

## Meldunek 4/A/01

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.04 do 15.04.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/A		Dane skumulowane	
	1.04.01. do 15.04.01.	1.04.00. do 15.04.00.	1.01.01. do 15.04.01.	1.01.00. do 15.04.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	7	8	25	18
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	360	516	2972	2941
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	4	4	17	22
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	182	290	1476	1649
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	270	295	2104	1495
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	692	1200	5389	7122
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	423	833	3136	5065
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	-	3	1
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	110	57	861	453
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	416	649	2525	3574
Zapalenie opon mózgowych: razem	58	64	460	460
w tym: meningokokowe (A39.0)	10	5	48	41
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	2	17	29
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	23	36	191	213
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	16	17	160	136
inne i nie określone (G03)	7	4	44	41
Zapalenie mózgu: razem	14	16	104	119
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	4	31	31
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	3	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	2	6	12
wirusowe, nie określone (A86)	5	6	37	52
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	5	4	27	24
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5767	8352	47035	53027
Odra (B05)	12	7	59	30
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	6292	4360	26984	16564
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	15	8	102	93
typu B (B16; B18.0-B18.1)	102	132	684	886
typu C (B17.1; B18.2)	75	101	515	634
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	7	10	42	48
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	13	12	65	106
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	537	1021	3873	7510
Włośnica (B75)	-	-	3	4
Świerzb (B86)	590	760	5096	5737
Grypa: ogółem (J10; J11)	6491	4602	516260	1526541
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	528	627	3910	3865
w tym: salmonelozy (A02.0)	354	514	2950	2926
gronkowcowe (A05.0)	4	-	56	54
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	1	18	11
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	3	-	52	46
nie określone (A05.9)	166	112	833	827
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	7	2
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	5	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	413	373	2819	2365
w tym: pestycydami (T60)	107	1	119	6
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	163	208	1385	1329
alkoholem (T51)	40	83	513	490
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	7	2	26	13

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.04.2001 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	7	-	-	360	4	692	-	110	416	58	10	14	-
Dolnośląskie	5	-	-	17	-	41	-	1	41	1	1	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	23	-	50	-	2	29	2	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	18	-	57	-	-	13	4	-	1	-
Lubuskie	1	-	-	5	-	13	-	1	7	-	-	-	-
Łódzkie	1	-	-	31	-	28	-	46	12	12	3	-	-
Małopolskie	-	-	-	21	-	44	-	2	20	2	-	3	-
Mazowieckie	-	-	-	62	1	72	-	14	89	4	-	-	-
Opolskie	-	-	-	10	-	4	-	5	15	1	1	1	-
Podkarpackie	-	-	-	24	-	47	-	-	5	1	1	3	-
Podlaskie	-	-	-	15	-	6	-	16	12	4	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	27	-	72	-	1	19	3	-	2	-
Śląskie	-	-	-	32	-	77	-	3	62	13	4	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	13	-	16	-	6	8	1	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	20	3	38	-	8	8	2	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	28	-	106	-	5	61	6	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	14	-	21	-	-	15	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	5767	12	6292	15	109	82	537	-	590	6491	528	-	413
Dolnośląskie	328	-	901	-	24	10	40	-	26	35	53	-	21
Kujawsko-Pomorskie	412	-	1229	-	5	5	81	-	60	337	31	-	151
Lubelskie	334	-	114	2	5	4	68	-	29	93	20	-	48
Lubuskie	213	-	203	-	3	8	3	-	11	11	14	-	22
Łódzkie	275	1	167	-	9	5	11	-	49	1788	47	-	3
Małopolskie	536	3	327	-	11	5	49	-	40	1092	28	-	15
Mazowieckie	513	2	360	10	14	8	22	-	29	1504	62	-	19
Opolskie	222	-	204	-	1	2	8	-	13	87	10	-	1
Podkarpackie	221	-	114	-	2	1	10	-	39	31	23	-	14
Podlaskie	276	-	27	-	3	3	11	-	19	2	16	-	11
Pomorskie	336	1	173	2	2	6	47	-	31	872	42	-	19
Śląskie	1017	4	1099	-	17	3	55	-	92	130	68	-	27
Świętokrzyskie	275	-	107	-	5	9	37	-	37	90	21	-	32
Warmińsko-Mazurskie	167	-	137	-	2	1	4	-	29	4	20	-	12
Wielkopolskie	421	1	905	1	5	10	85	-	36	371	32	-	10
Zachodniopomorskie	221	-	225	-	1	2	6	-	50	44	41	-	8

## Standardy nadzoru epidemiologicznego rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia\* (11)

### GRYPA

### J10, J11

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Nadzór epidemiologiczny nad grypą ma zasadnicze znaczenie dla wczesnego wykrywania i oceny nowych odmian i podtypów wirusa grypy. Wczesne wykrycie i określenie tych wirusów pozwala na uaktualnienie w porę szczepionki, która zapobiega zgonom i łagodzi chorobę wśród podatnych grup społecznych.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Definicja kliniczna

Osoba z nagle pojawiającą się gorączką  $> 38^{\circ}\text{C}$  i kaszlem lub bólem gardła przy nieobecności innego rozpoznania.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

**Izolacja wirusa:** Wymaz lub zaaspirowany materiał od osoby podejrzanej, **lub**  
Bezpośrednie wykrycie antygeny wirusa.

**Serologia:** Czterokrotny wzrost miana wirusa pomiędzy "wczesną", a "późną" surowicą.

##### Klasyfikacja przypadków

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

**Potwierdzony:** Przypadek, który spełnia definicję kliniczną i jest potwierdzony laboratoryjnie (stosowana raczej w badaniach epidemiologicznych, innych niż nadzór).

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Rutynowe, tygodniowe (przynajmniej w okresie epidemii) raporty do szczebla centralnego dotyczące przypadków indywidualnych lub danych zbiorczych.

- Podejrzane / potwierdzone przypadki ze sprawozdań wybiórczych (*sentinel* - lekarze pierwszego kontaktu / zakłady służby zdrowia).
- Przypadki potwierdzone laboratoryjnie.

Inne źródła danych (szpitale, kliniki, izby przyjęć, laboratoria, biura statystyki medycznej).

**Międzynarodowe:** Tygodniowe dane zbiorcze przypadków potwierdzonych z poszczególnych krajów do WHO (FluNet) z informacją o sposobie zbierania danych.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Zgłaszane dane oparte na indywidualnych przypadkach

- Klasyfikacja przypadków (rozpoznanie podejrzane / pewne).
- Podtyp wirusa (jeśli znany).
- Data wystąpienia objawów.
- Stan zaszczepienia (jeśli znany).

##### Zgłaszane do instytucji centralnych dane zbiorcze

Dla każdego obszaru geograficznego i tygodnia: liczba przypadków klasyfikowanych ze względu na grupy wieku, płeć, podtyp wirusa, zejście.

##### Oparte na indywidualnych przypadkach dane laboratoryjne

Numer identyfikacyjny, data pobrania materiału (dzień/miesiąc), wiek pacjenta (lata lub miesiące), miejscowość, jed-

nostka terytorialna (województwo, powiat), z której pochodzi pacjent, sposób izolacji wirusa, typ, podtyp, oznaczenie izolatu, podobieństwo do szczepu referencyjnego (tak/nie), czy dalsza identyfikacja jest wykonywana (tak/nie), czy próbka została wysłana do współpracującego centrum WHO (tak/nie).

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

**Wykresy:** Liczby przypadków według tygodni, grup wieku, podtypu wirusa.

**Tablice:** Liczby przypuszczalnych / prawdopodobnych / potwierdzonych przypadków według tygodni, grup wieku, obszaru geograficznego, podtypu wirusa, zejścia.

**Mapy:** Liczby przypadków według tygodni, obszaru geograficznego, kraju.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Szybka izolacja i identyfikacja antygenowa wirusa grypy w celu przygotowania szczepionki na nadchodzący sezon.
- Wczesne wykrycie epidemii grypy w celu wprowadzenia środków walki z epidemią (szczepienia winny być wykonywane przed wybuchem epidemii) oraz w celu przewidywania obciążenia placówek służby zdrowia.
- Dane o zachorowalności i umieralności dla oceny wpływu i kosztów wybuchu epidemii.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Szybkie dostarczenie izolatów wirusa do WHO Collaborating Center ma zasadnicze znaczenie.

Nadzór laboratoryjny jest najbardziej specyficzny i stanowi kamień węgielny nadzoru epidemiologicznego.

Nadzór wybiórczy (*sentinel surveillance*) lekarzy pierwszego kontaktu przez zgłaszanie zachorowań grypopodobnych jest mniej specyficzny, lecz czuły i szybki.

## II. Zespoły

### ANTYBIOTYKOOPORNOŚĆ

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Oporność na antybiotyki wzrosła dramatycznie w ostatniej dekadzie, niekorzystnie wpływając na zwalczanie wielu ważnych chorób takich jak czerwonka bakteryjna wywołana przez *Shigella*, zapalenie płuc, gruźlica i malaria. Antybiotykooporność prowadzi do przedłużenia trwania chorób, zwiększa śmiertelność z ich powodu, oraz przedłuża czas trwania epidemii.

Nadzór epidemiologiczny jest konieczny dla zwalczania chorób na szczeblu terenowym oraz do krajowej i międzynarodowej koordynacji i współpracy w sprawach związanych z użyciem antybiotyków, opornością na nie i rozwoju nowych leków.

#### REKOMENDOWANA DEFINICJA

Wyizolowany w hodowli drobnoustrojów, który jest odporny w stosunku do jednego lub więcej leków przeciwbakteryjnych w standardowych testach wrażliwości (np. dyfuzja krążków, określanie minimalnego stężenia hamującego).

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

##### Szczebel terenowy

Każdy szpital winien mieć system nadzoru nad antybiotykoopornością (np. rutynowe tygodniowe raporty z laboratorium). Musi to angażować do współpracy mikrobiologów, klinicy-

tów, farmaceutów oraz personel kontroli zakażeń.

#### Szczelbel pośredni / centralny

- Co najmniej raporty z miejsc nadzoru wybiórczego.
- Rutynowe zgłoszenia z laboratoriów (może to obejmować zbiorcze raporty statystyczne jak również indywidualne zgłoszenia z miejsc nadzoru wybiórczego).
- Raporty winny być sporządzane przynajmniej corocznie.

**Uwaga 1:** Nadzór winien być reprezentatywny geograficznie i demograficznie.

**Uwaga 2:** Autorytety referencyjne muszą gromadzić i potwierdzać nowe fenotypy o niezwykłej oporności.

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

Dane indywidualne na szczelbu terenowym i w miejscach nadzoru wybiórczego

- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć.
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Rodzaj pobranego materiału, data pobrania, organizm, rezultaty testu wrażliwości.

#### Zgłaszane dane zbiorcze

- Podział na typy oporności (oporny, pośredni, wrażliwy).
- Liczba próbek każdego organizmu testowanych przez dany antybiotyk.
- Dane ważnych patogenów muszą być zgłaszane oddzielnie dla przypadków hospitalizowanych i nie hospitalizowanych oraz według grup wieku.

Statystyki zbiorcze winny odnosić się do istotnych miejscowych i krajowych problemów oporności na antybiotyki.

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

Na szczelbu terenowym

- Dzielne przeglądy niezwykłych i ważnych wyników.
- Tygodniowe lub miesięczne przeglądy częstości występowania poszczególnych organizmów i profili oporności dla zachorowań gromadnych.
- Kwartalne przeglądy danych z monitorowania trendów oporności oraz przegląd wykorzystania tych danych w szpitalach.

Na szczelbu pośrednim i centralnym

Dane zbiorcze

- Kwartalny przegląd danych monitorowania trendów oporności, według organizmów, antybiotyków oraz parametrów geograficznych i demograficznych.
- Kwartalne przeglądy wyników badania antybiotykooporności pod kątem możliwych błędów w wynikach laboratoryjnych.

Dane indywidualne

Takie same jak w badaniach zbiorczych, jak również dokładniejsza analiza sprawności wykonywania testów, mechanizmów odporności oraz epidemiologii szczepów.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie zmieniających się trendów i problemów oporności na antybiotyki.
- Pomoc w poprawie jakości stosowania antybiotyków i polityce kontroli zakażeń.
- Monitorowanie wpływu stosowania antybiotyków i polityki kontroli zakażeń.
- Ustalenie priorytetów dla rozwoju nowych leków przeciwbakteryjnych.

- Wspomaganie działań zmierzających do wprowadzenia nowych leków przeciwbakteryjnych.
- Monitorowanie efektów leczenia.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Krajowe Programy Kontroli Jakości (*National Quality Assurance Programmes*) poprawiają jakość pracy laboratoriów w dostarczaniu lekarzom wiarygodnych danych.

Miejscowe i ogólnokrajowe wykorzystanie danych o lekooporności może być znacznie wzmocnione przez zastosowanie specjalnych programów komputerowych (WHONET), udostępnianych za darmo przez WHO.

#### CHOROBY / ZESPOŁY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

##### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Względna chorobowość związana z chorobami przenoszonymi drogą płciową narastała przez cały dwudziesty wiek w porównaniu do innych chorób zakaźnych. Obecnie w krajach rozwijających się choroby te znajdują się wśród pięciu najważniejszych przyczyn utraty lat produktywnego życia. Wiele chorób przenoszonych drogą płciową (włączając w to HIV/AIDS) występuje w postaci zespołów.

Podejście WHO do zwalczania tych chorób jest oparte na zintegrowanej podstawowej opiece lekarskiej we wczesnych stadiach. Zbiór definicji zespołów (syndromów) do zgłaszania może być stosowany do monitorowania szeregu chorób oraz dla programów prowadzenia chorych; trzy zespoły będą stosowane w niniejszym tekście:

- **Zespół owróżnienia narządów płciowych** (*genital ulcer syndrome*), o takich etiologiach jak wrzód miękkiej - *chancroid*, opryszczka prosta - *herpes simplex*, kiła, ziarnica weneryczna pachwin - *lymphogranuloma venereum*, *granuloma inguinale*.
- **Zespół wycieku z cewki moczowej** (*urethral discharge syndrome*), głównie gonokokowe i nie gonokokowe zapalenia cewki moczowej.
- **Zespół upławów pochwowych** (*vaginal discharge syndrome*), głównie zapalenie pochwy oraz w mniejszym stopniu zakażenia szyjki macicy.

##### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

Kliniczna definicja przypadku

Zespół owróżnienia narządów płciowych

Owróżnienie na członku lub mosznie u mężczyzn, a na warstwach sromowych, pochwie lub szyjce macicy u kobiet z, lub bez limfadenopatią pachwinową.

Zespół wycieku z cewki moczowej

Wyciek z cewki moczowej u mężczyzny z, lub bez objawów zaburzeń w oddawaniu moczu.

Zespół upławów pochwowych

Nienormalna (pod względem ilości, koloru lub woni) wydzielina z pochwy, z lub bez bólu w dole brzucha, lub specyficznych objawów, lub specyficznych czynników ryzyka (bez badania w tym kierunku).

Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Zespół owróżnienia narządów płciowych / zespół upławów pochwowych

Laboratoryjne potwierdzenie czynnika, jeśli to możliwe,

lecz nie jest to konieczne do definicji przypadku, która odnosi się do zespołu.

#### Zespół wycieku z cewki moczowej

Laboratoryjne potwierdzenie etiologii, jeśli to możliwe (barwienie Grama w kierunku wewnątrzkomórkowych diplokoków), lecz nie jest to konieczne do definicji przypadku, która odnosi się do zespołu.

#### Klasyfikacja przypadków

Nie ma zastosowania.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Rutynowe zgłoszenia miesięczne, zwykle z miejsc nadzoru wybiórczego, danych zbiorczych lub indywidualnych do szczebla pośredniego (w niektórych krajach zgłaszanie może być powszechne).
- Roczne raporty z miejsc nadzoru wybiórczego do szczebla centralnego.

W niektórych krajach nadzór epidemiologiczny polega na specyficznych badaniach przeglądowych (w grupach społecznych lub w poradniach dla chorób przenoszonych drogą płciową).

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Indywidualne dane dla miejscowej dokumentacji

- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, informacja geograficzna.
- Data wystąpienia objawów.
- Wynik badania laboratoryjnego.

##### Indywidualne dane do prześledzenia kontaktów

- Partnerzy seksualni.

##### Zgłaszane dane zbiorcze

- Liczba przypadków według grup wieku, obszaru geograficznego, rozpoznania laboratoryjnego, jeśli ma zastosowanie.
- Liczba przypadków leczonych (zespół wycieku z cewki).

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

- Zgłaszanie zespołów (liczby / zachorowalność) w miesiącach, obszarach geograficznych, grupach wieku, płci; wyników laboratoryjnych, jeśli to jest właściwe.
- Porównywanie tych samych miesięcy, grup wielu i obszarów geograficznych w latach poprzednich.
- Regularne przeglądy (miesięczne, kwartalne, roczne) obszarów zagrożonych i ustalanie właściwych priorytetów.
- Informacja o czasowych i grupowych trendach, najlepiej prezentowana w postaci wykresów liniowych.

#### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Dostarczenie wskaźników zastępczych dla monitorowania trendów zachorowalności.
- Identyfikacja obszarów ryzyka dla dalszych interwencji, wraz z zapobieganiem zakażeniom HIV.
- Podniesienie czujności decydentów i grup społecznych.
- Definiowanie i monitorowanie efektywnych procedur diagnostycznych i leczniczych.
- Określanie zasobów, zaopatrzenia w usługi, środków zapobiegania i zwalczania.
- Monitorowanie i poprawianie istniejących programów, aby utrzymać ich efektywność i znaczenie.

#### ASPEKTY SPECJALNE

Nie występują.

#### KRWAWA BIEGUNKA

#### UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Krwawa biegunka jest zazwyczaj objawem inwazyjnej choroby jelit, która niesie poważne ryzyko ciężkiej choroby i śmierci, szczególnie u dzieci w krajach rozwijających się. *Shigella* jest drobnoustrojem najczęściej izolowanym z kału zakażonych dzieci. Polityka WHO polega na promowaniu zintegrowanego, dostępnego ze względu na koszty, prowadzenia zakażonych dzieci. Pierwotnym jej celem jest zmniejszenie chorobowości i umieralności.

Pojawienie się od wczesnych lat 90-tych szczepów *Shigella dysenteriae* typu 1, odpornych na większość antybiotyków, stało się poważnym problemem zdrowia publicznego w centralnej i południowej Afryce. Wysoka umieralność i potencjał epidemiczny czyni koniecznymi nadzór epidemiologiczny i zwalczanie wybuchów epidemii.

#### REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU

##### Kliniczna definicja przypadku

Ostra biegunka z widoczną krwią w kale.

##### Laboratoryjne kryteria rozpoznania

Posiew kału może być użyty w celu potwierdzenia możliwych wybuchów epidemii spowodowanych czynnikiem specyficznym jak np. *Shigella dysenteriae* typu 1, ale nie jest konieczny do definicji przypadku.

##### Klasyfikacja przypadków

Nie ma zastosowania.

#### ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

- Dokumentacja pacjenta winna zostać zachowana na szczeblu terenowym.
- Rutynowe miesięczne / tygodniowe zgłoszenia danych zbiorczych ze szczebla terenowego do pośredniego i centralnego.
- Badania przeglądowe zbiorowisk / nadzór wybiórczy w celu uzupełnienia danych rutynowych oraz dla oceny działań zapobiegawczych i leczniczych.

**Uwaga 1:** Laboratoria zaangażowane w diagnostykę *Shigella dysenteriae* typu 1 winny zgłaszać przypadki potwierdzone.

**Uwaga 2:** Zalecana jest centralna dokumentacja podatności na antybiotyki.

**Uwaga 3:** Po potwierdzeniu epidemii wywołanej *Shigella dysenteriae* typu 1 nie jest konieczne badanie kału we wszystkich przypadkach (niepotrzebne obciążenie laboratoriów).

#### ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI

##### Dane indywidualne na szczeblu terenowym

- Identyfikator jednostkowy, wiek, płeć, obszar geograficzny.
- Data wystąpienia objawów, data leczenia.
- Zastosowano leczenie (tak/nie), rodzaj leczenia.
- Hospitalizacja (tak/nie).
- Wynik badania laboratoryjnego (*Shigella dysenteriae* typu 1), jeśli potrzebny.
- Zejście.

**Zgłaszane dane zbiorcze**

- Liczba przypadków ze względu na położenie geograficzne.
- Liczba zgonów według obszaru geograficznego.
- Liczba hospitalizacji, jeśli potrzebna.

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

- Liczba przypadków według miesięcy, obszarów geograficznych, grup wieku.
- Porównania z tym samym miesiącem i obszarem geograficznym w latach poprzednich.
- Informacja o tendencjach sezonowych, najlepiej prezentowana w postaci wykresów liniowych.
- Wykresy przypadków potwierdzonych laboratoryjnie według miesięcy i lat, jeśli to jest wskazane.
- Miesięczne zestawienia danych nadzoru epidemiologicznego winny być dokonywane na szczeblu centralnym lub regionalnym i odsyłane z powrotem w teren.
- Sprawozdanie roczne lub kwartalne jest pomocne w ustalaniu obszarów troski i określaniu priorytetów.

**ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI**

- Monitorowanie trendów zachorowalności.
- Wykrywanie możliwych epidemii na szczeblu terenowym.
- Identyfikowanie obszarów podwyższonego ryzyka w celu późniejszego ukierunkowania interwencji.
- Ustalenie zachorowalności i śmiertelności z powodu choroby.
- Plan wspomagania zaopatrzenia w środki medyczne (testy diagnostyczne, antybiotyki itd.) oraz rozmieszczenie zespołów zwalczania epidemii.
- Określenie efektywności programów zapobiegania i zwalczania.
- Dostarczenie danych do badań naukowych nad sposobami transmisji zarazka i wrażliwości izolatów na antybiotyki (monitorowanie antybiotykooporności).
- Pomoc w mobilizacji środków na zwalczanie epidemii.

**ASPEKTY SPECJALNE**

Podejście polegające na zgłaszaniu zespołów, jakkolwiek ważne w prowadzeniu przypadków na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej, może nie służyć zgłaszaniu specyficznych chorób. Krajowe laboratorium referencyjne jest potrzebne do potwierdzenia wybuchów epidemii *Shigella dysenteriae* typu 1 tam gdzie istnieje to podejrzenie.

Kraje z ryzykiem epidemii winny podjąć rutynowy nadzór epidemiologiczny nad krwawymi biegunkami. Jest to szczególnie rekomendowane dla centralnej i południowej Afryki. Każdy kraj winien mieć przynajmniej jedno laboratorium referencyjne w celu potwierdzenia przypadków / wybuchów epidemii, dokonywania badań antybiotykooporności, szkolenia personelu i rozsyłania wyników. Przynajmniej 20 próbek winno być pobranych, aby potwierdzić przyczynę wybuchu epidemii. Pacjenci do posiewu winni być wybrani spośród tych, z biegunką krwawą przez mniej niż 4 dni, bez leczenia, którzy wyrażą zgodę na badanie. Wymazy z odbytu, lub próbki kału oddanego nie dłużej niż przed godziną winny być umieszczone w podłożu Cary Blair i transportowane chłodne (ozieźnione lub zamrożone). Hodowla winna być wykonana na podłożu Mac-Conkey z ksylozą-lizyną-dezocholatem.

**OPORNOŚĆ NA LEKI PRZECIWGRUŻLICZE****UZASADNIENIE DLA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Oporność na leki przeciwgruźlicze występuje wtedy, gdy wyizolowany szczep *Mycobacterium tuberculosis* jest oporny na jeden lub więcej leków po sprawdzeniu w testach rekomendowanych przez międzynarodowe gremia (tzn. w ekonomicznej odmianie metody proporcji przy zastosowaniu podłoża Lowensteina-Jensena). Mogą być również stosowane metody absolutnego stężenia, współczynnika oporności (*resistance ratio*) i inne standaryzowane.

**REKOMENDOWANE DEFINICJE PRZYPADKU**

**Pierwotna lekooporność** jest zdefiniowana jako obecność szczepów opornych *M. tuberculosis* u pacjenta, który w odpowiedzi na bezpośrednio zadane pytanie, zaprzecza, iż był uprzednio poddany leczeniu przeciwgruźliczemu lub, w krajach, gdzie istnieje odpowiednia dokumentacja, nie ma udokumentowanego przyjmowania leków przeciwgruźliczych przez tego pacjenta.

**Nabyta lekooporność** jest zdefiniowana jako obecność szczepów opornych *M. tuberculosis* u pacjenta, który w odpowiedzi na bezpośrednio zadane pytanie, podaje, iż był uprzednio poddany leczeniu przeciwgruźliczemu lub, w krajach, gdzie istnieje odpowiednia dokumentacja, jest udokumentowane przyjmowanie leków przeciwgruźliczych przez tego pacjenta.

**ZALECANE TYPY NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Trzy główne zasady muszą być spełnione:

1. Zastosowanie systemu zbierania danych (w oparciu o standardowe spisy) dla wszystkich pacjentów z gruźlicą, sporządzonego w ten sposób, że nowi pacjenci są odróżnieni od uprzednio leczonych. Narodowe Programy Gruźlicy stosując strategię WHO zwalczania gruźlicy adaptują ten rodzaj systemu zgłaszania, który pozwala na to rozróżnienie.
2. Zastosowanie metod laboratoryjnych określania lekowrażliwości, które są międzynarodowo uznane. Dany kraj nie powinien mieć więcej niż jedno laboratorium referencyjne, do którego centra diagnostyczne wysyłają płwocinę (z wyjątkiem szczególnie dużych krajów). Narodowe Laboratorium Referencyjne winno być związane z międzynarodowym laboratorium przez wymianę szczepów dla zapewnienia kontroli jakości.
3. Odpowiednie strategie pobierania próbek muszą zapewnić, że badania będą reprezentatywne dla kraju lub obszaru poddanego nadzorowi.

W zasadzie, kraje mogą wybrać pomiędzy rutynowym nadzorem lub okresowymi (co 3-5 lat), specjalnie w tym celu dokonywanymi przeglądami, zależnie od dostępnych środków, logistyki oraz innych okoliczności operacyjnych.

**ZALECANY MINIMALNY ZAKRES ZBIERANYCH INFORMACJI****Szczebel terenowy (ośrodki diagnostyczne)**

Identyfikator pacjenta, wiek, płeć, data pobrania materiału, historia uprzedniego leczenia, inne dane (narodowość, status HIV, jeśli znany). Tylko pacjenci z dodatkowymi wynikami

preparatów bezpośrednich plwociny winni być brani pod uwagę.

#### Narodowe laboratorium referencyjne

Wyniki testów wrażliwości na leki przeciwgruźlicze.

#### Szczebel centralny

Dane z centrów diagnostycznych oraz z Narodowego Laboratorium Referencyjnego winny być porównane i przeanalizowane przez zespół koordynacyjny.

### ZALECANA ANALIZA DANYCH, SPOŚÓB PRZEDSTAWIENIA, RAPORTY

#### Szczebel terenowy (ośrodki diagnostyczne)

Dane winny być ujmowane w tabelach w regularnych odstępach czasu przez ośrodki diagnostyczne oraz Narodowe Laboratorium Referencyjne, przy zastosowaniu standardowych formularzy, lub wyciągów sporządzonych z rutynowych rejestrów.

#### Szczebel centralny

- W oparciu o informację dostarczoną przez ośrodki diagnostyczne, narodowy zespół koordynacyjny musi sporządzać regularne sprawozdania dla kierownictwa Narodowego Programu Zwalczenia Gruźlicy oraz dla laboratorium referencyjnego.
- Analiza danych, przy użyciu komputera, gdziekolwiek to możliwe (WHO stworzyła program dla gromadzenia i analizy danych - *zob.: Aspekty specjalne*).
- Doroczna analiza danych nadzoru rutynowego lub na końcu badań specjalnych.
- Dane muszą być gromadzone w kategoriach stopni oporności dla każdego pojedynczego leku, poszczególnych kombinacji leków z uwzględnieniem oporności pierwotnej i wtórnej.
- Stratyfikacja danych ze względu na wiek, płeć, *etc.*; analiza trendów winna być podjęta, jeżeli i kiedy jest potrzebna.

### ZASADNICZE WYKORZYSTANIE DANYCH DO PODEJMOWANIA DECYZJI

- Monitorowanie częstości występowania i trendów oporności na leki przeciwgruźlicze jako wskaźnika efektywności zwalczania gruźlicy.
- Wykrywanie zachorowań gromadnych i odporności na wiele leków w pewnych miejscach.
- Dostarczanie informacji zwrotnej do tych regionów i obszarów, które uczestniczyły w reprezentatywnych badaniach.
- W specjalnych warunkach dokonywanie przeglądu polityki prowadzenia przypadków gruźlicy.

### ASPEKTY SPECJALNE

Narodowe programy kontroli jakości winny zapewnić kontrolę Narodowego Laboratorium Referencyjnego przez sieć laboratoriów międzynarodowych.

Zgłaszanie do WHO w celu dokonywania międzynarodowych porównań skuteczności działań.

WHO ustanowiła światową sieć ponadnarodowych laboratoriów referencyjnych, które są odpowiedzialne za kontrolę jakości w różnych krajach. Ponadto wymieniają one szczepy między sobą. Ta kontrola jakości pozwala na międzynarodowe porównania rezultatów badań przeglądowych.

WHO przygotowało prosty program komputerowy (SDRTB-2) oparty na EPI-Info dla zbierania i analizy danych badań przeglądowych. Może on wykonywać tabele zbiorcze z czę-

stością lekooporności dla każdego leku, analizowanej z różnych perspektyw. Program jest udostępniany darmowo przez WHO.

(cdn)

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

wybór, przekład i opracowanie Andrzej Zieliński

### **Duże ognisko zatrucia pokarmowego spowodowanego *Salmonella enterica* serotyp *Enteritidis* w sanatorium w woj. kujawsko-pomorskim**

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Bydgoszczy 22.09.2000 r. zgłosiła do Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie wystąpienie ogniska zbiorowego zatrucia/zakażenia pokarmowego w sanatorium w Ciechoćniku. Epidemia wystąpiła 21.09.2000 r. i trwała jeden dzień. Spośród 187 narażonych zachorowało 150 osób, w tym 142 dzieci do 14 lat. Hospitalizowano 8 dzieci. U wszystkich chorych wystąpiły: biegunka, bóle brzucha i gorączka, u 148 osób nudności i u 50 osób wymioty. U większości chorych (u 142 osób) zachorowania miały średni przebieg, a u 8 osób - średnio-ciężki. Średni okres wylęgania wyniósł 12 godzin (najdłuższy 29 godz., najkrótszy 9 godz.).

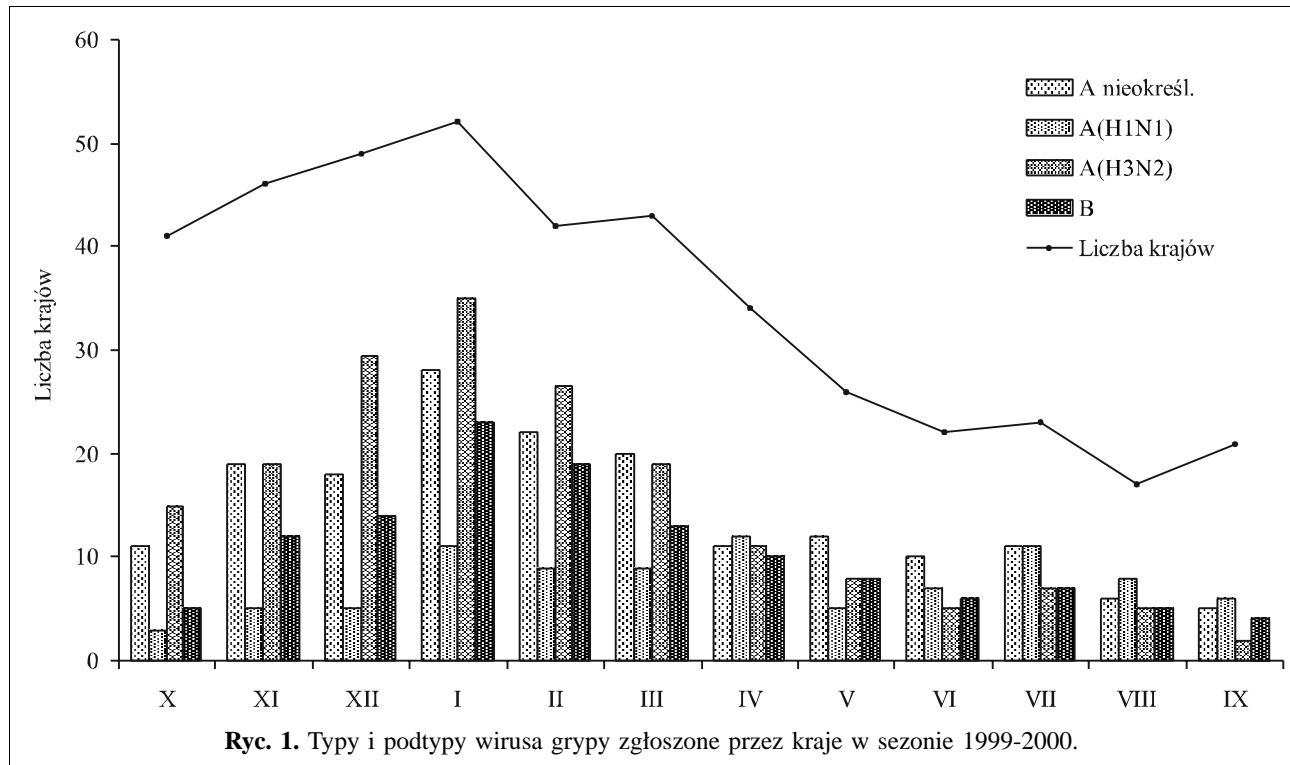
Od wszystkich badanych chorych (149 osób), od 5 osób spośród pozostałych narażonych, oraz od 6 chorych spośród 12 osób personelu stołówki sanatorium wyhodowano pałeczki *Salmonella* Enteritidis (badano kał na posiew). Na podstawie wywiadu epidemiologicznego oraz wyników badań bakteriologicznych podejrzanych potraw ustalono, że nośnikiem zatrucia/zakażenia pokarmowego były: kotlet mielony i jajecznica oraz wtórnie zakażona ćwikła z jabłkami. W tych trzech potrawach stwierdzono obecność *S. Enteritidis*. W próbach dwóch z 8 jaj z partii użytej do produkcji kotleta mielonego i jajecznicy, pochodzącej z prywatnej fermy, wykryto *S. Enteritidis* (w wymazie z jednego jaja i w jego treści oraz w treści innego jaja). Wśród działań zapobiegawczych nawiązano współpracę z Weterynaryjnym Inspektoratem Sanitarnym, informując o wykryciu zakażonych jaj.

Ognisko opracowała Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Aleksandrowie Kujawskim, pod kierunkiem dyrektora WSSE w Bydgoszczy dr Romana Graczykowskiego oraz mgr Marii Rydzińskiej-Ostry. Opracowanie to charakteryzowało wnikliwe prześledzenie przebiegu procesu epidemicznego - począwszy od stwierdzenia zakażenia surowców pochodzenia zwierzęcego (jaja; surowego mięsa na kotlety nie badano), zakażenia podejrzanych potraw, poprzez badanie wymazów sanitarnych ze sprzętu kuchennego i naczyń oraz z rąk personelu (nie wyhodowano bakterii chorobotwórczych), aż do badania chorych i narażonych.

na podstawie dokumentacji nadesłanej do GIS  
opracowała A. Przybylska

### **Grypa na świecie w sezonie 1999-2000 (1 październik 1999 - 30 wrzesień 2000)**

Podczas sezonu 1999-2000 grypa występowała w nasileniu umiarkowanym do silnego na półkuli północnej, z epidemiami w licznych krajach, natomiast na półkuli południo-



wej aktywność grypy była mniej wyraźna.

Aktywność grypy rozpoczęła się i nasilała się od października i listopada, to znaczy później niż w sezonie poprzednim i osiągnęła kulminację w ostatnim tygodniu grudnia w wielu krajach Europy i Ameryki Północnej.

W styczniu znaczna część krajów półkuli północnej zgłaszała ogniska epidemiczne, które trwały do marca.

Ogniska na świecie były zasadniczo związane z wirusem typu A, przede wszystkim z podtypem A(H3N2). Na półkuli południowej nastąpił znaczny wzrost liczby i proporcji izolacji podtypu wirusa A(H1N1).

Wirus grypy typu B pojawiał się podczas epidemii równoległe z wirusem A.

W tym samym czasie na półkuli południowej zgłaszano zachorowania wywołane wirusami grypy A i B, przy czym

najwyższe liczby zachorowań zgłaszano pomiędzy marcem a październikiem. Występowanie grypy w jej podtypach przedstawia rycina 1.

Ogółem 63 kraje deklarowały przypadki grypy podczas sezonu 1999-2000. W tym z Afryki 8 państw, 10 z obu Ameryk, 9 z Azji, 33 z Europy, w tym Polska, oraz 3 kraje Oceanii.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,7,49-53)  
opracował Krzysztof Kuszewski

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

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

