

Meldunek 3/B/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.03 do 31.03.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane	
	16.03.01. do 31.03.01.	16.03.00. do 31.03.00.	1.01.01. do 31.03.01.	1.01.00. do 31.03.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	-	17	10
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	552	541	2612	2425
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	5	8	13	18
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	241	295	1294	1359
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	423	384	1834	1200
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	881	1337	4698	5922
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	485	908	2715	4232
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	3	1
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	98	81	748	396
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	385	706	2112	2925
Zapalenie opon mózgowych: razem	43	63	401	396
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	5	39	36
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	8	16	27
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	17	25	165	177
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	11	18	144	119
inne i nie określone (G03)	9	7	37	37
Zapalenie mózgu: razem	19	19	90	103
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	7	27	27
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	3	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	1	6	10
wirusowe, nie określone (A86)	11	5	32	46
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	6	22	20
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6076	8736	41238	44675
Odra (B05)	20	9	47	23
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	5403	3717	20692	12204
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	10	13	88	85
typu B (B16; B18.0-B18.1)	100	156	581	754
typu C (B17.1; B18.2)	88	99	441	533
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	8	6	34	38
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	15	15	52	94
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	473	1251	3366	6489
Włośnica (B75)	-	-	3	4
Świerzb (B86)	649	784	4506	4977
Grypa: ogółem (J10; J11)	20226	14302	509769	1521939
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	686	753	3374	3238
w tym: salmonelozy (A02.0)	550	539	2596	2412
gronkowcowe (A05.0)	1	15	53	54
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	8	1	17	10
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	1	38	49	46
nie określone (A05.9)	126	160	658	715
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	-	7	2
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	5	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	448	431	2406	1992
w tym: pestycydami (T60)	3	-	12	5
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	243	255	1222	1121
alkoholem (T51)	50	104	473	407
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	3	4	19	11

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.03.2001 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	-	-	-	552	5	881	-	98	385	43	2	19	-
Dolnośląskie	-	-	-	20	1	53	-	3	42	3	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	20	-	86	-	3	42	1	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	44	1	74	-	1	10	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	56	-	17	-	-	12	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	83	-	61	-	33	7	1	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	27	-	51	-	3	22	5	1	-	-
Mazowieckie	-	-	-	56	-	87	-	13	51	5	-	4	-
Opolskie	-	-	-	88	-	4	-	-	24	1	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	16	2	54	-	-	7	3	-	3	-
Podlaskie	-	-	-	18	-	21	-	8	8	2	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	18	1	67	-	-	22	1	-	3	-
Śląskie	-	-	-	22	-	98	-	6	64	8	1	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	16	-	45	-	11	7	-	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	14	-	42	-	11	12	2	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	38	-	97	-	6	39	3	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	16	-	24	-	-	16	3	-	2	-

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	6076	20	5403	10	108	96	473	-	649	20226	686	-	448
Dolnośląskie	331	1	690	-	10	14	32	-	28	289	23	-	22
Kujawsko-Pomorskie	450	-	1159	-	13	7	72	-	54	786	26	-	73
Lubelskie	197	-	337	1	6	4	63	-	66	230	45	-	49
Lubuskie	175	-	154	-	5	7	1	-	24	39	69	-	35
Łódzkie	292	-	96	-	3	8	16	-	65	5872	91	-	29
Małopolskie	501	4	399	1	12	7	53	-	41	916	37	-	44
Mazowieckie	533	4	173	6	12	9	21	-	42	6296	71	-	13
Opolskie	254	-	174	-	5	4	13	-	28	289	88	-	5
Podkarpackie	265	-	72	-	7	2	9	-	49	478	23	-	27
Podlaskie	332	1	38	-	3	-	35	-	13	153	18	-	11
Pomorskie	325	-	140	2	8	11	37	-	22	2030	25	-	19
Śląskie	1153	10	994	-	15	5	48	-	63	291	53	-	40
Świętokrzyskie	279	-	60	-	5	8	19	-	23	350	23	-	56
Warmińsko-Mazurskie	190	-	123	-	1	1	2	-	43	819	14	-	10
Wielkopolskie	525	-	641	-	2	6	47	-	53	1332	41	-	9
Zachodniopomorskie	274	-	153	-	1	3	5	-	35	56	39	-	6

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

W marcu 2001 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 47 obywateli polskich, wśród których było m.in. 20 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 23 bez informacji o drodze zakażenia.

Zakażenie HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, 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 Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie.

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

Chorzy byli w wieku od 4 miesięcy do 51 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: po trzech w dolnośląskim i wielkopolskim oraz po jednym w województwie: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim i śląskim.

W dziesięciu przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku jako chorobę wskazującą na AIDS podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. U ośmiorga chorych podano liczbę komórek CD4 (u dorosłych: od 5 do 316 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 marca 2001 r. stwierdzono zakażenie HIV 6909 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4358 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 986 zachorowań na AIDS; 522 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.*

Encefalopatie gąbczaste (choroby prionowe zwierząt)

Występująca od przeszło 200 lat i w związku z tym najlepiej poznana encefalopatia gąbczasta (chorobą prionową) zwierząt jest scrapie, zwana w Polsce trzęsawką lub kołowaczyną, występująca u owiec i kóz.

Encefalopatia gąbczasta bydła - określana skrótem literowym BSE od nazwy w języku angielskim (bovine spongiform encephalopathy) - zwana była dawniej chorobą głupich

krów lub chorobą szalonych krów. Znana od kilkunastu lat, jest przyczyną licznych i poważnych konsekwencji zarówno zdrowotnych (dla ludzi i zwierząt) jak i ekonomicznych, sięgając głęboko w różne, czasem nawet trudne do przewidzenia dziedziny życia.

Chronologicznie problem przedstawia się następująco:

- W latach 1981-1982 rozpoczęto w Wielkiej Brytanii do dawanie do paszy dla bydła mączki kostno-mięsnej uzyskanej z padliny różnych zwierząt, w tym także owiec i kóz padłych z powodu scrapie, oraz bydła. Przyczyną podjęcia takiego działania była chęć uzyskania większej mleczności krów, która w znacznym stopniu miała być limitowana ilością białka dostarczonego w paszy. W ten sposób zwierzęta roślinożerne zmuszono do spożywania białka zwierzęcego oraz do kanibalizmu zwierzęcego. Fakty niżej przytoczone wskazują, że najprawdopodobniej powtórzyła się wśród zwierząt sytuacja podobna do kuru wśród kanibali w Nowej Gwinei.

- W listopadzie 1986 roku, a więc po 4-5 latach od rozpoczęcia skarmiania bydła mączką kostno-mięsną, doszło do pierwszych zachorowań krów, określanych wówczas chorobą głupich lub szalonych krów, a obecnie BSE.

- Po przeanalizowaniu wyników obserwacji i wyciągnięciu wniosków, w 1988 roku wydano zakaz stosowania w Wielkiej Brytanii mączki kostno-mięsnej uzyskanej z padliny. Nielegalnie była ona jednak w dalszym ciągu przez pewien czas stosowana.

- W 1989 roku wydano zakaz spożywania przez ludzi odpadów poubojowych bydła.

- W Zjednoczonym Królestwie pomiędzy 1986 a 2000 rokiem zanotowano blisko 180.000 przypadków BSE. Najwyższą liczbę zachorowań zanotowano w 1992 roku (37.280). Pomiędzy rokiem 1991 a 1994 roczna liczba zachorowań była wyższa od 20.000. Notowano wówczas przeciętnie 80 zachorowań na BSE dziennie. Wydany w 1988 roku zakaz stosowania mączek mięsno-kostnych dał rezultat w postaci obniżenia liczb zachorowań po 1992 roku, a więc po upływie 4 lat. Przewiduje się, że epizooocja BSE w Wielkiej Brytanii, jeżeli nie zajdą inne okoliczności, powinna wygasnąć około 2040 roku. Zachorowania bydła na BSE zaczęto obserwować następnie w krajach, które importowały z Wielkiej Brytanii bydło i które importowały paszę z mączką kostno-mięsną. Początkowo zachorowania występowały wśród bydła importowanego, następnie także wśród bydła rodzimego. W 1995 roku zachorowania bydła importowanego z Wielkiej Brytanii zanotowano w Niemczech, we Włoszech, w Dani, w Kanadzie, Omanie i na Wyspach Falklandzkich, a wśród bydła rodzimego we Francji, Portugalii, Irlandii, Szwajcarii. Szczególnie intensywny wzrost liczby krajów, gdzie występują zachorowania rodzimego bydła na BSE, wystąpił w 2000 roku. Pod koniec 2000 roku, spośród krajów zachodnioeuropejskich, BSE występowało wśród bydła rodzimego w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Portugalii, Francji, Belgii, Holandii, Danii, Niemczech, Luksemburgu, Lichtensteinie; a wśród bydła importowanego w Kanadzie, na Wyspach Falklandzkich, we Włoszech, w Kuwejcie i Omanie.

Wolne od BSE, spośród krajów Unii Europejskiej, były Szwecja, Finlandia, Austria i Grecja.

Okres wylegania BSE, jak wynika z powyżej opisanych obserwacji, trwa najczęściej 4-5 lat. Może wydłużać się do 15 lat.

Na podstawie dotychczasowych obserwacji można sądzić, że nie występuje wśród bydła transmisja pozioma zakażeń BSE. Zachorowania obserwuje się u 10% cieląt, jeżeli objawy BSE u matki wystąpią do 5 miesięcy po porodzie, i od

1 do 10% cieląt, jeżeli objawy BSE wystąpią w 6-12 miesięcy po porodzie.

Zachorowania dotyczą w zasadzie bydła starszego od 30 miesięcy. Obserwowano pojedyncze przypadki u bydła w wieku pomiędzy 20 a 30 miesięcy.

Podczas konsultacji Światowej Organizacji Zdrowia, która odbyła się w Genewie w dniach 24-26 marca 1997 roku dokonano określenia zakaźności BSE tkanek i płynów ustrojowych zwierząt. Podzielono je na 4 następujące kategorie:

- Kategoria pierwsza - wysoka zakaźność: mózg, rdzeń kręgowy, gałka oczna.
- Kategoria druga - średnia zakaźność: śledziona, migdałki, węzły chłonne, jelita, odbytnica, płyn mózgowo-rdzeniowy, przysadka, nadnercza, szyszynka, opona twarda, łożysko.
- Kategoria trzecia - niska zakaźność: nerwy obwodowe, śluzówka nosa, grasicca, szpik kostny, wątroba, płuca, trzustka.
- Kategoria czwarta - nie wykryta zakaźność: mięśnie szkieletowe, serce, wymię, mleko, siara, surowica, krew, kał, nerki, tarczycza, ślinianki, jajniki, macica, jądra, nasienie, tkanki płodowe, żółć, kości, chrząstki, tkanka łączna, włosy, skóra, mocza.

Zakażenia człowieka BSE i w konsekwencji zachorowania na wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD) są najczęściej wynikiem zakażeń drogą pokarmową w wyniku spożycia tkanek, narządów i innych materiałów pochodzących od bydła. Materiały pochodzenia bydłowego są stosowane w procesie uzyskiwania różnych produktów, zarówno spożywczych jak i innych.

Przykładem takiego produktu spożywczego może być żelatyna, uzyskiwana najczęściej z kości. Kości zakwalifikowane zostały do czwartej kategorii, to jest do materiałów o niewykrytej zakaźności. W warunkach przemysłowych nie ma jednak możliwości oddzielenia kości długich od szpiku, który zakwalifikowany jest do trzeciej kategorii, tj. do niskiej zakaźności, a kości czaszki i kręgosłupa od tkanki centralnego układu nerwowego, zakwalifikowanego do pierwszej kategorii, tj. do wysokiej zakaźności. Rzadziej żelatyna wołowa uzyskiwana jest ze skóry, która jest zakwalifikowana do czwartej kategorii i nie budzi tego typu zastrzeżeń. Z tych powodów coraz częściej wykorzystuje się żelatynę pochodzącą od innych zwierząt: wieprzową, drobiową, rybą.

Innym przykładem, mogącym teoretycznie budzić obawy zakażenia, są niektóre szczepionki. Materiały pochodzenia bydłowego w produkcji niektórych szczepionek wykorzystywane są w procesie namnażania drobnoustrojów. Są one w miarę dokładnie usuwane z produktu końcowego, w ten sposób, że w szczepionkach materiały bydłowego pochodzenia są niewykrywalne lub wykrywane w śladowych ilościach. Jest to jeden z głównych kierunków działania stosowanego od dawna dla zminimalizowania odczynów poszczepiennych.

W produkcji niektórych szczepionek wirusowych, jak wyżej wspomniano, na etapie namnażania wirusów stosowane są następujące materiały pochodzenia bydłowego:

- surowica płodowa lub cieleca. Surowica zaliczana jest do kategorii czwartej, tj. materiałów o nie wykrytej zakaźności. Ponadto wśród płodów i zwierząt młodszych od 20 miesięcy nie stwierdza się zakażenia prionami.
- mleko i produkty otrzymane z mleka (np. laktoza, galaktoza). Mleko również należy do materiałów zakwalifikowanych do czwartej kategorii, tj. do materiałów o nie wykrytej zakaźności.
- żelatyna, której problem omówiono wyżej. Do produkcji szczepionek najczęściej stosuje się 10% żelatyny wołowej i 90% żelatyny wieprzowej.

Ponadto do produkcji niektórych szczepionek bakteryjnych

stosowane są następujące materiały pochodzenia wołowego: mięso, łój, hemoglobina, hematyna.

Producenci szczepionek podejmują prace nad zastąpieniem materiałów pochodzenia bydłowego materiałami od zwierząt nie zapadających na BSE, materiałami uzyskanymi syntetycznie lub drogą fermentacji.

Obecnie natomiast stosowana jest metoda pozyskiwania tych materiałów od bydła nie objętego zakażeniami BSE.

Zasady stosowane w tym celu zmieniły się w miarę upływu czasu. W latach osiemdziesiątych pobierano materiał nawet od bydła brytyjskiego lecz z hodowli, gdzie nie występowały zachorowania na BSE. W dalszym etapie eliminowano z produkcji materiały bydłowe z krajów, gdzie występowały zachorowania na BSE wśród bydła rodzimego, następnie z krajów, gdzie występowały zachorowania wśród bydła z subkontynentu, tj. z Europy Zachodniej. Obecnie materiały bydłowego pochodzenia stosowane do produkcji szczepionek pozyskiwane są z hodowli bydła w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, Australii, Nowej Zelandii, Tajwanu, Chin, Japonii.

Na podstawie przeglądu dokumentacji produkcyjnej można wypowiedzieć się, że do tej pory nie zaszło zagrożenie epidemiologiczne szerzenia się BSE przez preparaty szczepionkowe. Wydaje się jednak konieczne przyspieszenie prac nad rezygnacją z materiałów bydłowego pochodzenia w procesie produkcyjnym szczepionek.

Materiały pochodzenia bydłowego dodawane są także do kosmetyków i różnych produktów żywnościowych jak cukierki, jogurty itp.

W Polsce ustawa z 24 kwietnia 1997 roku o zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, badania zwierząt rzeźnych i mięsa oraz o inspekcji weterynaryjnej (Dz.U. Nr 60, poz. 369 z 1997 r.) uznała BSE za chorobę zwalczaną z urzędu.

Drogą rozporządzeń ministra rolnictwa i rozwoju wsi wydano zakaz importu bydła, mięsa wołowego, mączek mięsno-kostnych i innych produktów pochodzących od bydła z krajów gdzie stwierdzano BSE u bydła rodzimego: w 1998 roku z Wielkiej Brytanii, Irlandii i Szwajcarii; w 1999 roku z Portugalii; w 2000 roku stopniowo z Francji (8 listopada), z Belgii, Hiszpanii, Holandii, Niemiec, Danii (24 listopada), z Lichtensteinu i Luksemburga (29 listopada); oraz w styczniu 2001 roku - z Włoch.

W Polsce postanowiono przeprowadzać pośmiertne badania w kierunku BSE bydła następujących grup:

- zwierząt z objawami neurologicznymi z ujemnym wynikiem badania w kierunku wścieklizny (około 200 sztuk rocznie),
- zwierząt padłych (około 1.000 sztuk),
- zwierząt z uboju z konieczności (około 2.000 sztuk),
- zwierząt importowanych z krajów Unii Europejskiej (w latach 1992 - 2000 zaimportowano 25.335 sztuk),
- losowo 3% bydła starszego od 30 miesięcy (około 15.000 sztuk).

Razem przewiduje się poddanie badaniu ponad 18.200 sztuk bydła rocznie.

W latach poprzednich poddano badaniu ponad 400 sztuk bydła z grup wysokiego ryzyka padłego i z objawami neurologicznymi. Wszystkie wyniki badań dotychczas były ujemne.

* Artykuł zawiera ogólnie dostępne informacje uzyskane z publikacji Światowej Organizacji Zdrowia, informacji prasowych ogólnych i profesjonalnych i z odpowiednich ministerstw, innych urzędów i instytucji, w celu w miarę całościowego udostępnienia tych danych dla osób zainteresowanych.

Dezynfekcja w zapobieganiu i zwalczaniu pryszczycy

Wirus wywołujący pryszczycę należy do rodziny Picornaviridae (rodzaj Aphthovirus). Uważany za wysoce zaraźliwy, jest przenoszony przez zakażone zwierzęta, kurz, zanieczyszczoną wodę, środki transportu, odzież, a także skórę i ręce. Może przeżywać kilka lub kilkanaście tygodni w zależności od środowiska. Na skórze rąk pozostaje zdolny do zakażenia przez kilka, a nawet kilkanaście godzin. Jest odporny na wiele czynników fizycznych i chemicznych. W temperaturze 65°C wirus ulega zniszczeniu po 1 godzinie, z pełnego mleka był odzyskiwany po 5 minutach ogrzewania w temperaturze 72°C. Jest odporny na preparaty jodoformowe, czwartorzędowe związki amoniowe, pochodne fenolowe. Wirus pryszczycy jest wrażliwy na skrajne pH.

Nie dysponujemy wynikami badań środków dezynfekcyjnych z zastosowaniem wirusa pryszczycy, ponieważ jednak do tej samej rodziny wirusów bezosłonkowych hydrofilnych należą enterowirusy, w tym poliovirus, modelowy szczerp testowy do określania działania wirusobójczego, wydaje się uzasadnione przyjęcie, że przeznaczone do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej pozytywnie zaopiniowane przez PZH wirusobójcze preparaty dezynfekcyjne będą aktywne w stosunku do wirusa pryszczycy. Należy przy tym pamiętać, że skuteczność dezynfekcji zależy od wielu czynników, w tym również zanieczyszczeń organicznych. Z tego względu w przypadku powierzchni i przedmiotów zanieczyszczonych należy stosować środki w wyższym stężeniu (w załączonym wykazie oznaczone "z") lub dłuższym czasie działania. Ze względu na różnorodność przedmiotów wykonanych z różnych tworzyw nie można zalecić uniwersalnej metody dezynfekcji.

W załączeniu podajemy wykaz pozytywnie zaopiniowanych preparatów o działaniu wirusobójczym, przeznaczonych do dezynfekcji powierzchni, sprzętów, przedmiotów.

Uwagi dotyczące wykonywania dezynfekcji

Bielizna, tkaniny, ubrania

Przy wyborze środków należy uwzględnić nie tylko ich działanie, w tym przypadku wirusobójcze, ale również ewentualny szkodliwy wpływ na człowieka. Z tego względu do dezynfekcji bielizny i ubrań tolerujących wysoką temperaturę należałoby zastosować gotowanie lub pranie w temperaturze powyżej 90°C przez co najmniej 15 minut. Do tkanin wrażliwych na tę temperaturę można zalecić pranie w temperaturze 60°C z zastosowaniem środków piorąco-dezynfekcyjnych: Eltra, Eskulap, Monosan PF, Oxyplex perfect dozowanych w ilości 9 g/dm³, przy stosunku kąpieli piorącej 5 dm³ na 1 kg bielizny.

W przypadku ubrań, które nie mogą być prane "na mokro", można rozważyć poddanie ich dezynfekcji w komorach parowo-formaldehadowych. Postępowaniem zmniejszającym

liczbę cząstek wirusa jest również prasowanie gorącym żelazkiem z użyciem pary.

Powierzchnie

Do dezynfekcji powierzchni można stosować m.in. roztwory podchlorynu sodu zawierające 0,5% - 1,0% aktywnego chloru (w zależności od obecności zanieczyszczeń organicznych), chloraminę w stężeniu 5,0%, preparaty zawierające sól sodową kwasu dichloroizocyjanurowego - od 0,1 do 0,8% aktywnego chloru. Do dezynfekcji powierzchni mogą być stosowane również preparaty utleniające, zawierające aktywny tlen. Przy wyborze środków zawierających aktywny chlor lub tlen należy zwrócić uwagę na możliwość uszkodzenia powierzchni (np. odbarwienie, korozja). Preparaty zawierające aldehydy mają mniejsze działanie uszkadzające, jednak przy dezynfekcji dużych powierzchni należy uwzględnić ich działanie drażniące.

We wszystkich przypadkach po dezynfekcji należy powierzchnie dokładnie zmyć wodą (używając czystego, nieskażonego sprzętu).

Ze względu na szkodliwe działanie środków chemicznych dezynfekcję powinny wykonywać wyszkolone ekipy, natomiast w przypadku indywidualnego użytkownika należy dołączyć dokładną instrukcję postępowania (etap po etapie).

Uwaga: nie należy prowadzić dezynfekcji w obecności niemowląt i dzieci.

Dezynfekcja rąk

Udowodnione działanie na poliovirusa wykazują: alkohol etylowy 82 - 90% w czasie 30 sekund oraz preparat Desderman N w czasie 3 minut. Środki te należy stosować w postaci nie rozcieńczonej, nanosić bezpośrednio na suche ręce w takiej ilości, aby były wilgotne przez podany czas.

W przypadku rąk zanieczyszczonych wykonać wstępną dezynfekcję, ręce umyć, wysuszyć i ponownie zdezynfekować.

W szczególnych przypadkach (epidemia) może być stosowana chloramina T, Clorina (zawiera chloraminę T): 1% - 2 minuty, 2% - 1 minuta. Ze względu na drażniące działanie, po dezynfekcji ręce należy dokładnie umyć.

Dezynfekcja skóry

Braunoderm zabarwiony: działa na poliovirusa w czasie 2 minut, nanosić na suchą skórę.

* * *

Nie należy zapominać o przestrzeganiu podstawowych zasad higieny osobistej: dokładne mycie rąk i czyszczenie paznokci, gorący prysznic z intensywnym namydleniem, dokładne mycie włosów - to zabiegi, które chociaż nie inaktywują wirusa pryszczycy, to znacząco redukują liczbę cząstek wirusa na skórze.

B. Tadeusiak, E. Zarzycka, E. Brzyska
Zakład Zwalczania Skażeń Biologicznych PZH

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY - ZAKŁAD ZWALCZANIA SKAŻEŃ BIOLOGICZNYCH

Preparaty o działaniu wirusobójczym wybrane z "Wykazu preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej pozytywnie zaopiniowanych przez Państwowy Zakład Higieny"

1. DEZYNFEKCJA POWIERZCHNI

1.1. Substancje aktywne: ZWIĄZKI CHLORU

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Ace (3 wersje zapachowe)	50,0 ^Z 13,0	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Podchloryn sodu	Procter&Gamble Operation Polska, Polska

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Bakta	0,18	15 min	B, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab Belgia
Chloramina B	5,0 ^Z	15 min	B, V	Chlorobenzeno- sulfonamid sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Chloramina T	5,0 ^Z	15 min	B, V	Chlorotolueno- sulfonamid sodu	Argon Z-dy Chemiczne Polska
Chloramina T	5,0 ^Z	15 min	B, V	Chlorotolueno- sulfonamid sodu	Organika Zachem Z-dy Chemiczne, Polska
Chlorosan	steż. ^Z 50,0	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Narew Polska
Chlorizol *	0,4 0,8 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	NaDCC	Septoma Polska
Clorina	5,0 ^Z	15 min	B, V	Chlorotolueno- sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy
Clorox - 3 wersje zapachowe: Świeży, Cytrynowy, Kwiatowy	15,0 50,0 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel Magyarorszag Węgry
Domestos: Arctic/ Citrus Fresh/Pine Fresh (Arctic/Citrus/Fresh)	25,0 steż. ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt. Węgry
Domestos Universal	steż. ^Z	15 min	B, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt. Węgry
Javel-in*	0,5 1,0 ^Z 1,5 ^Z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Vitherm Francja
Medicarine	0,18 0,36 1,08 ^Z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab Niemcy
Podchloryn sodu - S /Chloran (I) sodu-S/ *	0,5 1,0 ^Z 1,5 ^Z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Zakłady Azotowe w Tarnowie-Mościcach S.A., Polska
Podchloryn sodu - S *	1,0 ^Z	15 min	B, V	Podchloryn sodu	Rokita Z-dy Chemiczne Polska
Presept *	0,1008 0,25	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	NaDCC	Johnson&Johnson Medical, Wielka Brytania
Presept granulat	steż.	10 min	B, F, V	NaDCC	Johnson&Johnson Medical, Wielka Brytania
Sator	15,0	15 min	B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel-Ecolab, Niemcy
Savo Prim	11 28,0 ^Z	15 min 15 min	B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Trichlorol	1,5 2,0 ^Z	15 min 15 min	B, V B, V	Chlorotolueno- sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy

1.2. Substancje aktywne: ALDEHYDY

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Aldizol	5,0 ^Z	15 min	B, Tbc, F, V	AG, pochodne fenolowe	Septoma Polska
Descosal P	2,0	15 min	B, F, V	QAC, AG, Gx	Dr. Schumacher Niemcy
Incidin Rapid + 1 % aktywatora **	2,0	15 min	B, F, V	AG, QAC	Henkel-Ecolab Niemcy

1.3. Substancje aktywne: ZWIĄZKI NADTLENOWE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Dezynfektor	stęż.	15 min	B, Tbc, F, V	Nadtlenek wodoru, kwas nadooctowy	Impuls Polska
Mazovia	2,0 3,0 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Impuls Polska
Oxapol	2,0 3,0 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Polfa Łódź S.A. Polska
Septacid	1,0 2,0	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Kwas nadooctowy	Impuls Polska
Steridial S	20,0	15 min	B, F, V	Kwas nadooctowy	Impuls, Polska
Virkon	2,0 ^Z 2,0	10 min 15 min	B, V B, F, V	Mononadsiarozan potasu	Naturan Polska
Viroksan	2,0 3,0 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Septoma Polska

2. DEZYNFEKCJA PRZEDMIOTÓW, KTÓRE MOŻNA ZANURZYĆ LUB WYPEŁNIĆ PŁYNEM DEZYNFEKCYJNYM**2.1. Substancje aktywne: ZWIĄZKI CHLORU**

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Ace (3 wersje zapachowe)	50,0 ^Z 13,0	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Podchloryn sodu	Procter&Gamble Operation Polska, Polska
Bakta	0,18	15 min	B, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab, Belgia
Chloramina B	5,0 ^Z 1,0 ^Z	15 min 2 h	B, V B, V	Chlorobenzeno-sulfonamid sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Chloramina T	5,0 ^Z 3,0 ^Z 1,0 ^Z	15 min 1 h 2 h	B, V B, V B, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Argon Z-dy Chemiczne Polska
Chloramina T	5,0 ^Z 3,0 ^Z 1,0 ^Z	15 min 1 h 2 h	B, V B, V B, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Organika Zachem Z-dy Chemiczne Polska
Chlorosan	stęż. ^Z 50,0	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Narew Polska
Chlorizol *	0,4 0,4 ^Z 0,8 ^Z	15 min 30 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, F, V	NaDCC	Septoma Polska
Clorina	5,0 ^Z 1,0 ^Z 3,0 ^Z	15 min 2 h 4 h	B, V B, V B, F, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy
Clorox - 3 wersje zapachowe: Świeży, Cytrynowy, Kwiatowy	15,0 50,0 ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel Magyarorszag Węgry
Domestos: Arctic/Citrus Fresh/Pine Fresh (Artic/Citrus/Fresh)	25,0 stęż. ^Z	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt. Węgry
Domestos Universal	stęż. ^Z	15 min	B, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt., Węgry
Javel-in*	0,5 1,0 ^Z 1,5 ^Z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Vitherm Francja
Medicarine	0,18 0,36 1,08 ^Z 0,72 ^Z	15 min 15 min 15 min 30 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab Niemcy

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Podchloryn sodu - S /Chloran (I) sodu-S/ *	0,5 1,0 ^Z 1,5 ^Z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Zakłady Azotowe w Tarnowie-Mościcach S.A., Polska
Podchloryn sodu - S *	1,0 ^Z	15 min	B, V	Podchloryn sodu	Rokita Z-dy Chemiczne, Polska
Presept *	0,1008 0,25 0,056 0,25 ^Z 1,5 ^Z	15 min 15 min 1 h 4 h 30 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, V B, F, V B, Tbc, F, V	NaDCC	Johnson & Johnson Medical Wielka Brytania
Presept granulat	stęż.	10 min	B, F, V	NaDCC	Johnson & Johnson Medical, Wielka Brytania
Sator	15,0	15 min	B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel-Ecolab, Niemcy
Savo Prim	11,0 28,0 ^Z	15 min 15 min	B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Trichlorol	1,5 2,0 ^Z 2,0 ^Z	15 min 15 min 4 h	B, V B, V B, F, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy

2.2. Substancje aktywne: ALKOHOLE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Aerodesin 2000	stęż.	30 min	B, F, V	1-propanol, etanol, AG	Lysoform Dr Hans Rosemann Niemcy
Bacillol plus	stęż.	1 h	B, Tbc, F, V	2-propanol, 1-propanol, AG	Bode Chemie Niemcy
Incidur Spray (Incidur S)	stęż.	1 h	B, Tbc, F, V	Etanol, 1-propanol, AG	Henkel-Ecolab Niemcy
NDO Desytol	stęż.	3 h	B, Tbc, F, V	Etanol, 2-propanol, 1-propanol, QAC	Nor Den Olje Norwegia
Septanol	stęż.	2 h	B, Tbc, F, V	Etanol, Chx	PPH Jurbo-Agro, Polska

2.3. Substancje aktywne: ALDEHYDY

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Aldizol	5,0 ^Z	15 min	B, Tbc, F, V	AG, pochodne fenolowe	Septoma Polska
Desam GK	3,0 5,0	1 h 1 h	B, F, V B, Tbc, F, V	Gx, AG, QAC	Libella Sp. z o.o. Polska & Bochemie Republika Czeska
Descosal P	2,0 2,0	15 min 1,5 h	B, F, V B, Tbc, F, V	QAC, AG, Gx	Dr. Schumacher Niemcy
Dezol	33,0	1 h	B, F, V	Gx, AG, QAC	Libella Sp. z o.o. Polska & Bochemie Republika Czeska
Incidin Rapid + 1 % aktywatora **	2,0	15 min	B, F, V	AG, QAC	Henkel-Ecolab Niemcy
Melsept SF	4,0 2,0 3,0	30 min 2 h 1 h	B, V B, F, V B, Tbc, F, V	AG, Gx, QAC	B. Braun Niemcy
San Clear med. 11	3,0 3,0	30 min 1 h	B, F, V B, Tbc, F, V	AG, QAC, AmT	Homclean Polska

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Surfadesin (<i>Antiseptica Kombi Flächen - Desinfektion</i>)	2,0	30 min	B, Tbc, F, V	AG, QAC	Antiseptica Niemcy

2.4. Substancje aktywne: ZWIĄZKI NADTLENOWE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Dezynfektor	stęż.	15 min	B, Tbc, F, V	Nadtlenek wodoru, kwas nadoctowy	Impuls Polska
Mazovia	2,0 3,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Impuls Polska
Oxapol	2,0 3,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Polfa Łódź S.A. Polska
Perform	1,0 2,0 ^z 2,0 ^z 2,0	30 min 30 min 1 h 1 h	B, V B, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V, S	Mononadsiarozan potasu, benzoosan sodu	Schülke&Mayr Niemcy
Polsept + 0,5 % aktywatora **	2,0	30 min	B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Holifa Fröhling Niemcy
Sanepidex + 0,5 % aktywatora **	1,5	2 h	B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Buzek GmbH Szwajcaria
Sekusept Pulver	2,0 ^z	2 h	B, F, V	Nadboran sodu, TAED	Henkel-Ecolab Niemcy
Sekusept Pulver + 0,5 % aktywatora **	2,0	30 min	B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Henkel-Ecolab Niemcy
Septacid	1,0 2,0	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Kwas nadoctowy	Impuls Polska
Steridial S	20,0	15 min	B, F, V	Kwas nadoctowy	Impuls, Polska
Virkon	2,0 ^z 2,0	10 min 15 min	B, V B, F, V	Mononadsiarozan potasu	Naturan Polska
Viroksan	2,0 3,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Septoma Polska

Przypisy

^z zanieczyszczone powierzchnie

* podane stężenie odnosi się do zawartości aktywnego chloru

** do roztworu roboczego dodać podaną ilość odpowiedniego aktywatora

Objaśnienia zastosowanych skrótów

Zakres działania:

B - bakteriobójczy (bez Tbc)

Tbc - prątkobójczy (prątki gruźlicy)

F - grzybobójczy

V - wirusobójczy

S - sporobójczy

Związki aktywne:

AG - aldehyd glutarowy

AF - formaldehyd

AmT - amfoteryczne związki powierzchniowo aktywne

Ao-Ft - aldehyd orto-ftalowy

Chx - pochodne biguanidyny

Gx - glioksal

TAED - tetraacetyloetylenodiamina

NaDCC - dichloroizocyjanuran sodu

QAC - czwartorzędowe związki amoniowe

Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia* (10)

ONCHOCERKOZA

B73

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Onchocerkozę występuje endemicznie w 34 krajach Afryki, Półwyspu Arabskiego i obu Ameryk. Sukces w opanowaniu

choroby w Afryce Zachodniej był osiągnięty dzięki strategii niszczenia larw, aby zahamować przenoszenie; od 1988 było to związane z leczeniem za pomocą ivermektyny (*ivermectin*), bezpiecznego i skutecznego leku. Strategia globalna zwalczania onchocerkozy oparta jest na corocznym podawaniu ivermektyny populacjom dotkniętym chorobą. Pierwszym krokiem jest mapowanie endemiczności onchocerkozy w znanych lub potencjalnie endemicznych obszarach. Następnym krokiem jest wprowadzenie oszczędności i efektywne-

go systemu rozprowadzania iwermektyny zogniskowanego na metodach leczenia wspólnot.

Z chwilą gdy onchocerkoza zostaje opanowana (jak ma to miejsce w 11 krajach Afryki Zachodniej), ryzyko nawrotów musi być ograniczone do minimum. Kraje uczestniczące, w czasie okresu eliminacji 1998-2002 w Afryce Zachodniej, zapewnią włączenie wykrywania i zwalczania nawrotu onchocerkozy do narodowego systemu nadzoru epidemiologicznego i zwalczania chorób.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Kliniczna definicja przypadku

W obszarach endemicznych, osoba z włóknistymi guzkami w tkance podskórnej.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Jedno lub więcej z następujących:

- Obecność mikrofilarii w skrawkach skóry pobranych z grzebienia biodrowego.
- Obecność dojrzałych pasożytów w wyciętych guzkach.
- Obecność typowych objawów ocznych, takich jak obserwacje w lampie szczelinowej mikrofilarii w rogówce, komorze przedniej lub w ciele szklistym.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Przypadek, który spełnia definicję kliniczną.

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.

Potwierdzony: Przypadek podejrzany, który jest potwierdzony laboratoryjnie.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

W strefach, gdzie onchocerkoza występuje endemicznie

Czynne wyszukiwanie przypadków (skrawki skóry, badanie oftalmologiczne, test skórny Mazzotiego z dietylkarbamazyną - *diethylcarbamazine patch test*) poprzez nadzór epidemiologiczny. Rozmieszczenie przypadków może być oceniane poprzez szybkie epidemiologiczne mapowanie onchocerkozy (*rapid epidemiological mapping of onchocerciasis - REMO*), techniki wprowadzonej niedawno.

W strefach uwolnionych od onchocerkozy w Afryce Zachodniej

Nadzór w wybranych wioskach (*sentinel*): Dla wykrycia nawrotu przypadków choroby, co najmniej 260 wybranych dla nadzoru wiosek w uwolnionych od onchocerkozy obszarach Afryki Zachodniej zostanie utrzymanych pod okresowym nadzorem (raz na 3 lata). Są one ulokowane w pobliżu dawnych produktywnych miejsc rozmnażania larw i miały wysokie wskaźniki chorobowości przed wprowadzeniem programów zwalczania.

Nadzór rutynowy: Wszystkie podejrzane przypadki muszą być badane na szczeblu terenowym, z rutynowym zgłaszaniem danych zbiorczych ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego. System ten nie osiągnął jeszcze pełnej efektywności we wszystkich krajach z powodu niedostatecznego przeszkolenia pracowników służby zdrowia.

Badania migracji: Jeśli przypadek zostaje wykryty w trakcie nadzoru epidemiologicznego, badanie zmian miejsca pobytu jest systematycznie podejmowane aby wykryć pochodzenie zakażenia i podjąć właściwe działania.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach na szczeblu terenowym

- Wiek, płeć, miejsce zakażenia, leczenie (tak/nie).
- Data rozpoczęcia leczenia iwermektyną, powód nie podjęcia lub przerwania leczenia.

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Chorobowość i zachorowalność według wieku, płci i obszaru geograficznego.
- Rozpowszechnienie mikrofilarii w zbiorowości (*community microfilarial load*).
- Liczba przypadków leczonych.
- Liczba przypadków nie leczonych i powód nie leczenia (ciąża, karmienie piersią, inne zaniechania).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Wykresy: Liczby przypadków według lat, obszarów geograficznych, grup wieku.

Tablice: Liczby przypadków według lat, obszarów geograficznych, grup wieku.

Mapy: Liczby przypadków w obszarach geograficznych z zastosowaniem geograficznego systemu informacji (GIS).

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Eliminacja onchocerkozy jako choroby o znaczeniu dla zdrowia publicznego, ważnej pod względem socjoekonomicznym.
- Zapobieżenie nawrotom choroby w obszarach wolnych od onchocerkozy.
- Ocena skuteczności działań interwencyjnych.
- W Afryce Zachodniej: decyzja o zaprzestaniu działań larwobójczych.

ASPEKTY SPECJALNE

Nowe testy diagnostyczne, jak test skórny z dietylkarbamazyną (*diethylcarbamazine citrate*), mogą okazać się użyteczne w terenie.

FILARIOZA LIMFATYCZNA

B74

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Filarioza limfatyczna pozostaje istotną przyczyną jawnych i utajonych chorób na dużych obszarach Azji, Afryki, Zachodniego Pacyfiku i pewnych obszarów Ameryk. Stanowi drugą najczęstszą przyczynę trwałego kalectwa. Chorobowość wzrasta na całym świecie, z co najmniej 120 milionami ludzi dotkniętych różnymi stadiami choroby. Zarówno *diethylcarbamazine* (DEC) jak i *ivermectin*, podawane w dawkach pojedynczych są bardzo skuteczne w zmniejszaniu mikrofilaremii, szczególnie gdy są podane jednocześnie lub osobno wraz z pojedynczą dawką *albendazole*.

Ze względu na wysoce efektywne metody diagnostyczne i środki lecznicze, filarioza została uznana przez międzynarodowy zespół do wykorzeniania chorób (*International Task Force on Disease Eradication*) za jedną z 6 chorób mogących ulec wykorzenieniu. Obecna strategia WHO polega na

eliminowaniu zarażeń u ludzi, głównie poprzez stosowanie kombinacji leków w pojedynczych dawkach raz do roku we wszystkich zagrożonych populacjach. Organizacja opieki nad chorymi z uszkodzeniem układu limfatycznego przez filariozę (szczególnie słońowaciznę oraz zajęcie narządów płciowych) jest kolejnym zasadniczym elementem strategii WHO. Nadzór epidemiologiczny jest niezbędny do wykrycia nie zidentyfikowanych uprzednio ognisk zarażenia oraz do monitorowania zmniejszenia liczby przypadków zarażeń mikrofilariami wynikającego z działań mających na celu zwalczanie choroby.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Wodniak jądra (*Hydrocoele*) lub obrzęk limfatyczny u osoby zamieszkałej w obszarze endemicznym, jeśli inne przyczyny tych zmian zostały wykluczone.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Stwierdzenie mikrofilarii w płynach ustrojowych, antygeny przeciw mikrofilariom w surowicy lub dodatni wynik biopsji.

Klasyfikacja przypadków

Podejrzany: Nie ma zastosowania.

Prawdopodobny: Przypadek, który spełnia kliniczny opis przypadku.

Potwierdzony: Osoba z potwierdzeniem laboratoryjnym, nawet jeśli nie spełnia klinicznej definicji.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Zalecany jest wybór jednej z trzech opcji zależnie od lokalnej sytuacji:

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych o prawdopodobnych i potwierdzonych przypadkach ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego, **lub**
- Wybiórcze (*sentinel*) badania populacji (standaryzowane i okresowe), **lub**
- Aktywne wyszukiwanie przypadków poprzez badanie wybranych grup albo przez szeroko zakrojony przegląd.

Międzynarodowe: Roczne sprawozdania z centralnego szczebla narodowego do WHO (dotyczy ograniczonej liczby krajów).

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie prawdopodobne / pewne).
- Identyfikator jednostkowy.
- Informacja geograficzna (lokalizacja).
- Wynik badania laboratoryjnego.

Zgłaszane dane zbiorcze

- Liczby nowych przypadków.
- Liczby przypadków potwierdzonych laboratoryjnie.
- Liczby następstw przewlekłych (wodniak jądra, obrzęk limfatyczny).

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

- Liczby przypadków według obszarów geograficznych i lat.
- Miesięczna i roczna zachorowalność, chorobowość w wy-

branych miejscach (*point prevalence*) - jeżeli stosowane jest aktywne wyszukiwanie przypadków; klasyfikowane ze względu na lokalizację geograficzną, płeć i diagnozę parazytologiczną.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Oszacowanie rozmiarów problemu i zdefiniowanie populacji zagrożonej.
- Udoskonalenie i ukierunkowanie działań zmierzających do eliminacji.
- Poprawienie leczenia i dalszego prowadzenia pacjentów zarażonych filariozą.
- Identyfikacja technicznych i operacyjnych trudności.

ASPEKTY SPECJALNE

Nie występują.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPU B **B96.3**

UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Haemophilus influenzae typu b (Hib) jest główną przyczyną bakteryjnego zapalenia opon u dzieci, i jedną z dwu najczęstszych przyczyn ciężkich bakteryjnych zapaleń płuc stanowiąc czynnik zakaźny będący najczęstszą przyczyną zgonów małych dzieci w krajach rozwijających się. Hib może również powodować inne choroby, włączając w to zapalenia stawów, infekcje skórne i zapalenia nędogłówni. Nadzór epidemiologiczny ma krytyczne znaczenie dla wyjaśnienia roli choroby i efektu programów szczepień ochronnych. W wielu krajach zapalenie płuc wywołane przez Hib jest częstsze niż inne typy zakażeń płucnych, ale diagnostyka zapaleń płuc wywołanych przez Hib jest szczególnie trudna. Rutynowy nadzór epidemiologiczny winien koncentrować się na zapaleniu opon mózgowych i innych zakażeniach Hib diagnozowanych przy pomocy testów mikrobiologicznych z użyciem krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) i innych ustrojowych (jak płyn opłucnowy), które normalnie nie zawierają bakterii. Takie zakażenia są zwykle nazywane "inwazyjnymi chorobami Hib". Kraje mogą również zgłaszać rozpoznane na podstawie badania PMR przypadki bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zarówno jako wskaźnik efektywności rozpoznawania Hi jak i dla oceny stopnia zagrożenia zapaleniami opon mózgowych wszystkich etiologii bakteryjnych.

REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Opis kliniczny

Bakteryjne zapalenie opon (BZO) charakteryzuje się ostrym wystąpieniem gorączki, bólem głowy i sztywnością karku. Zapalenie opon nie jest specyficznym objawem choroby wywołanej przez Hib, a zakażenie Hib nie może być rozpoznane na podstawie obrazu klinicznego.

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Hodowla: Izolacja Hib z jałowego w warunkach prawidłowych materiału, takiego jak płyn mózgowo-rdzeniowy (PMR) lub krew. Wyhodowanie z miejsc nie sterylnych takich jak gardło, gdzie bakterie mogą przebywać nie powodując zachorowania, nie pozwala na rozpoznanie choroby.

Identyfikacja antygeny: Wykrycie antygeny Hib w płynach normalnie sterylnych, metodami takimi jak aglutynacja latek-sowa lub immunoelektroforeza przeciwprądowa (CIE).

Klasyfikacja przypadków

Potencjalny: (Przypadek bakteryjnego zapalenia opon mózgowych) Dziecko z zespołem klinicznym odpowiadającym BZO.

Prawdopodobny: Nie ma zastosowania.

Potwierdzony: Przypadek potwierdzony laboratoryjnie (hodowla lub identyfikacja immunologiczna Hib we krwi lub w płynie mózgowo-rdzeniowym).

Uwaga: Każda osoba z Hib izolowanym z płynu mózgowo-rdzeniowego lub krwi, może być zgłaszana jako przypadek potwierdzony, niezależnie od tego czy jej zespół kliniczny stanowiło zapalenie opon.

ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe miesięczne zgłoszenia danych zbiorczych przypadków potwierdzonych ze szczebli terenowych do szczebli pośrednich i szczebla centralnego.
- Zgłaszanie nie występowania przypadków (*zero reporting*) musi być wymagane na wszystkich szczeblach.
- Wszystkie potencjalne przypadki winny również być zgłaszane, jeśli mają być monitorowane wskaźniki poziomu diagnostyki laboratoryjnej.

Potwierdzenie laboratoryjne jest wymagane we wszystkich przypadkach, a zakres nadzoru epidemiologicznego zależy od możliwości poszczególnych krajów. Nadzór nie musi pokrywać całego kraju aby spełnić swe cele (*zob.: Uzasadnienie dla nadzoru epidemiologicznego*). Ważniejsze jest aby mieć dobrze funkcjonujący system w niektórych miejscach, niż ogólnonarodowy funkcjonujący niezadowolająco.

ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

- Liczba przypadków.
- Liczba trzecich dawek szczepionki przeciw Hib (Hib3) podanych dzieciom.

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

- Identyfikator jednostkowy.
- Nazwa obszaru geograficznego (np. dystrykt i prowincja).
- Data urodzenia.
- Data zachorowania.
- Typ materiału, jeśli został pobrany do badań: 1 = krew; 2 = PMR; 3 = PMR i krew; 4 = inny.
- Wynik posiewu, jeśli wykonany: 1 = dodatni; 2 = ujemny; 3 = w trakcie wykonywania; 4 = nie wykonano.
- Leukocytoza w PMR/mm³, jeśli badana.
- Zejście: 1 = żywy; 2 = zgon; 3 = nie wiadomo.
- Liczba otrzymanych dawek szczepionki przeciw Hib: 9 = nie wiadomo.
- Klasyfikacja ostateczna: 1 = potencjalny; 2 = potwierdzony.

ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOSÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

Dane zbiorcze

- Zachorowalność w poszczególnych latach i obszarach.
- Poziom zaszczepienia Hib3 w poszczególnych latach i obszarach.

- Kompletność i punktualność zgłoszeń.

Dane oparte na indywidualnych przypadkach

Takie same jak dane zbiorcze, plus:

- Zachorowalność w grupach wieku.
- Śmiertelność z powodu Hib.
- Stan zaszczepienia przypadków.

Wskaźniki jakości nadzoru epidemiologicznego

Cel

% potencjalnych przypadków BZO, w których pobrano krew lub PMR	≥ 90%
% przypadków BZO, w których zidentyfikowano patogen bakteryjny:	
• Przy PMR zawierającym 10 lub więcej krwinek białych	≥ 20%
• Przy PMR zawierającym 100 lub więcej krwinek białych	≥ 50%

Jakkolwiek osoby z bakteryjnym zapaleniem opon mają szeroki zakres białych krwinek w PMR, szanse na zidentyfikowanie czynnika bakteryjnego wzrastają wraz ze wzrostem liczby leukocytów. Dla oceny skuteczności działań, osoby uczestniczące w programie mogą chcieć określić proporcję BZO ze zidentyfikowanym czynnikiem bakteryjnym w jednej lub w obu wymienionych wyżej kategorii. Jeżeli odsetek pozostaje poniżej wartości docelowych - należy dokonać przeglądu stosowanych procedur laboratoryjnych.

ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Określenie zachorowalności na zapalenie opon mózgowych oraz na wszystkie choroby inwazyjne wywołane przez Hib dla oceny zagrożenia spowodowanego przez Hib.
- Ocena wpływu programów szczepień / określenie obszarów wymagających zwiększonych nakładów.
- Monitorowanie stopnia zaszczepienia i podjęcie działań korygujących w obszarach niedostatecznie pokrytych szczepieniami.

ASPEKTY SPECJALNE

Nadzór wymaga potwierdzenia laboratoryjnego i ogólnonarodowy nadzór może nie być praktyczny w wielu krajach. Nadzór na terenach z odpowiednią kliniczną i laboratoryjną bazą może dostarczyć informacji zarówno o znaczeniu choroby jak i o wpływie szczepień. Kombinacja ogólnonarodowego programu szczepień i miejscowo specyficznych danych może dostarczyć informacji o programach szczepień. Dalsze wskazówki na temat metod nadzoru epidemiologicznego są zawarte w dokumencie: *Generic protocol for population-based surveillance of Haemophilus influenzae type b* (WHO/VRD/GEN/95.05).

(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