



Gorączka Ebola informacja dla lekarzy POZ i służb medycznych

Gorączka krwotoczna Ebola (ang. EVD Ebola Virus Disease) jest chorobą wywołaną przez wirus z rodziny *Filoviridae* rodzaju *Ebolavirus* (**EBOV**). Epidemia EVD w Afryce Zachodniej (Gwinea, Sierra Leone, Liberia i Nigeria) wywołana jest przez gatunek *Zaire ebolavirus*. Informację o aktualnej liczbie przypadków EVD, krajach objętych epidemią oraz sytuacji epidemiologicznej i rekomendacjach znajdują się na stronie NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl) i na stronie GIS (www.gis.gov.pl).

Epidemiologia zakażeń wirusem Ebola:

Ogniska epidemiczne EVD zaczynają się od jednej lub kilku osób zakażonych przez kontakt z rezerwuarem wirusa, a następnie zakażenia szerzą się wśród ludzi. Poprzednie ogniska EVD miały ograniczony charakter, a największe z nich odnotowano w 2000 r. w Ugandzie (425 przypadków). Obecne trwające ognisko w Afryce Zachodniej rozpoczęło się w Gwinei i jest największe pod względem liczby przypadków, obszaru jaki zajmuje oraz rozpowszechnienia wystąpienia zakażeń. Zachorowania na EVD odnotowuje się obecnie również na terenie Demokratycznej Republiki Kongo. Zachorowań tych nie wiąże się jednak z epidemią EVD w Afryce Zachodniej. Ryzyko zawleczenia gorączki Ebola do Europy, w tym Polski jest bardzo niskie.

Objawy EVD. Początkowe objawy są niespecyficzne - gorączka powyżej 38,5°C, znaczne osłabienie, bóle mięśni i stawów. Objawy początkowo przypominają inne znacznie częściej występujące choroby związane z pobytem w tropikach – malaria (zwłaszcza *Pl. falciparum*), dur brzuszny, inwazyjna choroba meningokokowa (IchM), zapalenie płuc. W ciągu około 5 dni od pierwszych objawów może pojawić się znacznie nasilona wodnista biegunka, z wymiotami, połączona z bólami brzucha. Od 5 do 7 dnia choroby może pojawić się rozsiana wysypka grudkowo-rumieniowa na twarzy, szyi, tułowiu i ramionach. W przebiegu choroby może dojść do krwawienia, masywnych krwotoków, niewydolności wielonarządowej i zgonu. U tych chorych ciężkie objawy pojawiają się wcześniej w trakcie choroby, a do zgonu dochodzi pomiędzy 6 a 16 dniem choroby. Śmiertelność w przebiegu zakażenia EVD w trakcie tej epidemii wynosi około 55%, ale w Gwinei sięga 75%. Leczenie objawowe u pacjentów hospitalizowanych obniża śmiertelność.

Szerzenie się EVD. Okres inkubacji choroby wynosi od 2 do 21 dni. Do zakażenia może dojść w wyniku bezpośredniego kontaktu z: krwią lub innymi płynami ustrojowymi oraz wydzielinami i wydalninami żywych lub martwych osób zakażonych; lub przedmiotami skażonymi wymienionym wyżej materiałem biologicznym, a także przy bezpośrednim kontakcie ze zwłokami chorych na EVD. Mimo iż EBOV nie przenosi się drogą powietrzną, przy bliskim kontakcie (twarzą w twarz) z chorym nie można wykluczyć zakażenia drogą kropelkową. Zakaźni mogą być również mężczyźni podczas kontaktów seksualnych w okresie do 7 tygodni po ich wyleczeniu. W krajach, w których stwierdzono obecność EBOV u zwierząt (Afryka Zachodnia, Środkowa i Wschodnia) zakażenie u ludzi może być też następstwem kontaktu z żywymi lub martwymi zwierzętami (najczęściej małpy, antylopy, nietoperze), a także spożyciem ich surowego lub półsurowego mięsa jak również innych produktów bezpośrednio skażonych wydzielinami i wydalninami tych zwierząt.

Środki ochrony. Podczas kontaktu z osobami podejrzanymi o zakażenie EBOV, u których wystąpiły objawy EVD, wymagane jest stosowanie środków ochrony osobistej, które zabezpieczają personel medyczny przed bezpośrednim kontaktem z płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalninami chorego, a w tym także stosowanie środków ochrony dróg oddechowych i oczu (Załącznik A). Należy również ograniczyć kontakt z tymi osobami do niezbędnego minimum. Uważa się, że osoby podejrzane o zakażenie EBOV, u których nie



doszło jeszcze do wystąpienia żadnego z objawów choroby nie stwarzają wysokiego ryzyka zakażenia dla osób z otoczenia.

EBOV jest wrażliwy na działanie środków dezynfekcyjnych zarejestrowanych dla obszaru medycznego na podstawie badań potwierdzających ich właściwości wirusobójcze. Informacja o właściwościach wirusobójczych środka dezynfekcyjnego umieszczana jest zazwyczaj na etykietach. Środki dezynfekcyjne muszą być stosowane ściśle z zaleceniami producenta. Dodatkowo można też stosować naświetlanie powierzchni światłem UV.

Klasyfikacja przypadków EVD. Aktualna **definicja przypadku EVD** dostępna jest na stronie NIZP-PZH lub GIS. Definicja ta może podlegać aktualizacji. Każda osoba, która spełnia kryteria przypadku podejrzanego lub potwierdzonego o zakażenie EBOV i EVD powinna zostać objęta dochodzeniem epidemiologicznym.

Postępowanie z osobami powracającymi z Afryki Zachodniej. Ogólny Schemat postępowania w zależności od rodzaju narażenia osoby na zakażenie EBOV podano w Załączniku 1.

Ze względu na ciężki przebieg zachorowań EVD konieczne jest jak najszybsze poddanie izolacji osób chorych, podejrzanych o zakażenie wirusem EBOV (osoba objawowa), a w przypadku osób zdrowych, u których doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa narażona na zakażenie EBOV), wskazane jest poddanie ich indywidualnej kwarantannie. Procedury przesyłania pacjentów do odbycia kwarantanny oraz miejsca odbywania kwarantanny wyznaczone są w każdym województwie i znane są zarówno Centrum Zarządzania Kryzysowego każdego województwa jak i odpowiednim Powiatowym oraz Wojewódzkim Stacjom Sanitarно-Epidemiologicznym.

Osoba zdrowa, u której nie doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa bez narażenia na zakażenie EBOV), a która powróciła z kraju w którym odnotowano przypadki EVD nie wymaga kwarantanny i po pouczeniu o konieczności bacznej obserwacji stanu zdrowia i niezwłocznym poinformowaniu o wystąpieniu niepokojących objawów dyspozytora ratownictwa medycznego (tel. 999 / 112) celem uzyskania ewentualnej pomocy medycznej, nie wymaga stosowania ograniczeń swobody przemieszczania się.

W przypadku osoby z objawami, podejrzanej o EVD, która stawiała się w szpitalu/placówce ochrony zdrowia osobiście należy ją niezwłocznie poddać izolacji. Gdy taka osoba zgłosi się telefonicznie do szpitala/placówki medycznej należy przekierować ją bezpośrednio do dyspozytora ratownictwa medycznego i zalecić bezwzględne pozostanie w domu do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku osób, u których lekarz podejrzewa zakażenie wirusem EBOV konieczne jest przeprowadzenie diagnostycznego badania laboratoryjnego celem uzyskania potwierdzenia zakażenia. Przypadek można uznać za potwierdzony, gdy u chorego stwierdzi się obecność kwasu nukleinowego EBOV. Gdy wynik badania przypadku prawdopodobnego jest negatywny badanie należy powtórzyć po 3 dniach od pierwszego badania. Negatywny wynik drugiego badania może stanowić podstawę dla lekarza chorób zakaźnych do decyzji czy pacjent nadal powinien pozostać w izolacji (do końca 21 dniowego okresu obserwacji) czy można go umieścić w indywidualnej kwarantannie szpitalnej. Ponadto lekarz niezależnie od rozpoznania innych chorób (np. malarii, dengi, itd.) powinien zdecydować o dalszym badaniu laboratoryjnym pacjenta w kierunku EBOV i częstości wykonywania takich badań (w częstości badań należy uwzględnić: poprawę stanu zdrowia pacjenta poddanego leczeniu etiologicznemu, wystąpienie dodatkowego objawu lub prowadzenie regularnego badania monitorującego).

Badanie diagnostyczne w kierunku EBV. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH wykonuje badania molekularne metodą RT-PCR w kierunku zakażenia wirusem Ebola. **Badania wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania ze szpitala (Załącznik 2) przesłanego wraz z próbkami materiału klinicznego pobranymi od chorego.** Koszt badania to 650 zł, wynik po 24-72 godzinach od dostarczenia próbki. **Badanie może być wykonywane tylko u tych pacjentów, u których wystąpiły objawy kliniczne zgodne z przyjętą definicją gorączki Ebola, a**



okres od wystąpienia pierwszego z objawów wynosi 3 lub więcej dni. Przeprowadzenie badania u osoby w okresie inkubacji, u której nie wystąpiły objawy, prowadzi do uzyskania wyniku nierozstrzygującego, co oznacza, że w przypadku wyniku negatywnego nie może on stanowić podstawy do wykluczenia zakażenia wirusem Ebola.

Pobranie i przesłanie materiału w kierunku EBOV. Do chwili ogłoszenia stałego dyżurowania NIZP-PZH wykonuje badania w kierunku EBOV od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:00. Przed przesłaniem materiału do badania wymagany jest kontakt telefoniczny z Zakładem Wirusologii NIZP-PZH (tel.22-5421230). Szczegółowy opis zasad pobrania i transportu materiału do badań znajduje się na stronie www.pzh.gov.pl w zakładce EBOLA (Załącznik 3). Przesyłkę z materiałem kierować na adres: Zakład Wirusologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, z dopiskiem „Badanie EBOV” lub „Badanie Ebola”.

Informację opracował zespół ekspertów składający się z pracowników NIZP – PZH i GIS pod kierownictwem prof. dr hab. Mirosława J. Wysockiego, Dyrektora NIZP-PZH przy udziale Konsultantów Krajowych: Prof. dr hab. Andrzeja Horbana (choroby zakaźne) i Dr Iwony Paradowskiej – Stankiewicz (epidemiologia).

29.08.2014

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–PZH powstał w 1918 roku. Misją NIZP–PZH jest ochrona zdrowia ludności poprzez działania podejmowane w obszarze zdrowia publicznego, w tym ekspertyzy, prace naukowo-badawcze obejmujące m.in. monitoring i analizę stanu zdrowia mieszkańców Polski i jego uwarunkowań, a także prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia. NIZP–PZH zajmuje się epidemiologią oraz problematyką zapobiegania chorobom zakaźnym i niezakaźnym, posiada rozbudowany pion diagnostyczny (akredytacja WHO, PCA), w tym laboratorium BSL–3 oraz 9 laboratoriów diagnostycznych, akredytowanych przez PCA. Instytut kształci specjalistów w zakresie zdrowia publicznego, wydaje Certyfikaty Jakości Zdrowotnej oraz Atesty Higieniczne, dbając tym samym o bezpieczeństwo żywności i przedmiotów użytku, poprawę warunków sanitarnych i higienicznych, a także bezpieczeństwo środowiska naturalnego. Instytut służy społeczeństwu rzetelną wiedzą na temat szczepień (Szczepienia.info), współpracuje z wieloma organizacjami w kraju (Ministerstwo Zdrowia, GIS) i za granicą (WHO, DG Sanco, ECDC, EFSA, Eurostat).