

CHARAKTERYSTYKA JEDNOSTEK CHOROBY

1. BŁONICA (*Diphtheria*)

Błonica - jest ostrą i ciężką chorobą zakaźną, wywoływaną przez bakterie, tzw. maczugowce błonicy (łac. *Corynebacterium diphtheriae*). Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kropelkową lub w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym lub nosicielem. O wiele rzadziej do infekcji może dojść przez zakażone środki spożywcze i przedmioty. Okres wylegania choroby trwa 2-5 dni.

Na początku objawy pojawiają się w miejscu kolonizacji bakterii, czyli w gardle, na migdałkach podniebiennych, w krtani, rzadziej w nosie, na spojówkach i błonach śluzowych narządów płciowych. W miejscach wniknięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. błony rzekome. Błony rzekome mają postać szarych, półprzezroczystych lub czarnych nalotów, krwawiących przy próbie oderwania. W przypadku zajęcia gardła, błony rzekome wystąpią na migdałkach, łukach podniebiennych i języczku.

Maczugowce błonicy wydzielają toksynę, która rozprzestrzeniając się w organizmie, może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu wielu narządów, np.: do zapalenia mięśnia sercowego, martwicy cewek nerkowych i zaburzeń w przewodzeniu bodźców w układzie nerwowym.

Błonica gardła po krótkim okresie wylegania objawia się umiarkowaną gorączką, bólem gardła, trudnościami połykania wynikającymi z powiększenia węzłów chłonnych i powstania błon martwiczych. Równocześnie narasta uczucie zmęczenia i rozbicia będące skutkiem działania toksyny błoniczej. Szyja zwiększa obwód (szyja bycza, prokonsula). Często obszar kolonizowany przez bakterie powiększa się, obejmując krtani i tchawicę (krup), co wraz z obrzękiem stanowić może poważne zagrożenie życia. Pojawia się wtedy świst krtaniowy, kaszel i duszność. We krwi stwierdza się wzrost liczby granulocytów obojętnochłonnych.

Zakażenie następuje przeważnie drogą kropelkową za pomocą aerozolu śluzowego zawierającego żywe maczugowce bądź przez kontakt bezpośredni z chorym, ozdrowieńcem lub nosicielem. Jest również możliwe zakażenie przez zanieczyszczone środki spożywcze, naczynia, sztućce oraz inne przedmioty.

Okoliczności przekazania zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie pojedynczego przypadku zachorowania lub jego podejrzenia lub uzyskanie dodatniego wyniku badania w kierunku *Corynebacterium diphtheriae* lub *Corynebacterium ulcerans*,
- 2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Powiązanie epidemiologiczne polegające na przeniesieniu z człowieka na człowieka.

2. BOTULIZM LUB PORAŻENIA SYMETRYCZNE WIOTKIE O NIEUSTALONEJ ETIOLOGII

Botulizm, zatrucie jadem kielbasianym – to zespół toksycznych objawów wywołany działaniem wytwarzanego przez Gram - dodatnią, beztlenową bakterię *Clostridium botulinum* jadu kielbasianego na organizm.

Do zatrucia dochodzi drogą pokarmową (spożycie pokarmów zawierających toksynę), a w wyjątkowych przypadkach także w przebiegu zakażenia bakteryjnego rany (botulizm przyranny).

Najczęściej źródłem zatrucia są konserwy, często mięsne, ale również jarzynowe czy rybne. Bywają to często przetwory wytwarzane w warunkach domowych lub przeterminowana lub niewłaściwie przechowywana żywność zakupiona w handlu.

Spożycie występującej naturalnie np. w miodzie bakterii *Clostridium botulinum* może w bardzo rzadkich przypadkach spowodować u niemowląt poniżej pierwszego roku życia ciężką chorobę zwaną **botulizmem dziecięcym**, dlatego nie należy podawać miodu dzieciom poniżej 12 miesiąca życia. W tym przypadku choroba rozwija się nie na skutek działania toksyny botulinowej, ale z powodu namnażania się bakterii w ustroju.

Porażenie (*paralysis, plegia*) – cechujące się całkowitą niemożnością wykonania ruchu, lub niedowład oznaczający ograniczenie zakresu ruchu bądź zmniejszenie siły mięśni. Może być objawem uszkodzenia zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego neuronu ruchowego.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie co najmniej 2 przypadków w okresie krótszym niż 3 dni na obszarze powiatu lub powiatów objętych nadzorem właściwego państwowego inspektora sanitarnego
- 2) wystąpienie nawet pojedynczego przypadku związanego z wziewnym użyciem środków odurzających.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących dwóch powiązań epidemiologicznych:

- narażenie przez to samo źródło (np. żywność, użycie tej samej igły lub innych przyrządów)
- narażenie przez skażoną żywność/ wodę pitną.

3. CHOROBA MENINGOKOKOWA

Zakażenie meningokokowe - jest wywoływane przez bakterie - dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zwane również meningokokami (*Neisseria meningitidis*). Meningokoki występują w jamie nosowo-gardłowej u zdrowych osób (tzw. nosicieli), nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Do zakażenia dochodzi na skutek kontaktu podatnej osoby z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Przenoszenie meningokoków odbywa się drogą kropelkową (podczas kaszlu lub kichania) lub przez kontakt bezpośredni (np. podczas intymnego, głębokiego pocałunku). Okres wylęgania choroby wynosi od 2 do 10 dni, przeciętnie 3-4 dni. Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, niezależnie od płci czy wieku. Jednak najczęściej chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia. Wiele przypadków choroby występuje też u dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatków i młodych dorosłych w wieku 16 - 21 lat. Zakażenia meningokokowe występują na ogół sporadycznie, ale niekiedy bakterie te mogą wywoływać ogniska epidemiczne lub epidemie. Meningokoki są najczęściej przyczyną zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub sepsy (posocznicy), określanymi wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej. Mogą również wywoływać, chociaż nieporównywalnie rzadziej, zapalenie płuc, ucha środkowego, osierdzia, wsierdzia, stawów i inne.

Inwazyjna choroba meningokokowa stanowi bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia, dlatego osoba z podejrzeniem takiego zakażenia powinna natychmiast trafić do szpitala.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie nawet pojedynczego przypadku związanego z podróżą międzynarodową (samolot, autokar, statek) lub innym kontaktem z osobami z zagranicy
ALBO
- 2) wystąpienie co najmniej 2 przypadków powiązanych epidemiologicznie
ALBO
- 3) wystąpienie co najmniej 2 przypadków w okresie krótszym niż 7 dni na obszarze powiatu objętego nadzorem właściwego powiatowego inspektora sanitarnego
ALBO

4) stwierdzenie zapadalności powyżej 10 na 100 000 mieszkańców na obszarze miasta lub powiatu w okresie ostatnich 3 miesięcy

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Powiązania epidemiologiczne polegające na przeniesieniu z człowieka na człowieka

4. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ POKARMOWĄ

Choroby przenoszone drogą pokarmową, czyli zatrucia i zakażenia pokarmowe mogą być wywoływane przez różne czynniki etiologiczne, tj.:

a) Bakterie – m.in.:

- Salmonella,
- *Staphylococcus*
- *Escherichia coli enteropatogenna* oraz *Escherichia coli* enterokrwotoczna
- *Yersinia enterocolitica* lub *pseudotuberculosis*
- *Clostridium botulinum*
- Listeria
- *Shigella*

b) Pasożyty i pierwotniaki – m.in.:

- *Trichinella*
- *Giardia*
- *Echinococcus*

c) Wirusy i riketsje – m.in.:

- Rotawirusy
- Norowirusy
- Wirus zapalenia wątroby typu A

d) Toksyny zwierzęce np. ryb, skorupiaków, mięczaków

e) Toksyny grzybów trujących

f) Toksyny roślin trujących np. jagody lub inne części roślin

g) Mikotoksyny tj. toksyny wytwarzane przez niektóre gatunki grzybów (pleśni)

h) Zanieczyszczenia chemiczne np. pestycydy, dodatki paszowe np. metale ciężkie, pozostałości środków farmakologicznych w tkankach zwierzęcych np. antybiotyki, sulfonamidy, środki przeciw pasożytnicze, hormony.

Do najczęściej występujących objawów chorób przenoszonych drogą pokarmową należą: nudności, biegunka, wymioty, bóle brzucha, bóle głowy, gorączka, inne np. w przypadku

zatrucia jadem kiełbasianym – zamglone i podwójne widzenie, osłabienie reakcji źrenic na światło, opadanie powiek, zaburzenia połykania i mowy.

Drogi szerzenia to najczęściej żywność, woda, chory lub zakażony człowiek, zanieczyszczone przedmioty.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Wystąpienie ogniska lub podejrzenie ogniska stanowiącego istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących powiązań epidemiologicznych:

- przeniesienie z człowieka na człowieka
- narażenie przez to samo źródło
- przeniesienie ze zwierzęcia na człowieka
- narażenie przez skażoną żywność/wodę pitną
- narażenie środowiskowe.

5. CHOLERA

Cholera - jest ostrą chorobą biegunkową wywoływaną przez bakterie tzw. przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae* serogrupa O1 i O139). Do zakażenia dochodzi w skutek spożycia wody lub produktów spożywczych skażonych przecinkowcami cholery. Okres wylęgania choroby jest bardzo krótki i wynosi od 2 godzin do 5 dni. Na cholerę chorują zarówno dzieci jak i osoby dorosłe. Choroba charakteryzuje się zwykle nagłym pojawieniem się wodnistej biegunki, która może doprowadzić do silnego odwodnienia i śmierci. Biegunce często towarzyszą obfite wymioty, bez nudności. Znaczne odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe powodują suchość błon śluzowych i zmniejszenie elastyczności skóry, głos staje się ochrypły, „wpadnięte” oczy i zapadnięte policzki określa się jako tzw. twarz Hipokratesa. Występują kurczowe bóle mięśni, kwasica, może dojść do zapaści naczyniowej.

U około 75% osób zakażenie przebiega bezobjawowo. U osób tych przecinkowce cholery mogą być obecne w kale przez 7 do 14 dni (w rzadkich przypadkach do miesiąca), a wydalone do środowiska mogą stanowić źródło zakażenia.

Podstawą zapobiegania zakażeniom cholerą jest zapewnienie dostępu do czystej wody, przestrzeganie podstawowych zasad higieny oraz zachowanie higieny żywności.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Wystąpienie pojedynczego przypadku lub jego podejrzenie lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących czterech powiązań epidemiologicznych:

- narażenie przez to samo źródło
- przeniesienie z człowieka na człowieka,
- narażenie przez skażoną żywność/wodę
- narażenie środowiskowe.

6. CHOROBY ODZWIERZĘCE

Bruceloza - to choroba zakaźna wywoływana przez gram-ujemne pałeczki z rodzaju *Brucella*, z których patogenne dla człowieka są *B. abortus*, *B. melitensis*, *B. suis* i *B. canis* (najcięższy przebieg choroby obserwuje się w zakażeniach *B. melitensis* i *B. suis*, z kolei zakażenia *B. abortus* przebiegają zazwyczaj skąpoobjawowo). Rezerwuarem bakterii są różne gatunki zwierząt, głównie gospodarskich (owce, bydło, świnie). Źródłem zakażenia są zwierzęta chore na brucelozę, zwłaszcza w okresie poronienia (choroba zawodowa weterynarzy odbierających porody, leczących zwierzęta), a także ich wydzieliny i wydaliny. W przypadku *B. melitensis* częste jest zakażenie drogą pokarmową przez spożycie niepasteryzowanych produktów mlecznych zawierających żywe pałeczki *Brucella*. Okres wylegania wynosi od kilku dni do kilku miesięcy (średnio 1-3 tygodnie). Przebieg choroby zależy od gatunku bakterii i wrót zakażenia. Ostre, ciężkie zachorowanie w przypadku zakażenia *B. melitensis* i *B. suis* ma nagły początek, z narastającą i opadającą falami gorączką, której towarzyszą dreszcze, zlewne poty, osłabienie, utrata apetytu, bóle głowy, bóle mięśni i stawów, powiększenie wątroby i śledziony. W miarę rozwoju choroby dochodzi do zapalenia jąder i najądrzy, zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa. Postać przewlekła brucelozy może utrzymywać się przez wiele lat i prowadzić do kalectwa.

Gorączka Q – jest to odzwierzęca choroba zakaźna wywołana przez *Coxiella burnetii*. Ostre zakażenie charakteryzujące się znacznie podwyższoną temperaturą ciała (do 40°C) i mało charakterystycznymi grypopodobnymi objawami i atypowym zapaleniem płuc. Ponieważ brak jest charakterystycznych objawów choroby, podstawą rozpoznania gorączki Q są badania laboratoryjne. Przy zapoznaniu należy uwzględnić przesłanki epidemiologiczne i środowiskowe mogące sugerować to zakażenie. Do grup zwiększonego ryzyka zakażenia

i zachorowania należą ludzie stykający się w związku z wykonywanym zawodem ze zwierzętami, jak np. hodowcy bydła, owczarze, służby weterynaryjne, pracownicy rzeźni, garbarni itp.

Przebieg choroby i nasilenie objawów jest zróżnicowane – od zakażenia bezobjawowego (50% przypadków) do postaci ostrej, manifestującej się wyraźnymi objawami klinicznymi. Ostre zakażenie charakteryzuje się gorączką do 40°C, silnym bólem głowy ze światłowstrętem, bólami mięśni, potami, osłabieniem i dreszczami. Często występuje zapalenie płuc i oskrzeli z suchym kaszlem. Czasami stwierdza się zapalenie wątroby, która jest powiększona i tkliwa, z towarzyszącą żółtaczką. Do rzadko występujących objawów zalicza się zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych i mózgu, a także wysypkę w postaci plamek lub grudek na tułowiu w ostrej fazie choroby. Pierwotna gorączka Q, przebiegająca zarówno w postaci ostrej, jak i utajonej, może przejść w zakażenie przewlekłe, prowadzące do zapalenia wsierdzia i uszkodzenia zastawek lub przewlekłego zapalenia wątroby. Późnym następstwem ostrej gorączki Q może być zespół przewlekłego zmęczenia.

Tularemia - zwana też gorączką królików lub gorączką ślepienia (bąka jeleniowatych), zależnie od drogi zakażenia może objawiać się, jako forma wrzodowo-gruczołowa lub tyfoidalna. W naturalnych warunkach ludzie mogą ulegać chorobie wyłącznie poprzez zakażenie skóry lub błon śluzowych krwią lub płynami tkankowymi chorych zwierząt, bądź też na skutek ukąszeń spowodowanych przez bąki jeleniowatych, komary lub kleszcze. Po ekspozycji inhalacyjnej pojawia się forma tyfoidalna, która w warunkach naturalnych może mieć miejsce podczas wdychania zakażonego kurzu. Tularemia tyfoidalna objawia się klinicznie w postaci gorączki, wyczerpania, spadku wagi ciała, bez zajęcia węzłów chłonnych (gruczoły limfatyczne większe niż 1 cm średnicy są pospolite w formie wrzodowej). Zapalenie gardła, któremu często towarzyszy pneumonia, może wystąpić aż u 25% pacjentów. Ponad 50% pacjentów ma zajęte dolne drogi oddechowe. W przybliżeniu u 30% pacjentów z tularemią wrzodowo-gruczołową i u 80% pacjentów z tularemią tyfoidalną rozwija się zapalenie płuc. Jako objawy mogą występować podmostkowe dolegliwości i suchy kaszel. W radiografii mogą być widoczne zmiany zapalne płuc i wysięk opłucnowy. Bez odpowiedniego leczenia antybiotykowego pacjenci mogą przez miesiące cierpieć na złe samopoczucie, osłabienie i utratę wagi. Odsetek przypadków śmiertelnych w rzadkiej postaci tyfoidalnej wynosi w przybliżeniu 35% i jest wyższy niż przy postaci wrzodowo-gruczołowej (4%).

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie przypadków zachorowań na **brucellozę** lub **gorączkę Q** wśród osób, u których (w drodze dochodzenia epidemiologicznego) wykluczono kontakt ze zwierzętami gospodarskimi,
- 2) wystąpienie co najmniej 2 przypadków **tularemii** w okresie krótszym niż 7 dni na obszarze powiatu objętym nadzorem państwowego inspektora sanitarnego.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania w przypadku brucellozy

Co najmniej jedno z następujących czterech powiązań epidemiologicznych:

- narażenie przez skażoną żywność/wodę pitną,
- kontakt z produktami pozyskanymi z zakażonego zwierzęcia (mleko lub produkty mleczne),
- przeniesienie ze zwierzęcia na człowieka (poprzez zanieczyszczone wydzieliny lub organy, np. wydzielina z pochwy, łożysko),
- narażenie przez to samo źródło.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania w przypadku gorączki Q

Co najmniej jedno z następujących dwóch powiązań epidemiologicznych:

- narażenie przez to samo źródło
- przeniesienie ze zwierzęcia na człowieka.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania w przypadku tularemii

Co najmniej jedno z następujących trzech powiązań epidemiologicznych:

- narażenie przez to samo źródło,
- przeniesienie ze zwierzęcia na człowieka,
- narażenie przez skażoną żywność/wodę pitną.

7. CHOROBA WIRUSOWA Ebola (EVD)

Gorączka krwotoczna Ebola (ang. *Ebola virus disease*, EVD) – ciężka, często śmiertelna choroba zakaźna wywołana przez wirus Ebola. Objawy choroby pojawiają się od dwóch dni do trzech tygodni od zakażenia wirusem, najczęściej okres inkubacji choroby wynosi od 8 do 10 dni. Choroba zaczyna się od gorączki (ponad 38,5°C), bólu głowy, mięśni i gardła oraz znacznego osłabienia. W następnym etapie choroby występują wymioty, biegunka, wysypka, zaburzenia czynności nerek i wątroby, a w części przypadków krwawienia zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne.

Epidemia choroby rozpoczyna się od osób, które miały kontakt z krwią lub innymi płynami ustrojowymi zakażonych zwierząt, takich jak małpy czy owocożerne nietoperze. Uważa się, że naturalnym rezerwuarem zarazków są owocożerne nietoperze, jednak pomimo

intensywnych badań nie zostało to potwierdzone. Następnie wiriony mogą być przenoszone pomiędzy ludźmi poprzez bezpośredni kontakt z krwią i innymi płynami ustrojowymi chorych oraz zmarłych na tę chorobę osób, a także poprzez bezpośredni kontakt z przedmiotami skażonymi przez ich krew i inne płyny ustrojowe. Osoby, które przebyły chorobę, mogą przekazywać wirusa poprzez niezabezpieczone kontakty seksualne przez 7 tygodni od wyzdrowienia.

Zaliczana jest do wirusowych gorączek krwotocznych. Tym samym w Polsce, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u osoby chorej na gorączkę krwotoczną Ebola podlegają obowiązkowej hospitalizacji, a osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z chorymi na tę chorobę, podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu przez okres nie dłuższy niż 21 dni.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Wystąpienie pojedynczego przypadku, jego podejrzenie lub informacja o osobie, która miała styczność z osobą chorą.

8. CHOROBY GORĄCZKOWE Z OBJAWAMI KRWOTOCZNYMI

Gorączki krwotoczne - stanowią grupę chorób o zróżnicowanej etiologii wirusowej, charakteryzujących się wysoką śmiertelnością, w przebiegu, których obserwuje się gorączkę, masywne krwawienia z błon śluzowych, obrzęki i obniżenie ciśnienia tętniczego.

Rezerwuarem i źródłem zakażenia dla człowieka są zwykle gryzonie, ale mogą to być również komary i kleszcze. Gorączki krwotoczne charakteryzują się wysoką zakaźnością, co przy stosunkowo krótkim okresie wylęgania i nieswoistych objawach początkowych powoduje szybkie rozprzestrzenianie się choroby w formie ognisk epidemicznych. Do zakażenia pomiędzy ludźmi dochodzi zwykle drogą kropelkową, co potwierdzono również u innych naczelnych. Nie można wykluczyć również możliwości zakażenia związanego z krwiodawstwem.

Spośród wszystkich gorączek krwotocznych najwięcej zachorowań wiąże się z dengą występującą w Azji Południowo-Wschodniej. Rocznie choruje na nią nawet do miliona osób. Z kolei żółta gorączka, pomimo upowszechnienia szczepień, pozostaje nadal poważnym problemem w Ameryce Południowej i Afryce, gdzie rocznie ujawnia się u ponad 200 tys. osób.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Wystąpienie pojedynczego przypadku choroby gorączkowej z objawami krwotocznymi o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

9. WIRSOWE GORĄCZKI KRWOTOCZNE PRZENOSZĄCE SIĘ Z CZŁOWIEKA NA CZŁOWIEKA

Wirusowe gorączki krwotoczne - syndrom wirusowych gorączek krwotocznych (VHF) charakteryzuje się gorączką z zajęciem naczyń. Okres inkubacji dla schorzeń wywołanych przez różne wirusy VHF wynosi od 4 do 21 dni. Poza gorączką, złym samopoczuciem i wyczerpaniem, wirusy VHF wywołują ogólny wzrost przepuszczalności naczyń i zaburzenia w regulacji krążenia. Badanie w stanie początkowym może wykazywać tylko infekcję spojówek, umiarkowane podciśnienie i wybroczyny. Syndrom ciężkich postaci VHF doprowadza do szoku i ogólnych krwawień błon śluzowych, często z neurologicznymi lub płucnymi powikłaniami. Pospolite jest zaatakowanie wątroby, a nerkowa niewydolność jest powiązana z wyrównywaniem naczyniowo-sercowym. Chociaż zachodzą znaczne podobieństwa w objawach różnych gorączek krwotocznych, istnieją też objawy je odróżniające. Żółtaczka jest regularnym zjawiskiem tylko przy żółtej febrze. Przy gorączce Doliny Rift (wirus hepatotropowy podobny do wirusa żółtej febry) gorączka krwotoczna pojawia się rzadko, podczas gdy pospolite jest zapalenie siatkówki. Objawy krwotoczne nie są też pospolite przy gorączce Lassa, a komplikacje neurologiczne nie są częste w gorączkach Junin i Machupo. Oba wirusy tych chorób południowoamerykańskich wywołują znacznie częstsze objawy krwotoczne i neurologiczne. Podobnie wirus gorączki krwotocznej Congo-Crimea wywołuje ciężką chorobę krwotoczną z rozsianą wewnątrznacyniową koagulacją. Gorączka krwotoczna Denga jest zazwyczaj widoczna tylko u osobników, którzy byli uprzednio eksponowani na inne serotypy tego samego wirusa. Czynnikiem wywołującym VHF są wirusy Arenaviridae (Lassa, Junin, Machupo, Guanarito i Sabia), Bunyviridae (wirusy gorączki Doliny Rift, gorączki krwotocznej Congo-Crimea oraz hantawirusy), Filowirusy (Marburg i Ebola) i Flawowiridae (wirusy żółtej febry i Denga). Wirusy VHF należą do wirusów RNA, które są naturalnie przenoszone na ludzi z rezerwuarów zwierzęcych lub wektorów owadzych. Niektóre z tych wirusów ze względu na zmiany demograficzne, jakie są skutkami wybuchu wywołanych przez nie chorób, zdobyły określenie wirusów chorób katastroficznych. Śmiertelność przy VHF wynosi od 5% do 20%; jednakże Filowiridae mogą powodować śmiertelność sięgającą nawet do 90%. Większość wirusów jest wysoce infekcyjna aerozoluowo (dawka od 1 do 10 cząsteczek) i może namnażać

się do wysokich mian w hodowlach komórkowych lub w zakażonych zwierzętach. Z tego względu wszystkie te wirusy mogą być produkowane dla zbrodniczego użycia. W dawnym ofensywnym programie USA żaden z wirusów VHF nie był testowany pod kątem bb. Natomiast Filoviride były testowane jako bb przez Sowieców, a doniesienia prasowe informowały, że sekta Aum Shinrikyo planowała zdobycie wirusa Ebola w czasie epidemii w Zairze w 1995 r.

VHF winna być podejrzewana u każdego pacjenta z ciężkimi zmianami gorączkowymi i z zajęciem naczyń. Ze względu na ograniczone rozprzestrzenienie geograficzne tych wirusów do postawienia rozpoznania decydujące jest poznanie historii pacjenta, który prawdopodobnie przebywał na terenach, gdzie VHF występują naturalnie. Możliwość ataku bb winna być oczywiście ważnym impulsem do pogłębiania diagnostyki różnicowej tej grupy wirusów. U większości pacjentów, gdy zgłaszają się do leczenia, jest wykrywana wiremia; z wyjątkiem infekcji hantawirusowych. Ostateczna diagnoza wymaga identyfikacji antygenu-kapsuły wirusa metodą ELISA lub odwrotną transkryptazą PCR, która jest możliwa do przeprowadzenia w początkach choroby. Diagnoza ta może też być oparta na identyfikacji immunoglobuliny M metodą ELISA, którą również można wykonać w czasie przebiegu choroby (Jahrling PB. Filoviruses and arenaviruses. In: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, editors. Manual of clinical microbiology. 6th ed Washington (DC): ASM Press: 1995, p. 1068-81). ELISA może być przeprowadzana bezpiecznie z surowicami inaktywowanymi β -propiolaktone, a PCR można nastawiać z próbkami ekstrahowanymi chloroformem i metanolem. Ostateczna izolacja dla większości czynników VHF może być dokonana w czasie od 3 do 10 dni (dłużej dla hantawirusów) i winna być prowadzona w laboratoriach BL-4. Gdy inne metody diagnostyczne zawodzą, może być użyteczne skojarzenie hodowli komórkowej, mikroskopii elektronowej i immunochemii. Dopóki badanie kwasów nukleinowych nie stanie się szeroko dostępną i prawomocną metodą dla diagnozy pojedynczych przypadków, państwowe instytucje centralne, takie jak w USA CDC lub USAMRIID, winny być wykorzystywane, jako laboratoria referencyjne dla VHF. Leczenie i profilaktyka. Pacjenci winni być hospitalizowani z maksymalnie ograniczonym ich przemieszczaniem, dla zapobiegania dalszym urazom uszkodzonych naczyń obwodowych. Winno się unikać dożylnych iniekcji, a w przypadkach poważnego krwotoku należy stosować leczenie zastępcze (świeżo mrożona plazma, koncentraty czynników ścinających i płytki krwi). Transport powietrzny pacjentów jest przeciwwskazany ze względu na potencjalny ujemny wpływ szybkich zmian ciśnienia środowiskowego na łamliwe ściany kapilarów płucnych. Wywołanie podciśnienia u pacjentów z VHF jest trudne. Pacjenci często reagują

słabo na wlewy płynów i są zagrożeni obrzękiem płuc. Do stosowania sugerowane są dopamina i czynniki d-adrenergiczne, ale nie były one szeroko testowane, jako terapeutyki. Przy rozsianej wewnątrznaczyniowej koagulacji wskazana jest terapia antykoagulacyjna.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

1) Wystąpienie pojedynczego przypadku lub podejrzenia

a) gorączki Lassa,

b) wirusowej gorączki krwotocznej Marburg,

c) innej wirusowej gorączki krwotocznej przenoszącej się z człowieka na człowieka

2) lub informacja o osobie, która miała styczność z osobą chorą

10. DŻUMA

Dżuma - może objawiać się w kilku postaciach klinicznych: dymienicznej, pierwotnej septycznej i płucnej. Po okresie 2-3 dni inkubacji u pacjentów z dżumą płucną pojawia się ostra i piorunująca pneumonia, której towarzyszy złe samopoczucie, wysoka gorączka, dreszcze, bóle głowy i mięśni. Często w ciągu 24 godzin rozwija się kaszel wykrztuśny z krwistym odpluwaniem, charakterystycznymi objawami dżumy płucnej. Najbardziej pospolitymi zmianami radiograficznymi są obustronne nacieczenia pęcherzykowe. Klinicznie sepsa może rozwijać się szybko, nasila się duszność, pojawia świst krtaniowy, sinica, a następnie szok, osłabienie oddychania i skaza krwotoczna. Duże wybroczyny na grzbiecie pacjentów w końcowych stadiach dżumy płucnej i septycznej były prawdopodobnie źródłem średniowiecznej nazwy "czarna śmierć".

Czynnik etiologiczny *Yersinia pestis* jest Gram-ujemną, nieacidofilną, nieruchliwą, nie powodującą fermentacji laktozy, bipolarną pałeczką z rodziny *Enterobacteriaceae*. *Y.pestis* była przyczyną wielu epidemii wielkomięjskich w historii, jako dżuma dymieniczna, przenoszona na człowieka z czarnego szczura *Rattus rattus* przez orientalną szczurę pchłą. Ta forma dżumy utrzymuje się w naturze w kilku rezerwuarach gryzoni w stałym cyklu enzootycznym gryzoń-pchła. Większość mięsożernych, z wyjątkiem kotów, jest oporna na infekcję. Człowiek jest dla *Y.pestis* jedynie przypadkowym gospodarzem. Przenoszenie na człowieka zachodzi przez wspomniany kontakt z pchłami pasożytującymi na gryzoniach, kroplami oddechowymi zwierząt lub zakażonych ludzi. Dżuma jako broń została opracowana i użyta przeciw Chińczykom w czasie II wojny światowej przez Japończyków. Związek Radziecki również opracował metodę wykorzystania dżumy jako broni, a Stany Zjednoczone badały *Y.pestis* jako potencjalny czynnik bb w latach 60. Przyjmuje się, że od 100 do 500

bakterii wchłoniętych z powietrza stanowi dawkę infekcyjną. Pierwsze przypadki dżumy płucnej kończą się znacznie szybszym zejściem śmiertelnym niż późniejsze, ponieważ wdychane krople zawierają pałeczki fagooporne będące wynikiem namnażania się ich w ciele gospodarza w temperaturze 37°C.

Dżuma płucna musi zacząć być leczona w ciągu 24 godz. od powstania objawów. Lekami z wyboru są streptomycyna, gentamycyna lub dożylnie doksycylina. Leczenie trzeba kontynuować przez 10 dni i przez 3-4 dni po wyzdrowieniu klinicznym. Przy dżumowym zapaleniu opon mózgowych lekiem z wyboru jest podawany dożylnie chloramfenicol. Bez leczenia śmiertelność w przypadku dżumy płucnej wynosi 100%. Osoby, które miały kontakt z pacjentami chorymi na dżumę płucną bądź ekspozowane na atak terrorystyczny z zastosowaniem *Yersinia pestis*, winny być leczone (profilaktyka poekspozycyjna) tetracykliną lub doksycyliną, podawanymi przez 6 dni. Osoby uodpornione wcześniej licencjonowaną szczepionką również powinny być poddane poekspozycyjnej profilaktyce antybiotykowej. Licencjonowana szczepionka z zabitych bakterii jest dostępna w USA dla osób z grup wysokiego ryzyka. Szczepionka była powszechnie stosowana w czasie wojny w Wietnamie, ponieważ pojawił się bardzo mały odsetek przypadków dżumy dymienicznej u żołnierzy służących na terenach endemicznych. Jednakże badania na zwierzętach sugerują, że wspomniana szczepionka nie jest aktywna w przypadku zakażenia aerozolowego. Armia USA ma opracowaną doświadczalną szczepionkę, która zawiera dodatkowe antygeny ochronne przeciw ekspozycji aerozolowej, wykazane na modelach zwierzęcych.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie pojedynczego przypadku lub jego podejrzenia lub uzyskanie dodatniego wyniku badania
- 2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących czterech powiązań epidemiologicznych:

- przeniesienie z człowieka na człowieka,
- przeniesienie ze zwierzęcia na człowieka,
- narażenie w laboratorium (jeżeli narażenie na dżumę mogło mieć miejsce),
- narażenie przez to samo źródło

11. GRYPA

Grypa - jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy grypy. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, a czasami także przez kontakt ze skażoną powierzchnią. Wirusy grypy atakują komórki nabłonka dróg oddechowych, w których namnażają się.

W konsekwencji powodują martwicę tychże komórek, co z kolei otwiera drogę patogenom bakteryjnym.

Okres wylegania wynosi 1-4 dni (średnio 1-2 dni). Osoba zakażona może stanowić zagrożenie dla innych osób zanim jeszcze pojawią się objawy choroby, tj.:

- zakażony dorosły może być źródłem zakażenia dla innych począwszy od dnia poprzedzającego wystąpienie objawów chorobowych do ok. 5-7 dni po ich wystąpieniu,
- zakażone dziecko może być źródłem zakażenia dla innych do ponad 10 dni, przy czym u małych dzieci również przez okres do 6 dni zanim wystąpią objawy,
- zakażony z ciężkim niedoborem odporności może być źródłem zakażenia dla innych przez wiele tygodni lub miesięcy.

Wyróżnia się 3 typy wirusów grypy: A, B i C. Ponadto typ A dzieli się na podtypy A/H1N1/, A/H3N2/, A/H2N2 i inne podtypy.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Jedynie przypadki wywołane szczepem odzwierzęcym albo szczepem nowym lub szczepem o nieidentyfikowalnym podtypie

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Powiązanie epidemiologiczne polegające na przeniesieniu z człowieka na człowieka

12. OSTRE NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (*POLIOMYELITIS*)

Poliomyelitis (nagminne porażenie dziecięce, wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego lub choroba *Heinego-Medina*) - to ostra choroba zakaźna wywoływana przez poliovirusy.

Najczęstszym źródłem zakażenia jest bezpośredni kontakt z chorym człowiekiem. Zakażenie szerzy się głównie drogą pokarmową przez przedmioty i środki spożywcze zakażone wydzielinami z gardła lub kałem oraz drogą kropelkową. Poliovirusy dostają się do organizmu przez usta lub nos. Następnie namnażają się w jelitach i przedostają się do krwi, która przenosi je do innych części ciała. Jeżeli wirusy dostaną się do ośrodkowego układu nerwowego, mogą wywoływać uszkodzenie nerwów, co może prowadzić do niedowładu lub porażenia mięśni.

Okres wylęgania choroby wynosi od 3 do 35 dni, w tym od 3 do 6 dni dla postaci bez porażeń oraz od 7 do 21 dla postaci porażennej. Chorzy wydalają wirusy z kałem nawet do 6 tygodni. Okres największej zakaźności występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów choroby do 3-4 tygodni po ich wystąpieniu.

Są trzy typy poliovirusów - 1, 2 oraz 3. Zachorowanie spowodowane przez jeden typ nie chroni przed pozostałymi typami, także istnieje teoretyczna możliwość trzykrotnego zachorowania na *poliomyelitis*.

Zakażenie *poliomyelitis* występuje tylko u ludzi.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

1) przypadki *poliomyelitis* wywołane szczepem dzikim (WPV) lub szczepem zrewertowanym (VDPV) LUB

wystąpienie objawów niesymetrycznego ostrego porażenia wiotkiego (OPW) u osoby poniżej 1 r.ż., która powróciła z obszarów występowania zachorowań na ostre nagminne porażenie dziecięce

LUB

wystąpienie objawów niesymetrycznego ostrego porażenia wiotkiego (OPW) u osoby poniżej 15 r.ż., która jest uchodźcą

2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących dwóch powiązań epidemiologicznych:

- przeniesienie z człowieka na człowieka,
- wcześniejszy pobyt na obszarze endemicznego występowania poliomyelitis lub na obszarze, na którym podejrzewa się występowanie poliovirusa, lub występowanie to jest potwierdzone.

13. OSPA PRAWDZIWA

Ospa prawdziwa, czarna ospa (łac. *Variola vera*, ICD-10 = B03) - to wirusowa choroba zakaźna o ostrym przebiegu wywoływana przez wirus ospy prawdziwej. Okres inkubacji: 7-17 dni, średnio 12-14 dni. Chorobę cechuje bardzo duża śmiertelność: u osób szczepionych – 7-10%, a u nieszczepionych średnio 30% (istnieją postaci choroby o śmiertelności do 98%). Nie należy mylić ospy prawdziwej ze znacznie mniej groźną ospą wietrzną.

Ospę prawdziwą dzieli się głównie na 2 typy:

- ospę małą (*variola minor*, alastrim)
- ospę wielką (*variola major*) – najbardziej zaraźliwa postać

Różnicowanie to opierało się na śmiertelności w czasie epidemii. Obecnie w tym celu można wykorzystać metody wirusologiczne. Na świecie dominowała postać łagodna. Znana jest również postać krwotoczna (przebiegająca bardzo ostro, zawsze kończąca się zgonem) oraz złośliwa (wysoce śmiertelna postać, w której nie pojawia się stadium strupów), lecz miały one mniejsze znaczenie.

Ospę prawdziwą wywołuje duży dsDNA-wirus z rodziny Poxviridae, rodzaju Orthopoxvirus – wirus ospy prawdziwej Variola virus (VARV). W obrębie rodziny występuje nieznaczna różnorodność antygenowa. Nie jest on spokrewniony z wirusem ospy wietrznej.

Rezerwuarem zarazków jest człowiek. Pacjent jest zakaźny od momentu wystąpienia gorączki. Do zakażenia dochodzi na różnorodnej drodze, największe znaczenie ma jednak droga powietrzna kropelkowa. Bezpośredni kontakt ze zmianami na skórze chorego, wydzieliną z pęcherzyków, bielizną pościelową i osobistą, sprzętem medycznym itd. niesie za sobą znaczne prawdopodobieństwo zakażenia. Nauce nie są znane zwierzęta-wektory mogące przenosić wirusa. Największa zapadalność obserwowana była zimą i wiosną, z racji wrażliwości aerozolu wirionów w środowisku zewnętrznym na wyższą temperaturę i dużą wilgotność.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie pojedynczego przypadku lub jego podejrzenia
 - 2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą
- w sytuacji ogłoszenia przez WHO ponownego pojawienia się tej choroby na świecie

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących dwóch powiązań epidemiologicznych:

- przeniesienie z człowieka na człowieka,
- narażenie w laboratorium (jeżeli narażenie na wirus ospy prawdziwej mogło mieć miejsce)

14. TĘŻEC

Tężec - jest chorobą zakaźną układu nerwowego, spowodowaną działaniem toksyny tężcowej (neurotoksyny) wytwarzanej przez laseczki tężca (z łac. *Clostridium tetani*). Po przedostaniu się do rany bakterie produkują neurotoksynę, która blokuje zakończenia nerwowe.

W konsekwencji może dojść do nadwrażliwości na bodźce, porażenia mięśni oraz zgonu. Okres wylęgania choroby wynosi od 3 dni do 3 tygodni (średnio 8 dni). Laseczki tężca występują powszechnie, w glebie, kurzu, wodzie oraz w przewodzie pokarmowym zwierząt. Charakteryzują się wytwarzaniem zarodników, które są wyjątkowo odporne na niekorzystne warunki środowiska.

Wrotami zakażenia mogą być drobne, prawie niewidoczne skaleczenia i otarcia naskórka nie wymagające pomocy lekarskiej. Zanieczyszczenie rany kurzem, brudem, ziemią lub odchodami zwierząt może doprowadzić do zakażenia laseczkami tężca lub ich zarodnikami. Największe ryzyko zachorowania dotyczy zakażenia ran zmiżdżonych, tłuczonych, kłutych oraz rozległych odmrożeń i oparzeń. Do zakażenia i zachorowania może prowadzić poród lub poronienie przy nie zachowaniu zasad higieny.

Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zakażenia są beztlenowe warunki, które występują w obrębie rany/skaleczenia.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

Tylko przypadki związane z użyciem dożylnych środków odurzających

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Nie dotyczy

15. WĄGLIK

Wąglík - *B.anthraxis*, etiologiczny czynnik wąglika, może wywoływać trzy postaci choroby: skórą, żołądkowo-jelitową i płucną. Jedynie płucna może powodować masowe straty i jest przedmiotem zainteresowania terrorystów. Po okresie inkubacji, trwającym od 24 godz. do 6 dni, u eksponowanego osobnika powstają niespecyficzne objawy złego samopoczucia, zmęczenie, bóle mięśniowe, gorączka i u niektórych ofiar niewykrztuśny kaszel oraz umiarkowany ból w piersiach. Te objawy zwiastunowe mogą utrzymywać się przez 2-3 dni, po czym pacjent może poczuć się nawet nieco lepiej na krótko przed nagłym pojawieniem się ciężkich zaburzeń oddechowych, duszności, świstu krtaniowego, sinicy, narastającego bólu w piersiach, silnego pocenia się. Sporadycznie może wystąpić obrzęk szyi i klatki piersiowej. Obraz rentgenowski klatki piersiowej często wykazuje charakterystyczne roztrzenie śródpiersia i wysięk opłucnowy. W przybliżeniu u połowy pacjentów występuje zapalenie opon mózgowych, często z wybroczynami podpajęczynówkowymi. Zazwyczaj po upływie 24-36 godz. następuje bakteremia, szok septyczny i zgon. Leczenie zazwyczaj okazywało się nieskuteczne, ale bardzo mało tego rodzaju przypadków trafiło do systemu nowoczesnego intensywnego leczenia.

Zarówno czynnik etiologiczny *B.anthraxis* jak i choroba wąglika występują powszechnie, chociaż notowane są coraz rzadziej. W zakażonym osobniku chorobę wywołują laseczki wąglika w formie wegetatywnej, a przetrwalniki powstają jedynie w czasie ekspozycji na powietrze. Przetrwalniki są typową formą infekcyjną. Są bardzo odporne i w pewnych

warunkach mogą żyć w środowisku przez dziesięciolecia. Zwierzęta zarażają się na skażonych pastwiskach, po spożyciu paszy zawierającej przetrwalniki. Powstawanie zachorowań mogą ułatwiać urazy błony śluzowej jamy ustnej i zwiększona liczebność przetrwalników, które koncentrują się na dnie wyschniętych pastwiskowych zbiorników wody. Ludzie mogą się zarażać wskutek urazów skórnych, przez które wnikają przetrwalniki, oraz poprzez kontakt z zakażonymi zwierzętami lub produktami pochodzenia zwierzęcego, np. przez spożycie mięsa chorego zwierzęcia lub wdychanie przetrwalników. Wąglik u człowieka związany jest więc z rolnictwem lub przemysłem, w którym wykorzystuje się surowce zwierzęce. USA w czasie realizacji ofensywnego programu bb w latach 1943-1969, podobnie jak Irak, ZSRR i inne państwa, uznawały wąglika jako pierwszorzędną bb. Jest to choroba śmiertelna, której zarazek stosunkowo łatwo rośnie w hodowli, a nade wszystko jest niebywale stabilny. Największy ostatni wybuch epidemii wąglika miał miejsce w 1979 r. po awarii w Świerdłowsku, gdzie pracowano nad bb. Przyjmuje się, że w wyniku nieumyślnego uwolnienia suchych przetrwalników wąglika zmarło co najmniej 66 osób i padło wiele zwierząt. Ustalenie aerozolowej dawki infekcyjnej dla człowieka oparto na badaniach zwierząt naczelnych i określono, że wynosi ona od 8000 do 50 000 przetrwalników. Znajomość przebiegu ekspozycji i wysoki wskaźnik zachorowań są decydującymi elementami w diagnostyce wąglika płucnego. Niespecyficzne, grypopodobne zachorowanie z narastającymi zaburzeniami oddechowymi, rozstrzeń śródpiersia, krwisty płyn opłucnowy lub krwawe zapalenie opon mózgowych sugerują płucną postać wąglika. Badanie płwociny nie jest pomocne lekarzowi w postawieniu diagnozy. Zapalenie opon mózgowych w wągliku jest klinicznie nierozróżnialne od zapalenia opon mózgowych o innej etiologii. Płyn mózgowo-rdzeniowy w 50% przypadków wykazuje obecność krwi.

Rozpoznanie wąglikowego zapalenia opon może być potwierdzone przez wykrycie mikroskopowo lub hodowlanie laseczek wąglika w płynie mózgowo-rdzeniowym. U zwierząt zakażonych doświadczalnie na drodze inhalacyjnej drugiego lub trzeciego dnia pojawiają się we krwi laseczki i toksyna. *B.anthraxis* może być widoczny w preparacie krwi obwodowej po zabarwieniu metodą Wrighta lub Grama, ale zazwyczaj w późniejszym stadium choroby. In vivo występują tylko formy wegetatywne. Laseczka wąglika rośnie dobrze w obecności tlenu na agarze krwawym i jest niehemolityczna. Kolonie są duże, szorstkie, szarobiałe z nieregularnym zarysem na obwodzie. Toksyna może być zidentyfikowana testem ELISA. Serologia jest użyteczna tylko w diagnostyce retrospektywnej i głównie dla postaci wąglika skórnej lub jelitowej. Przebieg wąglika płucnego jest zbyt krótki do wywołania reakcji.

16. ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS

Zakażenie koronawirusami SARS – ostra choroba zakaźna charakteryzująca się gorączką powyżej 38°C oraz objawami ze strony układu oddechowego, która może prowadzić do ciężkiej niewydolności oddechowej i zgonu.

Zwykle choroba rozpoczyna się wysoką gorączką, której towarzyszy poczucie choroby, ból głowy, mięśni i stawów. W początkowym okresie choroby objawy ze strony układu oddechowego zwykle są niewielkie, może występować suchy kaszel. U większości chorych rozwija się atypowe zapalenie płuc. U około 20% chorych dochodzi do niewydolności oddechowej, która w kilku procentach (5-7%) przypadków może doprowadzić do zgonu. U 10-20% pacjentów występuje biegunka.

W okresach epidemii rezerwuarem zarazka są zakażeni ludzie. Rezerwuar zwierzęcy nie został dotychczas odkryty, mimo intensywnych badań w tym kierunku.

Źródłem zakażenia są chorzy ludzie. Podstawową drogą szerzenia się SARS jest droga kropelkowa – przez kropelki wydzieliny dróg oddechowych powstające przy kaszlu lub kichaniu na odległość około 1 metra. W niektórych rzadkich przypadkach chorych szczególnie zaraźliwych zakażenie może się szerzyć drogą powietrzną na większe odległości, nawet kilku metrów. Zakażeniu można ulec przez przeniesienie wydzieliny dróg oddechowych osoby zakażonej na śluzówki osoby zdrowej na rękach lub przedmiotach.

Okres wylegania SARS wynosi 2-7 dni. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieco dłuższe okresy wylegania (do 10 dni).

Obserwacje kliniczne wskazują, iż SARS jest zaraźliwy tylko w okresie objawowym. Nie ma jednak bezpośredniego potwierdzenia okresu wydalania zarazka.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

- 1) wystąpienie pojedynczego przypadku lub jego podejrzenia
 - 2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą
- w sytuacji ogłoszenia przez WHO ponownego pojawienia się tej choroby na świecie.

Kryteria epidemiologiczne zgłoszenia zachorowania

Co najmniej jedno z następujących trzech kryteriów:

α) każda osoba, która spełnia co najmniej jedno z następujących trzech kryteriów:

- pracuje w zawodzie o podwyższonym ryzyku narazenia na SARS-CoV (np. pracownicy laboratoriów, w których bada się żywe wirusy SARS-CoV lub wirusy do nich zbliżone lub przechowuje materiał kliniczny zakażony SARS-CoV jest narazona na kontakt z dzikimi zwierzętami lub innymi zwierzętami, które są uważane za rezerwuar SARS-CoV, z ich odchodami lub wydzielinami itd.)

- miała bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono SARS lub z kilkoma takimi osobami lub z osobą, która jest w trakcie badań w kierunku SARS,
 - wcześniejszy pobyt lub zamieszkiwanie na obszarze wystąpienia ogniska SARS
- β) dwóch lub więcej pracowników służby zdrowia pracujących w tej samej jednostce służby zdrowia, u których występują kliniczne objawy SARS, a choroba rozpoczęła się w samym dziesięciodniowym okresie
- χ) trzy lub więcej osób (pracownicy służby zdrowia i/lub pacjenci, i/lub odwiedzający), u których występują kliniczne objawy SARS, choroba rozpoczęła się w tym samym dziesięciodniowym okresie i jest epidemiologicznie powiązana z zakładem opieki zdrowotnej.

17. ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM MERS-CoV

Zakażenie koronawirusem MERS (CoV) – ostra choroba zakaźna wywołana przez koronawirusa MERS-CoV charakteryzująca się gorączką powyżej 38°C, kaszlem oraz innymi objawami ze strony układu oddechowego, takimi jak krótki oddech, duszność. U większości pacjentów rozwija się zapalenie płuc, które może prowadzić do ostrej niewydolności Oddechowej a nawet wstrząsu septycznego. Obserwowano także objawy ze strony układu pokarmowego (biegunka), a u niektórych dochodziło do niewydolności nerek. Zgony występują u ponad 50% chorych hospitalizowanych z powodu zakażenia MERS-CoV.

W okresie epidemii źródłem zakażenia mogą być chorzy ludzie.

Do tej pory nie ustalono dróg szerzenia się wirusa. Istnieją dane potwierdzające szczyrzenie się zarazka poprzez bliski kontakt (możliwa droga kropelkowa oraz kontakt bezpośredni).

Do tej pory nie ustalono wrót zakażenia. Możliwe, że są to m.in. śluzówki jamy ustnej oraz nabłonek układu oddechowego. Okres wylegania prawdopodobnie wynosi 14 dni.

Okoliczności zgłoszenia podejrzenia (zachorowania)

1) potwierdzenie laboratoryjne,

albo

- wystąpienie choroby gorączkowej z objawami niewydolności oddechowej u osób, które w okresie 3 tygodni powróciły z obszarów szerzenia się wirusa MERS-CoV

2) lub zidentyfikowanie osoby, która miała styczność z osobą chorą.