

Meldunek 2/B/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.02 do 28.02.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/B		Dane skumulowane	
	16.02.01. do 28.02.01.	16.02.00. do 29.02.00.	1.01.01. do 28.02.01.	1.01.00. do 29.02.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	-	12	6
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	328	297	1594	1513
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	4	5	6	10
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	181	219	811	760
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	264	194	1036	566
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	705	956	2937	3344
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	429	676	1724	2454
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	3	1
Błonica (A36)	-	1	-	1
Krztusiec (A37)	116	49	535	247
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	275	394	1318	1717
Zapalenie opon mózgowych: razem	60	70	288	273
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	8	29	22
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	2	9	13
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	30	33	114	125
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	13	20	115	87
inne i nie określone (G03)	5	7	21	26
Zapalenie mózgu: razem	11	22	60	63
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	3	6	20	11
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	3	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	3	4	5
wirusowe, nie określone (A86)	4	10	18	35
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	3	15	12
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5146	6182	29265	29327
Odra (B05)	7	3	18	13
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2761	1815	11112	5939
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	13	14	57	60
typu B (B16; B18.0-B18.1)	89	128	364	482
typu C (B17.1; B18.2)	65	81	280	339
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	5	19	28
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	4	19	29	64
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	435	882	2339	4313
Włośnica (B75)	1	1	3	2
Świerzb (B86)	642	778	2981	3241
Grypa: ogółem (J10; J11)	104996	101703	413787	1473494
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	426	445	2091	2000
w tym: salmonelozy (A02.0)	326	296	1582	1507
gronkowcowe (A05.0)	2	35	8	39
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	1	7	8
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	2	2	45	5
nie określone (A05.9)	95	111	448	440
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	4	1
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	4	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	403	301	1384	1194
w tym: pestycydami (T60)	1	-	8	-
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	221	173	698	649
alkoholem (T51)	85	74	271	231
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	1	9	7

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-28.02.2001 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dyr 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	4	-	-	328	4	705	1	116	275	60	7	11	-
Dolnośląskie	1	-	-	24	-	60	-	4	29	6	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	14	-	55	-	1	15	3	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	12	2	45	-	1	3	2	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	12	-	14	-	1	14	-	-	-	-
Łódzkie	1	-	-	36	-	40	-	61	9	-	-	2	-
Małopolskie	-	-	-	26	-	41	-	2	22	6	1	-	-
Mazowieckie	-	-	-	35	-	72	-	11	41	6	2	1	-
Opolskie	2	-	-	10	-	16	-	1	12	4	1	-	-
Podkarpackie	-	-	-	30	-	43	-	-	4	4	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	13	-	14	-	8	6	5	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	24	-	76	-	-	11	8	2	1	-
Śląskie	-	-	-	22	-	62	-	5	41	2	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	13	2	23	-	13	7	1	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	25	-	28	-	5	5	1	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	25	-	101	1	3	53	8	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	7	-	15	-	-	3	4	-	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	5146	7	2761	13	95	71	435	1	642	104996	426	-	403
Dolnośląskie	329	-	456	-	10	7	46	-	36	6394	27	-	12
Kujawsko-Pomorskie	329	-	520	-	13	9	67	-	38	4938	24	-	51
Lubelskie	142	-	107	4	4	2	29	-	31	5237	15	-	34
Lubuskie	158	1	81	-	5	2	3	-	13	1952	23	-	13
Łódzkie	289	1	54	2	8	12	28	-	172	8720	39	-	127
Małopolskie	471	5	161	2	9	3	35	-	13	7755	32	-	14
Mazowieckie	564	-	77	4	6	8	35	1	14	46938	44	-	11
Opolskie	202	-	61	-	-	2	6	-	24	1059	10	-	6
Podkarpackie	314	-	53	-	5	1	14	-	47	396	31	-	21
Podlaskie	141	-	5	-	3	3	19	-	16	1350	13	-	8
Pomorskie	314	-	72	1	3	5	41	-	24	2791	31	-	18
Śląskie	884	-	621	-	13	2	36	-	71	3852	46	-	39
Świętokrzyskie	260	-	98	-	6	7	18	-	26	786	19	-	26
Warmińsko-Mazurskie	178	-	52	-	2	-	2	-	51	4300	26	-	7
Wielkopolskie	398	-	287	-	6	8	52	-	38	8135	26	-	13
Zachodniopomorskie	173	-	56	-	2	-	4	-	28	393	20	-	3

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 28 lutego 2001 r.

W lutym 2001 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 61 obywateli polskich, wśród których było m.in. po 27 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i bez informacji o drodze zakażenia.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS dwóch kobiet (narkomanki i zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych) oraz dziesięciu mężczyzn (sześciu narkomanów oraz po dwóch homoseksualistów i zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 27 do 48 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: w dolnośląskim - dziesięcioro oraz po jednym w woj. lubuskim i opolskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U dziesięciu chorych podano liczbę komórek CD4 (od 8 do 336/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 28 lutego 2001 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.862 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.338 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 975 zachorowań na AIDS; 518 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.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2000 roku

Do 15 lutego 2001 r. zgłoszono ogółem 87 zachorowań na AIDS rozpoznanych w 2000 r. Wśród chorych było 65 mężczyzn i 22 kobiety. Najliczniejsze były osoby w wieku od 30 do 39 lat (40).

Liczebność grup ryzykownych zachowań była następująca: narkomani - 42, homo- i biseksualiści - 12, zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych - 21, inni - 2 (dziecko matki zakażonej HIV i kobieta trująca się prostytutką); obecnie nie jest znana droga zakażenia HIV 10 chorych.

Chorzy mieszkali w województwach: dolnośląskim (18),

śląskim (16), pomorskim i zachodniopomorskim (po 12), kujawsko-pomorskim (10), lubuskim (6), opolskim (4), podlaskim (3), łódzkim i wielkopolskim (po 2) oraz mazowieckim i warmińsko-mazurskim (po 1).

Tabela 1. Nowo wykryte zakażenia HIV obywateli polskich w 2000 r. - podział wg województw i grup zakażonych.

Województwo	Grupa zakażonych					
	H-/Bi	N	He	Dz	Bd	Ogółem
POLSKA	25	330(1)	28	1	246(28)	630(29)
Dolnośląskie	1	60	1	1	27(8)	90
Kujawsko-pomorskie	0	9(1)	3	0	10	22(1)
Lubelskie	1	11	0	0	5	17
Lubuskie	0	4	1	0	8(3)	13(3)
Łódzkie	1	23	5	0	29(1)	58(1)
Małopolskie	1	13	0	0	3	17
Mazowieckie	2	11	3	0	18(1)	34(1)
Opolskie	0	5	1	0	3(1)	9(1)
Podkarpackie	1	5	0	0	2	8
Podlaskie	0	11	0	0	9(2)	20(2)
Pomorskie	2	20	5	0	10	37
Śląskie	2	40	4	0	27(9)	73(9)
Świętokrzyskie	0	0	0	0	1	1
Warmińsko-mazurskie	2	28	1	0	10(1)	41(1)
Wielkopolskie	0	6	0	0	8(2)	14(2)
Zachodniopomorskie	3	17	2	0	12	34
Brak danych	9	67	2	0	64	142

H-/Bi - homo- i biseksualiści; N - zakażeni w związku ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach; Het - zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych; Dz - dziecko matki zakażonej HIV; Bd - brak informacji o drodze zakażenia; () - w tym liczba krwiodawców.

Dotychczas zgłoszono zgony 60 chorych na AIDS w 2000 r.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

Izolacja wirusa grypy w Polsce

W Krajowym Ośrodku ds. Grypy WHO z materiału pobranego 15.02.2001 r. od 10-letniego pacjenta z Warszawy wyizolowano już po pierwszym pasażu na 11-dniowych zarodkach kurzych szczep wirusa grypy podtypu A(H1N1). Analiza antygenowa wykazała pokrewieństwo tego izolatu ze szczepem A/New Caledonia/20/99, tj. jednym ze szczepów wchodzących w skład szczepionki rekomendowanej na bieżący sezon epidemiczny 2000/2001.

Prof. dr hab. Lidia B. Brydak
Krajowy Ośrodek ds. Grypy WHO, Z-d Wirusologii PZH

Denga w Indonezji

Indonezyjska prasa w lutym br. informowała o zwiększonej zachorowalności na gorączkę krwotoczną denga w Dżakarcie, Padangu (Zachodnia Sumatra) i Surabaji (Wschodnia Jawa).

Według danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Indonezji w bieżącym roku, podczas trwającej pory deszczowej, zanotowano 1.547 przypadków w ww. ośrodkach, z czego 12 osób zmarło. Zdaniem indo-

nezyjskich specjalistów opisane zjawisko jest związane z większymi niż w ubiegłym roku opadami deszczu i lokalnymi powodziami w najbiedniejszych dzielnicach aglomeracji miejskich.

W ciągu ubiegłego roku w Dżakarcie zanotowano 1.993 przypadki dengi, przy czym zmarło 15 osób.

Wybuch epidemii gorączki krwotocznej Ebola w Ugandzie **(Sierpień 2000 - Styczeń 2001)**

Wybuch epidemii niezwykle ciężkiej choroby gorączkowej charakteryzującej się niezłym żołądkowo-jelitowym, bólem głowy, zapaleniem spojówek i okazjonalnie objawami krwawienia, ze znaczną śmiertelnością, został zgłoszony do Ministerstwa Zdrowia w Kampali 8 października 2000 r. przez superintendenta szpitala St Mary w Lacor oraz przez pełniącego obowiązki dyrektora służby zdrowia dystryktu Gulu w Ugandzie. Wstępna ocena sytuacji przez Ministerstwo Zdrowia dostarczyła dodatkowych danych o obecności choroby wśród okolicznej ludności oraz w szpitalu Gulu, regionalnym szpitalu referencyjnym dla regionu północno-wschodniego Ugandy. W dniu 10 października utworzono w szpitalu w Lacor oddział izolacyjny. Kliniczne podejrzenie gorączki krwotocznej zostało potwierdzone 15 października, gdy Narodowy Instytut Wirologii (*National Institute of Virology*) w Johannesburgu w Afryce Południowej zidentyfikował wirusa Ebola w próbkach pobranych od pacjentów z grupy chorych szpitala St Mary, w tym uczennic pielęgniarstwa. badania laboratoryjne objęły wykrywanie antygeny wirusa oraz testy ELISA na wykrycie przeciwciał oraz reakcję łańcuchową polimerazy (RT-PCR). Wirusem kojarzonym z tą epidemią jest Ebola-Sudan, który różni się sekwencją nukleotydów od wcześniej izolowanych wirusów Ebola-Sudan w 3,3% w przypadku genów kodujących białko polimerazy (362 nukleotydy), a w przypadku genów kodujących białko nukleokapsydu (146 nukleotydów) w 4,2%. Ministerstwo zdrowia Ugandy zwróciło się do WHO o koordynowanie działalności w zakresie zabezpieczeń przed szerzeniem się epidemii na szczeblu międzynarodowym.

Prezentowany artykuł opisuje działania w zakresie zwalczania epidemii w 3 dystryktach dotkniętych epidemią oraz wstępne dane kliniczne i epidemiologiczne zebrane przez Ministerstwo Zdrowia Ugandy oraz międzynarodowy zespół zwalczania epidemii. (Zespół ten obejmował rządowe i pozarządowe organizacje medyczne i epidemiologiczne z wielu krajów.)

Zwalczanie epidemii

Zwalczanie epidemii zostało zorganizowane wokół nadzoru epidemiologicznego, prowadzenia przypadków klinicznych, mobilizacji społecznej, współdziałania służb i wsparcia logistycznego. System aktywnego nadzoru epidemiologicznego nad gorączką krwotoczną Ebola (EHF) został stworzony dla określenia obszaru i wielkości epidemii, identyfikacji ognisk choroby oraz wczesnego wykrywania przypadków. System został ustawiony na wysoką czułość wykrywania wszystkich osób, których choroba mogłaby być gorączką krwotoczną Ebola. Ludzie chorzy byli zachęceni do poddawania się badaniom w szpitalu i (przy wskazaniach) do pozostawaniu w szpitalu w celu zmniejszenia liczby dalszych zakażeń w środowisku. Celowane działania zapobiegawcze obejmowały: śledzenie kontaktów przez 21 dni (maksymal-

ny czas inkubacji), utworzenie specjalnie przeszkolonych zespołów pogrzebowych dla chowania zwłok wszystkich zmarłych z potwierdzeniem lub podejrzeniem EHF, działalność oświatową w stosunku do ludności, zaprzestanie tradycyjnych praktyk znachorskich, ceremonii pogrzebowych i tłumnych zgromadzeń oraz uaktualnienie procedur zapobiegawczych i leczniczych w zakresie zakażeń szpitalnych. Wstępne badania laboratoryjne były wykonywane w laboratorium polowym zorganizowanym w szpitalu St Mary przez amerykańskie Centrum Kontroli Chorób (*Centers for Diseases Control and Prevention - CDC*, Atlanta, USA) wspomagane przez dodatkowe badania przeprowadzane w siedzibie CDC oraz w Narodowym Instytucie Wirologii (Południowa Afryka).

Nadzór epidemiologiczny

Wzmocniony system czynnego nadzoru epidemiologicznego został ustanowiony w czasie trzeciego tygodnia października z trzema kategoriami zgłaszania: niepokojące, podejrzane, prawdopodobne. Kategoria "niepokojące" (*alert*) została ograniczona do użytku wśród ludności, aby powiadamiać mobilne zespoły terenowe i lokalne zakłady opieki zdrowotnej i apteki o nagłych przypadkach wystąpienia gorączki, nagłej śmierci czy objawów krwotocznych. Definicja przypadków "podejrzanych" była stosowana przez mobilne zespoły terenowe i lokalne zakłady opieki zdrowotnej w celu selekcji potencjalnych przypadków zachorowań i określenia kto z pacjentów wymaga przewiezienia do oddziału izolacyjnego. Ta kategoria obejmowała wszystkie osoby z gorączką lub z kontaktem z osobą podejrzaną o EHF, wszystkie osoby z niewyjaśnionymi krwawieniami jakiegokolwiek typu oraz wszystkie osoby z gorączką i z 3 lub więcej specyficznymi objawami (ból głowy, wymioty, anoreksja, biegunka, osłabienie lub męczliwość, ból brzucha, bóle mięśni i stawów, trudności z połykaniem, trudności z oddychaniem i uporczywa czkawka), oraz wszystkie nie wyjaśnione zgony. Definicja przypadku "prawdopodobnego" była identyczna z definicją przypadku "podejrzanego", ale pod warunkiem, że objawy zostały opisane przez lekarza. W celu uzyskania dodatkowych informacji klinicznych i epidemiologicznych gdziekolwiek było to możliwe zbierane były wywiady dotyczące okoliczności śmierci - objawów przed zgonem i wyglądu zwłok (*verbal autopsies*). Jeśli próbki do badań laboratoryjnych były pobrane od chorych we właściwym czasie, wymienione wyżej kategorie były przeklasyfikowane na "przypadki potwierdzone laboratoryjnie" oraz "nie przypadki". Przypadki potwierdzone laboratoryjnie były albo dodatkowo w badaniu antygeny wirusa Ebola lub przeciwciał IgG przeciw wirusowi Ebola; "nie przypadki" nie miały ani antygeny wirusa Ebola, ani przeciwciał przeciw temu wirusowi. Osoby bez objawów klinicznych z wykrytymi przeciwciałami IgG nie były włączane do przypadków.

Niezależny system natychmiastowego powiadamiania, który został początkowo wprowadzony dla oszacowania rozmiarów epidemii na szczeblu krajowym był również kontynuowany. Nowe przyjęcia w oddziałach izolacyjnych szpitali oraz zgony w tych oddziałach były każdego ranka zgłaszane jako kliniczne przypadki EHF. ten system stworzył podstawy do codziennych komunikatów prasowych, rozmieszczenia środków i do mobilizacji.

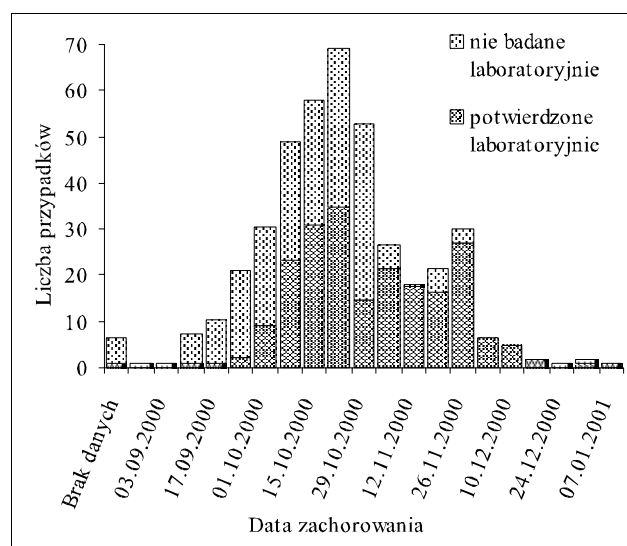
Opis przypadków

W grupie 62 pacjentów z laboratoryjnie potwierdzoną EHF przyjętych do szpitala Gulu między 5 października, a 27 listopada 2000 r., najczęściej zgłaszane objawy obejmo-

wały: biegunkę (66%), astenię (64%), anoreksję (61%), nudności i wymioty (60%), ból brzucha (55%) oraz ból w klatce piersiowej (48%). Pacjenci szukali opieki medycznej średnio 4,2 dni od wystąpienia pierwszych objawów. Krwawienie było obserwowane tylko u około 20% pacjentów i pierwotnie dotyczyło przewodu pokarmowego. Wstępna analiza porównawcza tych przypadków potwierdzonych oraz 92 "nie przypadków" (osób podejrzanych z ujemnymi wynikami badań laboratoryjnych) wykazała, że wymienione niżej objawy były częstsze w sposób znamieny statystycznie ($p < 0,05$) u osób z potwierdzonym rozpoznaniem EHF niż u osób zgłaszających się z innymi chorobami: astenia, anoreksja, ból gardła, ból w prawym podżebrzu, nacieczenie lub wylewy dospojówkowe, drobnogrudkowa wysypka, krwawienie z dziąseł. Zbiorcza śmiertelność z powodu EHF była 58%, ale była wyższa (80%) u dzieci poniżej 15 lat. Samotne poronienia były notowane u kobiet zakażonych wirusem Ebola. Przypadki śmiertelne najczęściej postępowały szybko doprowadzając do wstrząsu, zaburzeń krzepnięcia i utraty przytomności.

Epidemiologia

Do 23 stycznia 2001 r. zarejestrowano ogólną liczbę 425 podejrzanych przypadków gorączki krwotocznej Ebola w trzech dystryktach Ugandy: 393 (93%) w Gulu, 27 (6%) 2 Maindi oraz 5 (1%) w Mbarata - o łącznej powierzchni 31 tysięcy kilometrów kwadratowych i o liczbie mieszkańców szacowanej na 1,8 miliona osób (w oparciu o spis z 1991 r. i migrację ludności). Najwcześniej zarejestrowany przypadek podejrzany miał początek objawów 30 sierpnia 2000 r., a ostatni 9 stycznia 2001 r. Zachorowało 269 (63%) kobiet i 156 (37%) mężczyzn. Nastąpiły 224 zgony (śmiertelność wyniosła 53%). Średni wiek chorych był 27 ± 16 lat; najmłodszy pacjent miał 3 dni, najstarszy 72 lata; 20% domyślnych przypadków miało poniżej 13 lat. Zachorowało 29 pracowników służby zdrowia. Średni czas od początku objawów do śmierci wyniósł 8 ± 5 dni. Potwierdzenie laboratoryjne uzyskano u 218 (51%) domyślnych przypadków.



Ryc. 1. Zachorowania na gorączkę krwotoczną Ebola w Ugandzie z uwzględnieniem kryterium klasyfikacji.

Do 23 stycznia 2001 r. zgłoszono do Ministerstwa Zdrowia ogółem 428 klinicznych przypadków EHF. Jednakże liczba zgłoszonych zgonów wyniosła 173. Różnica w liczbie zgonów była do przewidzenia z powodu retrospektywnego dodania niewyjaśnionych zgonów we wzmocnionym syste-

mie czynnego nadzoru.

Mimo że epidemia została zgłoszona po wystąpieniu grupowych zachorowań, a wśród nich osób z personelu medycznego, retrospektywnie choroba była rozpoznana jako sporadyczne przypadki w szpitalach i w miejscach zamieszkania. Trzy najważniejsze czynniki szerzenia się choroby stanowiły: uczestnictwo w pogrzebach osób podejrzanych o EHF, gdzie rytualny kontakt ze zmarłym stanowił normę; pacjenci, którymi opiekowali się liczni członkowie rodziny; zakażenia szpitalne od innych pacjentów lub osób z personelu. 14 spośród 22 osób (64%) z personelu medycznego w dystrykcie Gulu zostało zakażonych po zorganizowaniu oddziałów izolacyjnych, co zmusiło do dalszego zaostrzenia środków zapobiegawczych. Dwa odległe ogniskowe wybuchy były spowodowane kontaktami zakaźnymi osób podróżujących z Gulu do Mbara i Masindi. Krajowy system zgłoszeń i nadzoru doprowadził do szybkiej identyfikacji tych ognisk i do ich efektywnego wygaszenia.

Nota wydawcy (Wkly Epid. Rec.)

Gorączka krwotoczna Ebola jest gorączką krwotoczną związaną z zakażeniem jednym z 3, spośród czterech, przedstawicieli rodzaju *Ebola virus* z rodziny *Filoviridae*. Rezerwuwar zwierzęcy wirusa pozostaje nieznan. Jednakże epidemie rozwijają się z jednego ludzkiego przypadku przez przenoszenie z człowieka na człowieka, często w instytucjach medycznych. Opisana tu epidemia EHF była największa i stanowiła trzecią znaną epidemię wywołaną przez wirus Ebola-Sudan. Pierwsza wystąpiła w południowym Sudanie w 1976 r. w miastach Nazara i Maridi, jednocześnie z wybuchem epidemii Ebola-Zair w Zairze. Druga epidemia Ebola-Sudan wystąpiła w 1979 roku w tych samych okolicach co poprzednia. We wszystkich trzech epidemiach śmiertelność wyniosła około 50%. Podobnie jak w poprzednich epidemiach, wybuch ostatniej również nastąpił po zawleczeniu wirusa do populacji w dystrykcie Gulu i szerzeniu się w miejscach zamieszkania i w instytucjach medycznych. Jednak pierwotne przypadki pozostają nieznanne, co praktycznie uniemożliwia dotarcie do rezerwuaru wirusa.

Szerzenie się w populacji zostało przerwane przez rozpoznanie epidemii, wyszukiwanie przypadków i ich szybką hospitalizację i izolację z zabezpieczeniem personelu. Informowanie społeczeństwa o niebezpiecznych praktykach i ryzyku bezpośrednich kontaktów służy zmniejszeniu prawdopodobieństwa zakażeń.

Ogólnokrajowe wysiłki ograniczyły zakres tej epidemii. W jej czasie 5600 osób było poddanych 21-dniowej obserwacji z powodu podejrzenia o kontakty z zakażonymi przez 150 wyszkolonych ochotników. Podjęto starania określenia czynników ryzyka zakażenia, występowania przeciwciał przeciw wirusowi Ebola w poszczególnych grupach i analizy parametrów klinicznych i wirusologicznych w celu ustalenia przyszłych działań zapobiegawczych. podjęto również wysiłki w celu włączenia do systemu nadzoru innych chorób o potencjale epidemicznym podobnym jak EHF.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,6,41-48)
opracował A. Zieliński

Epidemia poliomyelitis w Republice Dominikany i Republice Haiti (Ameryka Środkowa)

W Republice Dominikany w dniach od 12 lipca do 18 listopada 2000 r. stwierdzono dziewiętnaście przypadków

ostrzych porażen wiotkich (AFP), z których 3 okazały się przypadkami *poliomyelitis*, dla których uzyskano potwierdzenie laboratoryjne zakażenia wirusem *polio* typu 1. Szesnastu (84%) przypadków AFP stanowiły dzieci poniżej 6 roku życia. Ze wszystkich przypadków AFP 14 nie było szczepionych doustną szczepionką przeciw *poliomyelitis*, natomiast pięć - szczepionych nieprawidłowo. W Republice Dominikany stosuje się doustną szczepionkę (OPV) w schemacie 0/2/3/4/15 miesiąc życia. W Haiti stwierdzono tylko jeden potwierdzony laboratoryjnie przypadek *polio* typu 1 u dziecka w wieku 2 lat, nieprawidłowo szczepionego, u którego porażenie wystąpiło 30 sierpnia 2000 r. Pomimo wdrożenia intensywnego czynnego nadzoru epidemiologicznego, do chwili obecnej nie stwierdzono dalszych przypadków.

Wirus wyizolowany w tej epidemii jest nietypowy, gdyż pochodzi z doustnej szczepionki przeciw *poliomyelitis* (OPV) i wykazuje 97% podobieństwo genetyczne do macierzystego szczepu OPV (zazwyczaj szczepy szczepionkowe są podobne w ponad 99,5% do szczepu macierzystego) i równocześnie charakteryzuje się neuroinfekcyjnością oraz transmisją typową dla typu 1 dzikiego wirusa *polio*. Natomiast dzikie wirusy *polio* wykazują zazwyczaj podobieństwo genetyczne do OPV poniżej 82%. Różnice w sekwencjach nukleotydów stwierdzane pomiędzy szczepami epidemicznymi sugerują, że wirus krążył przez okres około 2 lat na obszarze o bardzo niskim pokryciu szczepieniami, a także dokonała się w nim akumulacja zmian genetycznych umożliwiająca zachowanie podstawowych właściwości dzikiego wirusa *polio*.

Ministerstwa Zdrowia Republiki Dominikany i Republiki Haiti, we współpracy z Pan American Health Organization (PAHO) oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w Stanach Zjednoczonych podjęły się badania epidemii w celu określenia zakresu jej szerzenia się, przyczyn jej wystąpienia i wdrożenia odpowiednich badań kontrolnych. W Republice Dominikany rozpoczęto kampanię masowych szczepień za pomocą OPV w prowincjach, w których wystąpiły stwierdzone przypadki (Monsenor Noeuel, La Vega i Santiago). Będzie ona niebawem rozszerzona na pozostałą część kraju. W Republice Haiti planowane są 3 państwowe akcje szczepień w styczniu, lutym oraz marcu 2001 roku.

Podobny przedłużony okres krążenia wirusów *polio* pochodzących od OPV na obszarach z bardzo niskim stanem zaszczepienia OPV został udokumentowany dotychczas tylko w jednym przypadku - dla typu 2 wirusa pochodzącego od OPV krążącego w Egipcie w okresie szacowanym na 10 lat (1983 - 1993). Towarzystwo mu ponad 30 opisanych przypadków zachorowań. W tym okresie na obszarach objętych epidemią stan zaszczepienia był bardzo niski, a krążenie wirusa szczepionkowego zostało zatrzymane po zwiększeniu stanu zaszczepienia OPV. Kluczowy czynnik umożliwiający wprowadzenie kontroli krążących wirusów pochodzących z OPV jest więc taki sam, jak w przypadku krążących dzikich wirusów *polio*: osiągnięcie i utrzymanie wysokiego stanu zaszczepienia. Nie znaleziono dowodów występowania krążących wirusów pochodzących od OPV na żadnym z obszarów o wysokim współczynniku pokrycia szczepieniami. Obecna epidemia stanowi więc poważne ostrzeżenie przypominające, że nawet na obszarach bez przypadków *poliomyelitis* należy utrzymywać wysoki stan zaszczepienia dzieci i młodzieży, aż do osiągnięcia globalnej eradykacji *poliomyelitis*.

Cztery dekady doświadczeń pokazały, że OPV jest bar-

dzo bezpieczną i skuteczną szczepionką w zapobieganiu *poliomyelitis*. Jest ona szczepionką z wyboru stosowaną w celu eradykacji dzikich wirusów *polio*. Ważne jest to, by wszystkie kraje utrzymywały wysoki poziom zaszczepienia OPV w celu zapewnienia ochrony przed importowanymi dzikimi wirusami *polio* oraz zapobiegania bezpośredniej transmisji wirusów pochodzących od OPV. Ważne jest również to, aby wszystkie kraje utrzymywały system *surveillance* ostrych porażen wiotkich na wysokim poziomie, nasiliły bieżącą działalność prowadzącą do globalnej eradykacji dzikiego wirusa *polio* i włączyły się w opracowanie globalnej strategii eradykacji tego wirusa tak, aby zaprzestać stosowania szczepionki OPV po zatwierdzeniu globalnej certyfikacji eradykacji *poliomyelitis*.

* * *

Według informacji opublikowanej 6 grudnia 2000 r. przez CDC* do 6 grudnia stwierdzono 6 potwierdzonych laboratoryjnie przypadków *polio* typu 1 w Republice Dominikany oraz 1 przypadek na Haiti. W związku z tym CDC zaleciło dla lekarzy w USA:

- przeprowadzenie diagnostyki w kierunku *poliomyelitis* u pacjentów z ostrymi porażeniami wiotkimi, w szczególności u tych, którzy podróżowali lub kontaktowali się z osobami podróżującymi do Republiki Dominikany i Haiti;
- w razie podejrzenia *poliomyelitis* pobranie próbek kału, wymazów z gardła, próbek surowicy, płynu mózgowo-rdzeniowego i natychmiastowe powiadomienie odpowiednich urzędów;
- doradzanie osobom podróżującym do Republiki Dominikany lub Haiti zaszczepienie przynajmniej jedną dawką IPV.

* <http://www.cdc.gov/travel>

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

Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia* (8)

MALARIA

B50-B54

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Malaria jest chorobą tropikalną o najwyższej chorobowości, powodującą ciężkie zachorowania i zgony, a także mającą poważne znaczenie społeczne i ekonomiczne. Światowa strategia walki z malarią (*Global Strategy for Malaria Control*) jest dyskutowana w 9GPW. Jej 4 elementy to:

1. Wprowadzenie szybkiego rozpoznania i leczenia.
2. Planowanie i wprowadzanie wybiórczych i długofalowych działań zapobiegawczych, z kontrolą przenośnika włącznie.
3. Wczesne wykrywanie i zapobieganie epidemiom.
4. Wzmacnianie miejscowego potencjału badań podstawowych i stosowanych aby umożliwić i promować systematyczną ocenę sytuacji malarii w kraju, w szczególności ekologicznych, społecznych i ekonomicznych konsekwencji choroby.

Dla tych celów nadzór epidemiologiczny jest niezbędny.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Dla użytku w obszarach endemicznych i w stosunku do ludzi

narażonych na malarię np. historia wizyty w obszarze endemicznym: Malaria musi być definiowana w oparciu o kliniczne objawy choroby. Definicja przypadku malarii nie może być jednolita - zmienia się ona zależnie od tego jak malaria jest odbierana w danym kraju, lokalnych wzorców przeniesienia i konsekwencji choroby. Sugerowane definicje są, z rozmysłem, szerokie. Każdy narodowy program zwalczania malarii musi zaadaptować definicję i wprowadzić dodatkowe wskaźniki, aby dostosować ją lepiej do lokalnej sytuacji epidemiologicznej i założonych celów walki z tą chorobą.

Opis kliniczny

- Objawy choroby są różne; większość pacjentów doświadcza gorączki.
- Splenomegalia i anemia są powszechnie towarzyszącymi objawami.
- Częste, ale nie specyficzne objawy obejmują nie wyjaśnione inaczej bóle głowy, bóle grzbietu, dreszcze, poty, bóle mięśni, nudności, wymioty.
- Nie leczone zakażenie *Plasmodium falciparum* może prowadzić do śpiączki, uogólnionych drgawek, hiperparazytaemii, niedokrwistości normocytarnej, zaburzeń wodno-elektrolitowych, zaburzeń równowagi kwasowobazowej, niewydolności nerek, hypoglycaemii, hyperpyreksji, haemoglobinurii, zapaści krążeniowej / wstrząsu, spontanicznych krwawień (rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe), obrzęku płuc i śmierci.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Znalezienie pasożytów malarii w rozmazach krwi (głównie form bezpłciowych).

Klasyfikacja przypadków

W obszarach bez dostępu do diagnostyki laboratoryjnej

Prawdopodobna malaria nie powikłana: Osoba z klinicznymi objawami malarii, która otrzymuje leczenie antymalaryczne.

Prawdopodobna malaria ciężka: Pacjent, który wymaga hospitalizacji z powodu objawów ciężkiej malarii i otrzymuje leczenie antymalaryczne.

Prawdopodobny zgon z powodu malarii: Zgon pacjenta z rozpoznaną ciężką malarią.

W obszarach z dostępem do diagnostyki laboratoryjnej

Malaria bezobjawowa: Osoba, która nie ma niedawnej historii objawów malarii, lecz która ma laboratoryjnie potwierdzoną malarię.

Potwierdzona malaria niepowikłana: Pacjent z klinicznymi objawami malarii, który otrzymuje leczenie antymalaryczne, mający laboratoryjnie potwierdzoną malarię.

Potwierdzona malaria ciężka: Pacjent, który wymaga hospitalizacji z powodu objawów ciężkiej malarii potwierdzonej laboratoryjnie.

Potwierdzony zgon z powodu malarii: Zgon pacjenta z prawdopodobną ciężką malarią, z laboratoryjnym potwierdzeniem rozpoznania.

Niektóre Służby Zdrowia odnotowują pacjentów z "podejrzeniem malarii" do momentu uzyskania potwierdzenia laboratoryjnego, po którym pacjent jest klasyfikowany jako "potwierdzona malaria". Te służby winny zachować ostrożność, aby uniknąć podwójnego liczenia i muszą liczyć potwierdzone przypadki, jako podzbiór przypadków podejrzanych.

"Podejrzany zgon z powodu malarii" i "potwierdzony zgon z powodu malarii" są kategoriami wzajemnie się wykluczającymi.

Nieskuteczne leczenie malarii: Pacjent z niepowikłaną malarią bez jakichkolwiek objawów sugerujących inne schorzenie, który przyjął właściwą dawkę leczenia antymalarycznego, i który ma objawy pogorszenia lub nawrotu objawów w ciągu 14 dni od początku leczenia, w kombinacji z parazytemią (formy aseksualne).

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych malarii niepowikłanej, ciężkiej malarii, podejrzanych i potwierdzonych zgonów z powodu malarii, przypadków nieskutecznego leczenia malarii ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.
- Badania wbudowane w system nadzoru i szkolenia. Zagadnienia obejmują dostępność i wykorzystanie leków antymalarycznych. Co trzy miesiące dane zbiorcze są przekazywane ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i szczebla centralnego.
- Specjalne badania oraz monitorowanie wybiórcze (*sentinel site*). Zagadnienia obejmują wykorzystanie leków, badanie przypadków malarii leczonych w domu i w sektorze prywatnym, ocenę terapeutycznej efektywności leków przeciwmalarycznych, oszacowanie związanych z malarią zgonów w populacji.
- Rozpoznanie na czas epidemii malarii i zgłaszanie ich za każdym razem.

Uwaga: Pierwotnym celem nadzoru epidemiologicznego jest ukierunkowanie działań związanych ze zwalczaniem malarii w miejscach, gdzie dane są zbierane. Ponadto, regularnie wypełniane formularze dostarczają istotnego obrazu liczbowego trendów zachorowalności na malarię i śmiertelności z powodu malarii w różnych jednostkach, które rozpoznają i leczą malarię.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Uwaga: Zależnie od okoliczności epidemiologicznych, różne segmenty populacji mogą być dotknięte malarią. Znajomość grup wieku, płci i stanu ciąży pacjentów stanowią istotną informację. Wszystkie przypadki malarii muszą być zgłaszane z uwzględnieniem grupy wieku (A), płci (S) oraz oddzielnej kategorii kobiet ciężarnych (P).

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

Ze szczebla terenowego bez badania mikroskopowego

- Malaria nie powikłana: A/S/P.
- Malaria ciężka: A/S/P, odniesienie (tak/nie).
- Podejrzany zgon z powodu malarii: A/S/P.
- Podejrzane nieskuteczne leczenie malarii: A/S/P, rodzaj przyjmowanego leczenia.

Ze szczebla terenowego z badaniem mikroskopowym

Te same jak bez badania mikroskopowego, **plus**

- Typ pasożyta malarii (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*).
- Potwierdzony zgon z powodu malarii A/S/P.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Ze szczebla terenowego bez badania mikroskopowego

- Liczba przypadków nie powikłanej malarii, ciężkiej mala-

rii, nieskutecznego leczenia malarii (ze względu na stosowane leczenie), dla A/S/P.

- Liczba podejrzanych zgonów z powodu malarii, dla A/S/P.

Ze szczebla terenowego z badaniem mikroskopowym

Te same jak bez badania mikroskopowego, **plus**

- Typ pasożyta malarii (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*).
- Potwierdzony zgon z powodu malarii A/S/P.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Trendy i wzorce choroby są głównym przedmiotem zainteresowania programów zwalczania malarii.

Raporty: Miesięczne raporty danych zbiorczych do następnego szczebla, według obszarów geograficznych (dystryktów).

Wykresy: Trendy czasowe w różnych obszarach geograficznych; przyrost liczby przypadków więcej niż o 2 odchylenia standardowe w porównaniu do uśrednionych danych z poprzednich "normalnych" lat wskazuje na epidemię.

Mapy: Obecność / nieobecność przypadków malarii; należy podać kompletność i punktualność uzyskiwania danych.

Lista ostrzegawcza: Ośrodki terenowe i pośrednie, które nie przysyłają raportów miesięcznych lub przysyłają je z opóźnieniem.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Identyfikacja grup wysokiego ryzyka oraz obszarów z problemami (np. dystryktów, gdzie muszą pilnie być wprowadzone badania skuteczności leczenia).
- Ocena efektów działań w zakresie zwalczania malarii.
- Dopasowanie i ukierunkowanie działań w zakresie zwalczania malarii.
- Wskazanie rozdziału środków oraz działań szkoleniowych.

ASPEKTY SPECJALNE

Liczne przypadki mogą być leczone w domu przez prywatnych lekarzy. Włączenie ich do systemu nadzoru i leczenia stanowi wyzwanie dla programów zwalczania malarii.

LEISZMANIOZA TRZEWNA

B55.0

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Leiszmanioza trzewna występuje endemicznie w 60 krajach. Zachorowalność jest szacowana na 500.000 przypadków każdego roku. Jest to najcięższa postać leiszmaniozy i nie leczona może prowadzić do śmierci. Śmiertelne epidemie często występują w ogniskach antroponotycznych w Bangladeszu, Indiach, Nepalu, Sudanie, gdzie człowiek jest uznawany za wyłączny rezerwuar. Nadzór epidemiologiczny ma zasadnicze znaczenie dla określenia wpływu choroby i monitorowania działań w kierunku zwalczania choroby i wykrywania epidemii.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Choroba z przedłużającą się nieregularną gorączką, splenomegalią i utratą ciężaru ciała jako jej głównymi objawami.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Dodatni wynik parazytologiczny (barwione rozmazy ze

szpiku kostnego, śledziony, wątroby, węzłów chłonnych, krwi; lub wyhodowanie *Leishmania* z biopsji lub z aspirowanego materiału).

- Dodatnia serologia (IFA, ELISA).

Klasyfikacja przypadków

Operacyjna definicja WHO:

Przypadek leiszmaniozy trzewnej stanowi osoba wykazująca objawy kliniczne (głównie przedłużającą się nieregularną gorączkę, splenomegalię i utratę ciężaru ciała) z potwierdzeniem rozpoznania: serologicznym (na szczeblu terenowym) lub parazytologicznym (jeśli możliwe na szczeblu centralnym). W obszarach endemicznych malarii, leiszmanioza trzewna winna być podejrzana, jeżeli gorączka trwa dłużej niż dwa tygodnie i nie uzyskano odpowiedzi na leki przeciwmalaryczne (zakładając, że odporna na leki malaria również była brana pod uwagę).

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych ze szczebla terenowego do szczebla pośredniego i centralnego.
- Aktywne wyszukiwanie przypadków przez przegląd wybranych grup lub masywne przeglądy (standaryzowane i okresowe) stanowią alternatywę do oceny chorobowości z powodu leiszmaniozy trzewnej.

Międzynarodowe: Roczne raporty ze szczebla centralnego do WHO (dotyczy ograniczonej liczby krajów).

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Dokumentacja pojedynczych pacjentów na szczeblu terenowym

Dane identyfikacyjne: identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, przebyte podróże, czas pobytu w aktualnym miejscu zamieszkania.

Dane o leiszmaniozie: objawy kliniczne, data rozpoznania, rozpoznanie parazytologiczne i serologiczne, gatunek *Leishmania*, wynik leczenia.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Liczba przypadków potwierdzonych klasyfikowanych ze względu na wiek, płeć, sposób rozpoznania.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Tablice: Liczby przypadków według obszaru geograficznego, wieku, płci, sposobu rozpoznania, miesiąca / roku. Chorobowość punktowa w poszczególnych miejscach (jeżeli stosowne jest aktywne wyszukiwanie przypadków).

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Ocena rzeczywistych rozmiarów problemu i głównej zagrożonej populacji.
- Poprawa i skoncentrowanie działań w walce z chorobą.
- Poprawa opieki i prowadzenia pacjentów z leiszmaniozą skórą, rozsianą leiszmaniozą skórą i śluzówkowo-skórą (zalecenia WHO).
- Identyfikacja trudności technicznych i operacyjnych.
- Ocena efektów walki z chorobą.
- Przewidywanie epidemii.

ASPEKTY SPECJALNE

Chorobowość na leiszmaniozę trzewną ma tendencję do

znacznego niedoszacowania ponieważ większość danych oficjalnych jest uzyskiwana poprzez bierne wykrywanie przypadków. Liczba osób narażonych na zarażenie lub zarażonych bez żadnych objawów jest o wiele ważniejsza niż liczba wykrytych przypadków.

LEISZMANIOZA SKÓRNA

B55.1, B55.2

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Leiszmanioza skórna występuje endemicznie w ponad 70 krajach. Roczna zachorowalność jest szacowana na 1.500.000 przypadków. Choroba ma szereg form klinicznych: miejscowa leiszmanioza skórna, najtrudniejsza w leczeniu oraz (głównie na półkuli zachodniej) leiszmanioza śluzówkowo-skórna, która jest postacią najcięższą, gdyż powoduje zmiany zniekształcające i uszkodzenia na twarzy. W ogniskach, gdzie, jak przypuszcza się, człowiek jest jedynym rezerwuarem (ogniska antroponotyczne), epidemie są związane z migracją ludzi z obszarów wiejskich do ubogich podmiejskich; w ogniskach zoonotycznych, gdzie rezerwuarem są ssaki, epidemie są związane ze zmianami w środowisku i przybywaniem ludzi nieodpornych do obszarów wiejskich. Nadzór epidemiologiczny jest niezbędny dla ustalenia wpływu choroby i dla monitorowania wysiłków mających na celu ograniczenie zachorowań i wykrywanie epidemii.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Pojawienie się jednej lub więcej zmian, typowo na odkrytych powierzchniach ciała. Twarz, szyja, kończyny górne i dolne są najczęściej zajmowane. W miejscu wszczepienia pojawia się guzek, który może się powiększyć i zamienić na przewlekłe owrzodzenie. Rany pozostają w tym stanie przez rozmaite okresy nim się wygoją, typowo pozostawiają zagłębioną bliznę. Mogą występować inne, nietypowe formy. U niektórych osobników, pewne szczepy mogą ulegać rozsewowi i tworzyć zmiany na śluzówkach. Te następstwa dotyczą tkanek nosowo-gardłowych i mogą być bardzo zniekształcające.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

- Dodatni wynik badań parazytologicznych (barwiony rozmaz lub hodowla ze zmian chorobowych).
- Tylko w wypadku leiszmaniozy śluzówkowo-skórnej: dodatnie testy serologiczne (IFA, ELISA).

Klasyfikacja przypadków

Operacyjna definicja WHO:

Przypadek leiszmaniozy skórnej u osoby wykazującej zmiany kliniczne (skórne lub śluzówkowe) z parazytologicznym potwierdzeniem rozpoznania (dodatni rozmaz lub hodowla) oraz/lub, wyłącznie dla leiszmaniozy śluzówkowo-skórnej, rozpoznanie serologiczne.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Na szczeblu terenowym dokumentacja indywidualnych pacjentów musi być zachowana w celu badań i prowadzenia przypadku.
- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych ze szczebla terenowego do szczebla pośrednich i do szczebla centralnego.
- Aktywne wyszukiwanie przypadków przez przegląd wybranych grup lub masowe przeglądy (standaryzowane i

okresowe) stanowią alternatywę do oceny chorobowości z powodu leiszmaniozy skórnej.

Międzynarodowe: Roczne raporty ze szczebla centralnego do WHO (dotyczy ograniczonej liczby krajów).

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Dokumentacja pojedynczych pacjentów na szczeblu terenowym

Dane identyfikacyjne: identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna, przebyte podróże, czas pobytu w aktualnym miejscu zamieszkania.

Dane o leiszmaniozie: objawy kliniczne, data rozpoznania, rozpoznanie parazytologiczne i (wyłącznie dla leiszmaniozy śluzówkowo-skórnej) serologiczne, gatunek *Leishmania*, wynik leczenia.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Liczba przypadków potwierdzonych, klasyfikowanych ze względu na wiek, płeć, sposób rozpoznania.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Tablice: Liczby przypadków według obszaru geograficznego, wieku, płci, sposobu rozpoznania, miesiąca / roku.

Mapy: Zachorowalność w poszczególnych wioskach.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Ocena rzeczywistych rozmiarów problemu i głównej zagrożonej populacji.
- Poprawa i skoncentrowanie działań w walce z chorobą.
- Poprawa opieki i prowadzenia pacjentów z leiszmaniozą skórną, rozsianą leiszmaniozą skórną i śluzówkowo-skórną (zalecenia WHO).
- Identyfikacja trudności technicznych i operacyjnych.
- Ocena efektów walki z chorobą.
- Przewidywanie epidemii.

ASPEKTY SPECJALNE

Chorobowość na leiszmaniozę skórną ma tendencję do znacznego niedoszacowania, ponieważ większość danych oficjalnych jest uzyskiwana poprzez bierne wykrywanie przypadków. Inne czynniki, które mogą prowadzić do błędnego rozpoznania lub nie rozpoznania przypadków, to: szerokie rozsianie ognisk, ograniczony dostęp do urządzeń służby zdrowia, niedobór laboratoriów diagnostycznych i ograniczony lub nieregularny dostęp do skutecznych leków.

LEISZMANIOZA/HIV - WSPÓŁZAKAŻENIA

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Współzakażenia *Leishmania/HIV* zostały zaobserwowane już w 30 krajach. Nakładanie się leiszmaniozy trzewnej i AIDS narasta, ponieważ pandemia AIDS szerzy się w obszarach wiejskich, a leiszmanioza trzewna w obszarach podmiejskich. W południowej Europie, 25% do 70% przypadków leiszmaniozy trzewnej u dorosłych jest związana z zakażeniem HIV, a 1,5% do 9% przypadków AIDS cierpi z powodu nowonabytej lub reaktywowanej leiszmaniozy trzewnej.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Operacyjna definicja WHO:

Przypadek współzakażenia to osoba HIV dodatnia, mająca

