetrycznych:
1 = tak,
2 = nie,
9 = nie wiadomo.
- Data badania kontrolnego (po 60 dniach).
- Badanie kontrolne po 60 dniach od zachorowania:
1 = przetrwałe niedowład,
2 = ustąpienie niedowładów,

3 = wypadnięcie z obserwacji,
4 = zgon przed badaniem kontrolnym.

- Klasyfikacja końcowa:
0 = nie opw,
1 = potwierdzone *polio* (klinicznie lub wirusologicznie),
2 = odrzucone *polio*,
3 = podejrzenie *polio* (kompatybilny**),
4 = podejrzenie *polio* poszczepiennego,
5 = potwierdzenie *polio* poszczepiennego,
6 = dane niekompletne, wymagające uzupełnienia.
- Końcowe rozpoznanie kliniczne po 60 dniach:
0 = nie opw,
1 = podejrzenie *polio*,
2 = zespół wielokorzeniowo-nerwowy (zespół Guillaina-Barrégo, zespół Landry'ego),
3 = poprzeczne zapalenie rdzenia,
4 = neuropatia pourazowa,
5 = guz rdzenia (ostra ciasnota kanałowa, krwiatek, ropień),
6 = neuropatia obwodowa (pozapalna, toksyczna),
7 = inne choroby neurologiczne,
8 = choroby układowe lub metaboliczne, choroby mięśni, kości,
9 = porażenie o nieznannej etiologii lub nieznanne rozpoznanie.
- Czynniki ryzyka w dochodzeniu epidemiologicznym u osoby z ostrym porażeniem wiotkim:
0 = brak,
1 = objawy kliniczne wskazujące na *polio*,
2 = rozpoznanie kliniczne *polio*,
3 = mniej niż 3 dawki szczepionki przeciw *poliomyelitis*,
4 = podróż do kraju endemicznego *polio* w ciągu ostatnich 2 miesięcy,
5 = inna podróż zagraniczną w ciągu ostatnich 2 miesięcy,
6 = grupa wysokiego ryzyka (bezdumni, imigranci, nie szczepieni, itp.),
9 = brak danych.

* Termin "właściwie pobrane próbki" oznacza 2 próbki pobrane w odstępie 24-48 godzin w ciągu 14 dni od wystąpienia porażenia. Próbką przybywająca do laboratorium musi mieć dostateczną wielkość (około 8-10 gramów), mieć od-



powiednią dokumentację (formularz zlecenia badań) i być w dobrym stanie (bez wycieków, wysuszenia i podstawy do przyjęcia (na podstawie temperatury lub obecności lodu), że łańcuch chłodniczy był zachowany.

** "Przypadek kompatybilny" wskazuje na błąd nadzoru epidemiologicznego i powinien być monitorowany terytorialnie i czasowo.

Paweł Stefanoff

Zagrożenie malarią podróżujących do Afryki

Malaria jest poważną chorobą, która może bardzo szybko zakończyć się zgonem, jeśli nie przedsięwzięcie się odpowiednich środków zapobiegawczych. Usilnie zaleca się podróżnym zasięganie informacji, czy w miejscach, które mają zamiar odwiedzić występuje przenoszenie malarii.

WHO otrzymało ostatnio liczne raporty o podróżujących do Afryki, którzy powrócili z malarią. W świetle tych raportów doradza się podróżnym przedsięwzięcie wszelkich możliwych środków zapobiegawczych. Każdego roku tysiące podróżnych zachorowuje na malarię, a niektórzy umierają. Większości tych zgonów można zapobiec przez stosowanie repelentów i innych środków chroniących przed ugryzieniami komarów wraz z przepisowym, profilaktycznym przyjmowaniem właściwych leków przeciwmalarycznych.

Dokładniej, WHO otrzymało raporty z Niemiec i Hiszpanii o podróżnych, którzy zachorowali po powrocie z wyjazdów typu "last minute" do Gambii i Senegalu. Podobne doniesienia pochodzą z Danii, Szwecji i Wielkiej Brytanii.

W nadchodzących miesiącach trzeba zachować szczególną ostrożność w południowej Afryce, gdzie między grudniem 2000 r. a marcem 2001 r. przewidywane są niezwykle obfite opady deszczu, z towarzyszącym wzrostem przenoszenia malarii do maja 2001 r.

Przy wyjazdach do większości krajów afrykańskich WHO zaleca cotygodniową profilaktykę meflochiną. Profilaktyczne stosowanie meflochiny trzeba zacząć na 2-3 tygodnie przed podróżą. Dla podróżnych, którzy nie zaczęli na czas profilaktyki, alternatywę może stanowić codzienne stosowanie doksycyliny, jeśli można ją podać po raz pierwszy na dzień przed podróżą. Przyjmowanie obu leków należy kontynuować w czasie pobytu i przez cztery tygodnie po opuszczeniu obszaru endemicznego, aby stworzyć ochronę w okresie wylegania choroby. Wszystkie leki przeciwmalaryczne mają przeciwwskazania do stosowania i niepożądane działanie uboczne; powinny być przepisywane przez kompetentnego lekarza lub w klinice specjalizującej się w zakresie medycyny podróży.

Podróżni często błędnie sądzą, że jeśli planują krótki pobyt na obszarach malarycznych, nie muszą interesować się profilaktyką malarii bo ryzyko zarażenia jest małe. W rzeczywistości, nawet podczas bardzo krótkiej wycieczki istnieje ryzyko ugryzienia przez komara, który może zarazić rodzicami malarii.

Więcej informacji o zapobieganiu malarii u podróżnych udostępniono w Internecie na stronach WHO pod adresem: <http://www.who.int/ith>.

Podróżnym doradza się zasięganie informacji o zagrożeniu malarią, najodpowiedniejszych lekach profilaktycznych oraz chronienie się przed ugryzieniami komarów przez stosowanie repelentów między zmiernych a świtem i - tam, gdzie to jest konieczne - moskitier pokrytych insektycydem.

Żaden reżim profilaktyki przeciwmalarycznej nie daje całkowitej ochrony i jeśli podróżny zachoruje podczas lub po podróży, powinien pilnie szukać pomocy medycznej.

Początkowe objawy malarii mogą być łagodne i obejmować: gorączkę, ogólne złe samopoczucie i objawy rzekomogrypowe. Malarię trzeba podejrzewać zawsze, jeśli gorączka - z lub bez innych objawów takich jak: bóle głowy, mięśni, osłabienie, wymioty, biegunka i kaszel - pojawi się w jakimkolwiek momencie między tygodniem po pierwszej możliwej ekspozycji i dwoma miesiącami (lub - w rzadkich przypadkach - nawet później) po ostatniej możliwej ekspozycji. Jeśli wystąpi gorączka podróżny powinien niezwłocznie szukać pomocy medycznej i domagać się badania laboratoryjnego w kierunku malarii. Niezwłocznie leczona malaria jest chorobą uleczalną. Jeśli pozostaje nieleczona, grozi śpiączką i zgonem. Udostępnienie pracownikowi służby zdrowia szczegółowych danych o przebiegu podróży może uratować życie.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,4,25-27)
opracowała Wanda Szata*

Strategia zmniejszenia umieralności z powodu odrzy na świecie

(Zalecenia grupy roboczej ŚÓZ, UNICEF i CDC sformułowane na spotkaniu dot. strategii poprawy zwalczania odrzy na świecie; 11-12 maja 2000 r.)

Szczepienia przeciw odrze są skuteczne. Wg oszacowania przez ŚÓZ szczepienia zapobiegają rocznie zachorowaniu 80 mln osób i zgonom z powodu odrzy 4,5 mln osób. Ze względu na to, że nie wszystkie kraje osiągnęły wysoki odsetek zaszczepienia przeciw odrze, odra nadal powoduje na świecie co roku ok. 30 mln zachorowań i 880 tys. zgonów - co stanowi ok. 40% oszacowanych na 2 mln zgonów z powodu wszystkich zachorowań dzieci, którym można zapobiegać stosując szczepienia.

Potwierdzono, że dla opanowania odrzy konieczne jest szczepienie powyżej 90% dzieci i że stosowanie jednej dawki szczepionki jest niewystarczające. Przeciętnie serokonwersja po jednej dawce szczepionki podanej w wieku 9 m.ż. występuje u ok. 85% szczepionych, co powoduje, że pozostaje znaczna liczba dzieci podatnych na zakażenie. Dlatego uczestnicy spotkania podkreślili znaczenie podania drugiej dawki szczepionki jako możliwości zaszczepienia dzieci, które tego uniknęły, jak również uodpornienia tych dzieci, które nie odpowiedziały na pierwszą dawkę. Drugie szczepienie może być uwzględnione w programie szczepień (kalendarzu), podane w czasie uzupełniających akcji szczepień lub wykorzystując równoległe obie formy.

Plany działania zmierzające do ograniczenia umieralności

- Plan ograniczenia umieralności powinien być częścią długoterminowego planu strategicznego szczepień, m.in. powinien być włączony do 3-5 letniego Rozszerzonego Programu Szczepień (EPI) prowadzonego w poszczególnych krajach.
- Plan powinien określać zadania i budżet działania łącznie z poprawą szczepień, organizowaniem akcji, intensyfikacją nadzoru (surveillance) itp.
- Agencje światowe, m.in. Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), powinny wspierać akcję zmniejszenia umieralności z powodu odrzy.
- Należy jednak pamiętać, że priorytet we wszystkich dzia-

laniach należy do programu eradykacji *polio*.

Rutynowo prowadzone szczepienia i akcje szczepień

- Podstawą opanowania odry jest prowadzenie szczepień planowych (wg kalendarza).
- Kraje powinny wykryć przyczynę szczepienia dzieci w niższym niż planowano odsetku.
- Należy poprawić wykonawstwo szczepień na każdym poziomie ich organizacji i wykonawstwa. ŚOZ i UNICEF powinny nadzorować i wspomagać organizację kursów szkoleniowych i wszystkich działań mających na celu ograniczenie liczby osób, które nie wykorzystały możliwości zaszczepienia się przeciw odrze.
- Szkolenie i nadzór nad bezpieczeństwem szczepień (z zapewnieniem ich priorytetu) powinny zapewnić właściwe operowanie szczepionką, rozpuszczanie, wstrzykiwanie, bezpieczne usuwanie strzykawek i igieł oraz monitorowanie niepożądanych zdarzeń.
- Konieczne jest wprowadzenie drugiego szczepienia.
- Akcje masowych szczepień, dobrze zorganizowane, są skuteczną strategią zwalczania odry. Dają dobre rezultaty gdy ulega zahamowaniu transmisja wirusa odry. Zależnie od poziomu wykonawstwa kalendarzowych szczepień, akcje należy powtarzać w określonych, regularnych odstępach czasu.
- Akcje należy organizować dla dużych populacji osób i obejmować szczepieniem powyżej 90% tej populacji.
- Wiek osób, które będą szczepione w czasie akcji, powinien być określony na podstawie analizy wieku zachorowań na odrę, oceny stanu uodpornienia wg wieku, na podstawie przeglądów serologicznych i danych o wykonanych szczepieniach.
- Nie jest wskazane wykorzystywanie akcji zmierzających do eradykacji *poliomyelitis* do wdrażania akcji poprawy szczepień przeciw odrze.
- Akcje szczepień masowych muszą być dobrze zaplanowane z zapewnieniem bezpieczeństwa szczepień, ze szczególnym uwzględnieniem dobrze wyszkolonego personelu oraz dostatecznej ilości sprzętu i szczepionek.
- Akcje szczepień powinny być dobrze udokumentowane.

Nadzór epidemiologiczny - surveillance odry

- Jeżeli to możliwe i właściwe, surveillance odry należy połączyć z istniejącym surveillancem ostrych porażenia wiotkich.
- Nadzór powinien dostarczyć podstawowych informacji o zachorowaniach i przebiegu planowanego programu zwalczania, zebrać dane o przypadkach m.in. wg czasu zachorowania, miejsca, wieku i przebytych szczepień.
- Dane z nadzoru powinny wpływać regularnie - w określonym czasie, np. tygodniowo.
- Należy wykorzystać dochodzenie epidemiologiczne o ogniskach epidemicznych i wyniki badań pogłębionych (sentinal surveillance) w ocenie zmian w epidemiologii odry.
- W krajach o deficycie podaży witaminy A, należy wprowadzić uzupełniające podawanie tej witaminy dzieciom w wieku od 6 m.ż. do 5 lat - co 4-5 miesięcy.

Określenie i monitorowanie eliminacji odry

- Przez eliminację odry rozumie się brak (aktualny) transmisji wirusa odry na dużym obszarze geograficznym. Mimo osiągnięcia eliminacji, mogą występować przypadki importowane z możliwością ograniczonego szerzenia się zakażenia na wrażliwe osoby. Dlatego eliminacja nie

oznacza braku przypadków (zera przypadków).

- Należy stosować proponowane metody monitorowania eliminacji rodzimej transmisji wirusa odry m.in. stosując określenie proporcji przypadków zawleczonych do rozprzestrzenienia i czasu trwania epidemii (ognisk epidemicznych) pochodnych.
- Specjalne badania - przeglądy serologiczne określające rozkłady w populacji osób wrażliwych i opracowanie modelu epidemii mogą być przydatne w ocenie przypuszczalnej transmisji wirusa odry i wskazaniu grup, które należy dodatkowo zaszczepić.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,50,411-416)
oraz "Morb.Mort.Wkly Rep." (2000,49,1116-1118)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*

Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia* (6)

OSTRE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY B15-B17

Ostre wirusowe zapalenie wątroby (WZW) jest częstą i poważną chorobą zakaźną wywoływaną przez szereg różnych wirusów, której istotą jest zapalenie wątroby i często martwica jej komórek. Niektóre z wirusów wywołujących ostre zapalenie wątroby wnikają drogą pokarmową (typy A i E) inne drogą parenteralną (typy B, C, delta oraz G). Ostre wirusowe zapalenie wątroby jest chorobą bardzo w świecie rozpowszechnioną, a w wielu krajach zachorowalność na niektóre jej postaci (szczególnie B i C) szybko narasta w ostatnich latach. W Polsce obserwowano bardzo wysoką zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B, w granicach 40/100.000 do roku 1989, a następnie w miarę wprowadzania programu szczepień spadek do około 10/100.000 w roku 1998. Nadal jednak obserwujemy w Polsce wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Okres wylegania ostrego wirusowego zapalenia wątroby waha się od kilku tygodni do sześciu miesięcy. Średnia okresu wylegania zapalenia wątroby typu A wynosi około 30 dni (14-45), a zapalenia wątroby typu B - 70 dni (30-180). Dla typu C wynosi ona 50 dni (15-150), a dla typu E 40 dni (15-60).

Początkowe objawy wirusowego zapalenia wątroby są niespecyficzne; w typowych przypadkach u pacjenta rozwija się poczucie choroby i słabość, a następnie utrata apetytu, nawracające nudności i wymioty i niewyraźny tępy ból w prawym podżebrzu. Objawy te stanowią fazę przedżółtaczkową trwającą 3-10 dni. Następnie pojawia się faza żółtaczkowa trwająca zwykle 1-3 tygodni. W czasie tej fazy samopoczucie chorego poprawia się, apetyt powraca, nudności ustępują mimo trwania żółtaczki. Opisany wyżej, typowy obraz wirusowego zapalenia wątroby stanowi swego rodzaju środek szerokiego spektrum od przypadków niemal bezobjawowych, przebiegających bez bilirubinemii, do bardzo ciężkich i gwałtownie postępujących. Po przebyciu ostrego wirusowego zapalenia wątroby może rozwinąć się przewlekłe zapalenie prowadzące niekiedy do ciężkich następstw w postaci marskości wątroby.

Zapobieganie tym typom wirusowego zapalenia wątroby, które przenoszą się drogą pokarmową, polega na korzystaniu z urządzeń sanitarnych i zachowaniu higieny osobistej oraz na odpowiednich standardach higieny żywności. Natomiast zapobieganie typom przenoszonym parenteralnie wy-

maga oceny serologicznej przetaczanej krwi i produktów krwiopochodnych, odpowiedniej sterylizacji (w autoklawach) narzędzi chirurgicznych i dentystrycznych, przestrzegania procedur dezynfekcji sprzętu nie poddającemu się sterylizacji, zmiany rękawiczek ochronnych przy zabiegach i generalnego utrzymywania wysokich standardów czystości w jednostkach służby zdrowia, gabinetach kosmetycznych i zakładach fryzjerskich.

Istnieją skuteczne i bezpieczne szczepionki przeciw WZW-A oraz WZW-B. Nie opracowano do tej pory skutecznej szczepionki przeciw WZW-C. (*przyp. tłum.*)

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

W skali globalnej szacuje się liczbę nosicieli wirusa zapalenia wątroby typu B na 400 milionów, typu C na 170 milionów, a roczną liczbę zgonów z powodu WZW-B ocenia się na milion. Przenoszenie wirusów typu A i E następuje głównie drogą pokarmową (*fecal-oral*), natomiast wirusów B, C i D (delta) drogą przezskórnej ekspozycji na płyny ustrojowe, włączając w to drogę płciową w wypadku WZW-B. Przebieg choroby może być gwałtowny (na przykład zapalenie wątroby typu E w czasie ciąży); zapalenia przewlekłe i ciężkie następstwa występują najczęściej po zapaleniach wątroby typów B, C oraz współinfekcji B i D. WZW-B jest celem programu WHO (9GPW, cel 6.3) redukcji zachorowalności i chorobowości.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Ostra choroba typowo obejmująca żółtaczkę, ciemny mocz, utratę łaknienia, poczucie choroby, skrajne zmęczenie oraz tkliwość w prawym podbrzuszu. Objawy laboratoryjne obejmują wzrost urobilinogenu w moczu oraz 2,5-krotny wzrost aminotransferaz (transaminaz) osocza ponad poziom górnej granicy normy.

Uwaga: Większość zakażeń występuje we wczesnym dzieciństwie. Część zachorowań u osób dorosłych ma przebieg bezobjawowy.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Zapalenie wątroby typu A: Obecne w surowicy IgM anty-HAV.

Zapalenie wątroby typu B: Obecny w surowicy antygen powierzchniowy wirusa *Hepatitis B* (HBsAg) **lub** obecne przeciwciała IgM anty-HBc.

Zapalenie wątroby nie-A, nie-B: IgM anty-HAV i IgM anty-HBc (lub HBsAg) nieobecne w surowicy.

Uwaga 1: Testy na przeciwciała anty-HBc IgM, specyficzne dla ostrej infekcji są, w wielu wypadkach, trudno dostępne. HBsAg, łatwiej dostępny, nie pozwala rozróżnić między ostrą nową infekcją a obostreniami przewlekłego zapalenia wątroby typu B, jednakże przewlekła obecność HBsAg (> 6 miesięcy) wskazuje na zakażenie przewlekłe.

Uwaga 2: U osób z ujemnymi testami zapaleń wątroby typów A i B, rekomendowane są dalsze badania w kierunku zapaleń wątroby typu C lub E.

Zapalenie wątroby typu C: Dodatnie anty-HCV.

Zapalenie wątroby typu E: Dodatnie IgM anty-HEV.

Zapalenie wątroby typu D: (występuje tylko jako współzakażenie z zapaleniem wątroby typu B) Dodatni HBsAg **lub** IgM anty-HBc plus dodatnie anty-HDV.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Przypadek spełniający definicję kliniczną.

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany, potwierdzony laboratoryjnie, **lub wyłącznie dla zapalenia wątroby typu A:** przypadek podejrzany u osoby, która miała epidemiologiczny związek z osobą u której rozpoznano *hepatitis A* w sposób potwierdzony (to znaczy współmieszkała lub miała kontakt seksualny w ciągu 15-50 dni przed pojawieniem się objawów).

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe zgłoszenia miesięczne danych zbiorczych odnośnie przypadków podejrzanych oraz liczby przypadków potwierdzonych każdego typu zapalenia wątroby ze szczebla terenowego do szczebli pośrednich i szczebla centralnego.
- Zgłaszanie nie występowania zachorowań (*zero reporting*) na wszystkich szczeblach.

Wszystkie wybuchy epidemii winny być niezwłocznie badane i potwierdzane serologicznie.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Dane zbiorcze

- Liczba trzecich dawek szczepionki przeciw zapaleniu wątroby typu B (HepB3) podanych dzieciom.
- Liczba przypadków podejrzanych.
- Liczba potwierdzonych przypadków dla każdego typu zapalenia wątroby.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

(z rozmaitych źródeł, w uzupełnieniu do danych nadzoru epidemiologicznego)

- Zaszczepienie HepB3 dzieci w poszczególnych latach i obszarach geograficznych.
- Zachorowalność na ostre wirusowe zapalenia wątroby w poszczególnych latach, miesiącach oraz grupach wieku.
- Zachorowalność na rozpoznane typy wirusowych zapaleń wątroby w poszczególnych obszarach geograficznych, latach, miesiącach i grupach wieku.
- Proporcje wszystkich przypadków przewlekłych chorób wątroby, marskości oraz pierwotnego raka wątroby, które są HBsAg lub anty-HCV dodatnie (*zob.: Aspekty specjalne*).

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie zaszczepienia HepB3 w obszarach geograficznych w celu wykrycia miejsc o niskim zaszczepieniu i podjęcia odpowiednich działań.
- Badanie wszystkich podejrzanych i zgłaszanych wybuchów epidemii.
- Określenie specyficznych przyczyn ostrego zapalenia wątroby (zgłaszanych rutynowo oraz w czasie wybuchów epidemii), aby móc podjąć odpowiednie przeciwdziałania.
- Zrozumienie epidemiologii zapaleń wątroby wywołanych przez różne czynniki etiologiczne w kategoriach rozkładu w czasie, grupach wieku i obszarach geograficznych.
- Pomiar zachorowalności (z zachorowalnością w grupach wieku) oraz prevalencji HBsAg i anty-HCV.
- Pomiar proporcji ostrych wirusowych zapaleń wątroby,

przewlekłych chorób wątroby, marskości oraz pierwotnego raka wątroby, które występują u nosicieli wirusa WZW typu B oraz WZW typu C, aby:

- określić zagrożenie chorobą w populacji,
- wybrać priorytety wśród innych chorób o znaczeniu dla zdrowia publicznego,
- wybrać właściwe strategie przeciwdziałania.

ASPEKTY SPECJALNE

Dane na temat wirusowych zapaleń wątroby z krajów rozwijających się winny być interpretowane ostrożnie. Dokładna diagnostyka różnicowa typów wirusowego zapalenia wątroby wymaga badań serologicznych - niedostępnych w wielu z tych krajów. Większość zakażeń wirusami zapalenia wątroby A,B,C i E występuje bezobjawowo (w krajach rozwijających się zwykle wśród dzieci) i nie jest zgłaszana w ramach nadzoru epidemiologicznego. Niska zgłaszalność zachorowalności na ostre wirusowe zapalenia wątroby nie powinna być interpretowana jako niska prevalencja zakażeń wirusami zapaleń wątroby.

Zrozumienie epidemiologii oraz wpływu wirusowych zapaleń wątroby wymaga wzmoczonego nadzoru i rozumienia następstw zakażeń wirusami B,C i D, takich jak przewlekłe zakażenie bezobjawowe, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość oraz pierwotny rak wątroby. To wymaga również zbierania danych ze źródeł nie używanych rutynowo, włączając w to dane szpitalne, takie jak wypisy pacjentów, dane o śmiertelności z powodu niektórych chorób (przewlekłe zapalenie wątroby, marskość, rak wątroby), a także rejestru nowotworów. Specjalne badania seroprewalencji mogą być potrzebne do oszacowań proporcji zakażonych wirusami B i C w populacji ogólnej oraz w grupach specjalnych (pracownicy służby zdrowia, dawcy krwi, kobiety ciężarne, rekruci wojskowi, ludzie z chorobami wątroby, osoby poddawane hemodializie, chorzy na hemofilię), a także subpopulacjach etnicznych.

Ocena stopnia zaszczepienia przeciw WZW-B jest podobna do innych szczepień. Szczepionka przeciw WZW-B jest podawana dzieciom oraz innym wybranym grupom wiekowym (nastolatki) i zawodowym, aby zapobiec rozwojowi przewlekłych chorób wątroby oraz raka wątroby.

Serologiczne badania u dzieci dla oceny stopnia serokonwersji nie są zwykle potrzebne: badania wykazują, że szczepionka jest w 85% do 100% skuteczna w zapobieganiu zakażeniom przewlekłym.

AIDS

(Zespół nabytego niedoboru odporności)

B20-B24

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

AIDS jest chorobą wybraną w celu zmniejszenia zachorowalności na nią, częstości jej występowania przenoszenia (GPW, cel 6.3)*. Sposoby przeciwdziałania są oparte na strategiach zapobiegania i opieki. Nadzór epidemiologiczny jest niezbędny do oceny narodowych potrzeb w zakresie edukacji, zaopatrzenia i opieki medycznej oraz do przewidywania szerzenia się tej choroby w społeczeństwie. Nadzór ma dostarczyć danych epidemiologicznych do wykorzystania w narodowych planach zapobiegania i opieki i będzie niezbędny do oceny wyników walki z chorobą.

* Program działania WHO na lata 1996-2001 (WHO Ninth General Program of Work, 1996-2001 - GPW).

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Różne definicje przypadku są używane w różnych krajach, zależnie od czynników populacyjnych (dzieci, dorośli, względna częstość zakażeń oportunistycznych) oraz od infrastruktury i dostępności przeszkolenia. Bieżące definicje przypadku obejmują:*

1. CDC 1987
2. CDC/CD4
3. Europejską
4. WHO for surveillance (dawniej Bangui/WHO/clinical)
5. Expanded WHO for surveillance (dawniej Abidjan)
6. Caracas/PAHO & zrewidowaną Caracas/PAHO

* 1-3: dla wyspecjalizowanego zaplecza laboratoryjnego;
4-6: dla ograniczonych możliwości laboratoryjnych.

1. Revision of the CDC surveillance case definition for the Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Record*, August 14, 1987, 36 (suppl.): 1S-15S.
2. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Record*, May 2, 1987, 36 (RR-10): 5-6.
3. ANCELLE-PARK R. Expanded European AIDS case definition. *Lancet*, 1993; 341: 441.
AIDS Surveillance in Europe, Quaterly Report, 1993 (37).
4. BUEHLER JW, DE COCK K, BRUNET J-B. Surveillance definitions for AIDS. *AIDS* 1993, 7 (suppl.1): S73-S81.
WHO case definitions for AIDS surveillance in adults and adolescents. *Weekly epidemiological Record*. 1994; 69(37): 273-275.
5. Grupo de trabajo sobre definicion de casos de SIDA. *Boletin epidemiologico de la OPS*, 1989, 10(4): 9-11 / Working group on AIDS case definition, *PAHO epidemiological Bulletin*, 1989, 10(4): 9-11.
WENIGER BG, QUINHOES EP, SERENO AB, et al. A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. The Clinical AIDS Study Group, and the Working Group on AIDS case definition. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1992, 5(12): 1212-1223.

1. 1987 DEFINICJA CDC DLA POTRZEB EPIDEMIOLOGICZNEGO NADZORU NAD AIDS

1A. Bez laboratoryjnego potwierdzenia zakażenia HIV (bez innych przyczyn obniżenia odporności)

Choroby wskaźnikowe rozpoznane w sposób pewny

Kandydoza przełyku, tchawicy, oskrzeli lub płuc.

Kryptokokoza, pozapłucna.

Kryptosporydioza z biegunką utrzymującą się > 1 miesiąc.

Choroba cytomegalowirusowa organu innego niż wątroba, śledziona, lub węzły chłonne u pacjenta > 1 miesiąca życia.

Zakażenie wirusem opryszczki prostej powodującej owrzodzenie skórnośluzówkowe utrzymujące się > 1 miesiąc; lub zapalenie oskrzeli, płuc, lub przełyku o dowolnym czasie trwania u pacjenta > 1 miesiąca życia.

Mięsak Kaposiego u pacjenta < 60 roku życia.

Chłoniak mózgu (pierwotny) u pacjenta < 60 roku życia.

Choroba *Mycobacterium avium* complex lub *M. kansasii*, rozsiana (miejsca inne niż, lub w dodatku do płuc, skóry, sztywnych lub wnekowych węzłów chłonnych).

Zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*.

Postępująca ogniskowa leukoencefalopatia.

Toksoplazmoza mózgu u pacjenta > 1 miesiąc.

U dzieci < 13 lat: 2 lub więcej zakażeń bakteryjnych w okresie 2 lat (posocznica, zapalenie płuc, zapalenie opon móz-

gowo-rdzeniowych, zapalenia kości lub stawów) albo ropień organu wewnętrznego lub jamy ciała - z wyłączeniem zapaleń ucha środkowego i ropni powierzchownych.

1B. Z laboratoryjnym potwierdzeniem zakażenia HIV

Choroby wskaźnikowe rozpoznane w sposób pewny

Kokcydioidomykoza, rozsiana (w miejscach innych lub w dodatku do płuc, lub węzłów chłonnych szyjnych, lub węzłowych).

Encefalopatia HIV.

Histoplazmoza, rozsiana (w miejscach innych, lub w dodatku do płuc lub węzłów chłonnych szyjnych lub węzłowych).

Izosporydoza z biegunką utrzymującą się > 1 miesiąca.

Mięsak Kaposiego niezależnie od wieku.

Chłoniak mózgu pierwotny niezależnie od wieku.

Chłoniak inny niż ziarnica złośliwa.

Jakakolwiek choroba mykobakteriozowa wywołana przez inne bakterie niż *M. tuberculosis*, rozsiana.

Gruźlica pozapłucna.

Nawracająca posocznica salmonelowa, wywołana przez bakterie inne niż *S. typhi*.

Zespół wyniszczenia związany z HIV.

Choroby wskaźnikowe rozpoznane w sposób prawdopodobny

Kandydoza przełyku.

Cytomegalowirusowe zapalenie siatkówki z utratą wzroku.

Mięsak Kaposiego.

Choroba mykobakteriozowa, rozsiana.

Pneumocystozowe zapalenie płuc.

Toksoplazmoza mózgu u pacjenta > 1 miesiąca życia.

U dzieci < 13 roku życia: limfoidalne, śródmiąższowe zapalenie płuc, lub limfoidalny rozrost w płucach.

2. WARUNKI DODANE DO DEFINICJI CDC DLA POTRZEB EPIDEMIOLOGICZNEGO NADZORU NAD AIDS (1B, powyżej)

W uzupełnieniu do warunków wymienionych w punkcie pierwszym:

- Liczba limfocytów T, CD4+ < 200 x 10⁶/litr (lub odsetek CD4+ < 14%).
- Gruźlica płuc.
- Rak szyjki macicy, inwazyjny.
- Nawracające zapalenie płuc (więcej niż jeden epizod w okresie 12 miesięcy).

3. EUROPEJSKA DEFINICJA PRZYPADKU AIDS

Taka sama jak zrewidowana definicja CDC (punkt 2, powyżej) bez liczby limfocytów T, CD4+.

4. DEFINICJA AIDS WHO/CDC DLA POTRZEB EPIDEMIOLOGICZNEGO NADZORU NAD AIDS (dawniej BANGUI/WHO/CLINICAL)

Kliniczna definicja AIDS według WHO ma zastosowanie dla dorosłych i dorastających (> 12 roku życia) w sytuacjach, gdy możliwości diagnostyczne są ograniczone. W celu nadzoru epidemiologicznego nad AIDS, osoba dorosła lub dorastająca jest uważana za chorą na AIDS, jeśli przynajmniej 2 z następujących objawów większych współwystępuje przynajmniej z jednym objawem mniejszym wymienionym poniżej i objawy te nie pozostają w związku z innym stanem niż infekcja HIV.

Objawy większe (2 objawy lub więcej)

- Utrata ciężaru ciała $\geq 10\%$.
- Przewlekła biegunka powyżej 1 miesiąca.
- Przedłużająca się gorączka przez > 1 miesiąc (przerywana

lub stała).

Objawy mniejsze (1 lub więcej)

- Uporczywy kaszel przez > 1 miesiąc.
- Uogólnione zapalenie skóry ze świądem.
- Historia półpaśca.
- Kandydoza jamy ustnej lub/i gardła.
- Przewlekłe postępujące zakażenie wirusem opryszczki.
- Limfadenopatia uogólniona.

Obecność zarówno uogólnionego mięsaka Kaposiego jak kryptokokowego zapalenia opon mózgowych jest wystarczające do rozpoznania AIDS dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego.

5. ROZSZERZONA DEFINICJA AIDS WHO/CDC DLA POTRZEB EPIDEMIOLOGICZNEGO NADZORU NAD AIDS (dawniej ABIJAN)

Dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego, uważa się, że dorośli (w wieku > 12 lat) ma AIDS, jeżeli test na przeciwciała HIV dał wynik dodatni i obecny jest jeden lub więcej z następujących warunków:

- 10% utraty ciężaru ciała lub wyniszczenie, z biegunką lub/i gorączką, przez przynajmniej 1 miesiąc, dla których nie udało się ustalić innej przyczyny niż zakażenie HIV.
- Kryptokokowe zapalenie płuc.
- Płucna lub pozapłucna gruźlica.
- Mięsak Kaposiego.
- Zaburzenia neurologiczne uniemożliwiające samodzielne wykonywanie aktywności życia codziennego, dla których nie udało się ustalić innej przyczyny niż zakażenie HIV (na przykład urazu, lub incydentu naczyniowo-mózgowego).
- Kandydoza przełyku (która może być domyślnie diagnozowana na podstawie obecności kandydozy jamy ustnej połączonej z dysfagią).
- Rozpoznane klinicznie ciężkie (zagrożające życiu), lub nawrotowe zapalenia płuc z potwierdzeniem etiologicznym, lub bez takiego potwierdzenia.
- Rak szyjki macicy inwazyjny.

6. POPRAWIONA DEFINICJA CARACAS/PAHO

Pacjent jest uznawany za chorego na AIDS, gdy:

- Suma punktów przypisanych warunkom wymienionym poniżej jest równa lub przekracza wymagany wynik 10 oraz
- Testy serologiczne na HIV są dodatnie.

Osoby, u których suma punktów przypisanych warunkom wymienionym poniżej jest równa lub przekracza wymagany wynik 10, ale badania serologiczne w kierunku HIV są w trakcie przeprowadzania, są uznawane za "przypadki warunkowe". Osoby z rakiem, lub w czasie leczenia immunosupresyjnego, lub których objawy można przypisać innym warunkom niż zakażenie HIV, są wyłączone.

Objawy / rozpoznania	punkty przypisane
Mięsak Kaposiego	10
Gruźlica rozsiana / pozapłucna / płucna nie jamista	10
Kandydoza jamy ustnej / leukoplakia włochata	5
Gruźlica płucna jamista lub nie określona	5
Półpasiec w wieku poniżej 60 roku życia	5
Choroby centralnego układu nerwowego	5
Gorączka ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ≥ 1 miesiąc	2
Wyniszczenie lub > 10% utraty ciężaru ciała	2
Astenia ≥ 1 miesiąc	2
Uporczywe zapalenie skóry	2
Niedokrwistość, limfopenia i/lub małopłytkowość	2
Utrzymujący się kaszel lub zapalenie płuc (prócz	

gruźlicy) przez ≥ 1 miesiąc
 Powiększenie węzłów chłonnych ≥ 1 cm w ≥ 2
 miejscach poza pachwiną

2 sobów służby zdrowia przez AIDS. Może on również poz-
 wolić na udzielanie porad, obserwację postępu choroby i
 chemoprophylaktykę, gdy jest ona właściwa, na poziomie in-
 dywidualnym.

Klasyfikacja przypadków

Zależy od ich definicji.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne sprawozdania zbiorcze z poziomu terenowego do poziomu pośredniego.
- Rutynowe kwartalne sprawozdania zbiorcze z poziomu pośredniego do poziomu centralnego.

Międzynarodowe: Raport jest aktualizowany co 12 miesięcy w *Weekly Epidemiological Record*.

Inne źródła danych

- Szpitale.
- Lekarze praktykujący.
- Oddziały gruźlicy.
- Raporty i statystyki umieralności.
- Aktywne wyszukiwanie przypadków.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, obszar geograficzny, źródło zakażenia (np. przetoczenie krwi, używanie substancji przyjmowanych dożylnie, inne).

Zgłaszane dane zbiorcze

Liczba przypadków w grupach wieku i płci, ogólna liczba przypadków, źródło zakażenia (np. przetoczenie krwi, używanie substancji przyjmowanych dożylnie, inne).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Wykresy: Liczby przypadków według grup wieku, płci, obszarów geograficznych, czynników ryzyka.

Tablice: Liczby przypadków według grup wieku, płci, obszarów geograficznych, czynników ryzyka.

Mapy: Liczby przypadków według obszarów geograficznych.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Określenie rozmiarów problemu.
- Identyfikacja obszarów wysokiego ryzyka dla dalszych interwencji.
- Planowanie działań w sferze zdrowia publicznego.
- Ocena zapotrzebowania na usługi szpitalne.
- Planowanie usług medycznych i zaopatrzenia placówek.
- Uwiarygodnienie danych nadzoru epidemiologicznego HIV.

ASPEKTY SPECJALNE

Zastosowanie nadzoru epidemiologicznego nad HIV dla przewidywania zachorowalności na AIDS.

ZAKAŻENIE HIV

B20-B24

(Zakażenie wirusem ludzkiego zespołu niedoboru odporności)

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HIV stanowi najlepszy sposób przewidywania przyszłego obciążenia za-

REKOMENDOWANA DEFINICJA PRZYPADKU

Opis kliniczny

Nie istnieje opis kliniczny, rozpoznanie jest oparte na kryteriach laboratoryjnych.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Dodatni wynik testu serologicznego (ELISA).

Potwierdzenie przez drugi test serologiczny jest konieczne tylko w okolicznościach, gdy oszacowana chorobowość HIV wynosi $< 10\%$.

Potwierdzeniem winno być powtórzenie testu ELISA lub proste/szybkie oznaczenie oparte na innym preparacie antygenowym lub na innej zasadzie testu. (W Polsce obowiązuje potwierdzenie w teście Western blot - *przyp. tłum.*)

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Nie ma zastosowania

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania

Potwierdzony: Przypadek potwierdzony laboratoryjnie

Uwaga: Z wyjątkiem nie dających się odnieść do konkretnych osób, anonimowych testów, badania serologiczne winny być dokonywane wyłącznie wraz z przed i po-testową poradą. Western blot jest używany raczej w celu indywidualnego potwierdzenia, niż dla badań epidemiologicznych w krajach, które mają odpowiednie środki.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

W krajach, gdzie chorobowość jest niska (np. $\leq 1\%$ wśród kobiet ciężarnych lub innych grup reprezentujących populację ogólną) i w tych, w których zakażenia są skoncentrowane w kilku grupach wysokiego ryzyka w populacji, nadzór zwykle polega na monitorowaniu spektrum i przebiegu epidemii poprzez zgłaszanie przypadków HIV (*HIV case surveillance*). To podejście jest obecnie stosowane głównie w krajach rozwiniętych, gdzie większość osób, które są HIV dodatnie ma dostęp do testów i jest w rzeczywistości testowana. W obszarach ze względnie wysoką chorobowością oraz w krajach rozwijających się, metodą preferowaną są nie dające się odnieść do konkretnych osób, anonimowe badania w miejscach wyznaczonych (*unlinked anonymous testing in sentinel sites*). W celu obserwacji tendencji czasowych; jest konieczne zapewnienie kontynuacji czasowej prowadzonych obserwacji w tych samych wyznaczonych miejscach oraz zapewnienie utrzymania tego samego systemu pobierania próbek w zakresie ich periodyzacji i standaryzacji. W krajach o niskiej chorobowości, miejsca wyznaczone (*sentinel sites*) winny koncentrować się na badaniu grup wysokiego ryzyka (pacjenci zgłaszający się do badania z powodu chorób przenoszonych drogą płciową; osoby używające dożylnych substancji odurzających; osoby trudniące się płatnym seksem, lub osoby szukające pomocy lekarskiej). W krajach o wyższej chorobowości, monitorowanie grup wysokiego ryzyka winno być kontynuowane, ale powinien być też prowadzony nadzór epidemiologiczny nad grupami reprezentującymi populację ogólną, jak kobiety ciężarne zgłaszające się do swych poradni.

Rutynowe roczne sprawozdania chorobowości z powodu HIV,

winy być sporządzane z miejsc wyznaczonych i przekazywane do stacji szczebla pośredniego i centralnego. Niektóre kraje gromadzą dane oparte na zgłaszaniu przypadków.

Inne źródła danych

- Szpitale.
- Poradnie dla kobiet w ciąży.
- Lekarze dermatolodzy.
- Poradnie wenerologiczne.
- Banki krwi.
- Armia (dane pochodzące z badania rekrutów).
- Specjalne badania przeglądowe.
- Raporty umieralności.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

Wiek, płeć, obszar geograficzny, czynnik.

Zgłaszane dane zbiorcze

W okresach rocznych: liczba przypadków w grupach wieku i płci, grupa ryzyka, miejsce wyznaczone (*sentinel site*).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

- Analiza chorobowości według grup wieku i płci, obszarów geograficznych, umiejscowienia (miasto/wieś), podgrup populacji, czynników ryzyka.
- Analiza tendencji zmian chorobowości w czasie, w grupach wieku i płci umiejscowienia (miasto/wieś), podgrupach populacji.
- **Wykresy i tablice:** chorobowość i przedziały ufności w poszczególnych latach w grupach wieku i płci dla miejsc wyznaczonych, obszarów geograficznych, umiejscowienia (miasto/wieś), podgrup populacji, czynników ryzyka.
- **Mapy:** chorobowość w miejscach wyznaczonych.

Na poziomie krajowych danych zbiorczych należy pokazać wartości dla miejsc wyznaczonych, z minimum i maksimum wartości obserwowanych.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Przewidywanie bieżących rozmiarów i tendencji epidemii HIV/AIDS.
- Oszacowanie liczby przypadków AIDS w okresie następnym pięciu lat.
- Identyfikacja podgrup populacji i obszarów geograficznych wysokiego ryzyka w celu podjęcia działań zapobiegawczych.
- Oszacowanie efektów poszczególnych interwencji.
- Ocena obciążenia służby zdrowia, wpływu na planowanie służby zdrowia i aktywność służb społecznych ze względu na osoby z HIV/AIDS.
- Wzrost świadomości społecznej i politycznej związanej z tą chorobą.

(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 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

