

Choroby tropikalne – postępowanie epidemiologiczne, organizacyjne i profilaktyczne poza oddziałem zakaźnym

Dr n. med. Anna Rzucidło-Hymczak

KSS im. św. Jana Pawła II

Dlaczego taki temat?

- wzrost liczby podróży międzynarodowych
- turystyka egzotyczna
- rozwój siatki lotów bezpośrednich
- migracje ludności (konflikty zbrojne, praca)
- misje humanitarne i wojskowe
- zmiany klimatyczne i rozszerzanie zasięgu niektórych wektorów

Trendy w turystyce

Znaczenie epidemiologiczne:

- samodzielne wyjazdy, oferty last-minute
- lokalne środki transportu
- małe pensjonaty, hostele, pobyty objazdowe
- jedzenie uliczne i lokalne targi
- aktywności terenowe: dżungla, safari, nurkowanie
- kąpiele w rzekach, jeziorach i wodospadach
- większa ekspozycja na komary, kleszcze, muchówki
- ryzyko spożycia skażonej wody lub żywności
- kontakt ze środowiskiem i zwierzętami
- brak lub nieregularna profilaktyka przedwyjazdowa

Choroba tropikalna

- **Def.**
- to grupa chorób zakaźnych, pasożytniczych i odzwierzęcych, występujących głównie lub endemicznie w strefie klimatu tropikalnego i subtropikalnego, których szerzenie się jest związane z warunkami środowiskowymi tych obszarów, takimi jak :
 - temperatura,
 - wilgotność,
 - obecność wektorów
 - oraz niższy poziom sanitarny.

Choroba tropikalna w praktyce epidemiologicznej

- nie zawsze choroba występująca wyłącznie w tropiku
- choroba importowana po podróży
- choroba „zawleczona”
- wymagająca szczególnej czujności epidemiologicznej
- najważniejsze pytanie praktyczne dla SOR/interny: czy pacjent wymaga izolacji, zastosowania szczególnych form ochrony, zgłoszenia lub pilnego przekazania?

Choroby tropikalne i importowane w Polsce

choroba	2025 liczba	2025 zapadalność	2024 liczba	zmiana
Gorączka denga	86	0,23	126	-40
Chikungunya	22	0,06	4	+18
Gorączka Zachodniego Nilu	3	0,01	2	+1
Zika	1	0,00	1	0
Żółta gorączka	0	—	0	0
VHF: Ebola, Marburg, Lassa	0	—	0	0
Choroba wywołana przez hantawirusy	19	0,05	17	+2
Ospa małpia / mpox	29	0,08	10	+19
Malaria / zimnica	55	0,15	43	+12
Bąblowica / echinokokoza	50	0,13	73	-23
Wągrzyca / cysticerkoza	0	—	1	-1

Choroby tropikalne i importowane w Polsce

choroba	2025 liczba	2025 zapadalność	2024 liczba	zmiana
Dur brzuszny	4	0,01	7	-3
Dury rzekome A, B, C	3	0,01	8	-5
Cholera	0	—	0	0
Czerwonka bakteryjna / shigelloza	59	0,16	36	+23
Giardioza / lamblioza	2 788	7,45	2 167	+621
Kryptosporidioza	249	0,67	94	+155
Dżuma	0	—	0	0
Tularemia	80	0,21	44	+36
Bruceloza	5	0,01	4	+1
Leptospiroza	18	0,05	10	+8
Gorączka Q	2	0,01	2	0
Gorączka plamista i inne riketsjozy	26	0,07	8	+18

Choroba tropikalna w oddziale niezakaźnym - problem praktyczny

- pacjent zgłasza się z objawami po podróży
- często najpierw trafia na SOR, izbę przyjęć, oddział internistyczny, POZ;
- na początku nie wiadomo, czy to malaria, dur brzuszny, denga, grypa, Covid-19, sepsa, choroba wysokiego ryzyka-VHF (viral hemorrhagic fevers)
- pierwszym zadaniem personelu jest ocena ryzyka epidemiologicznego;
- najpierw bezpieczeństwo epidemiologiczne, potem pełna diagnostyka;

Objawy po powrocie z podróży

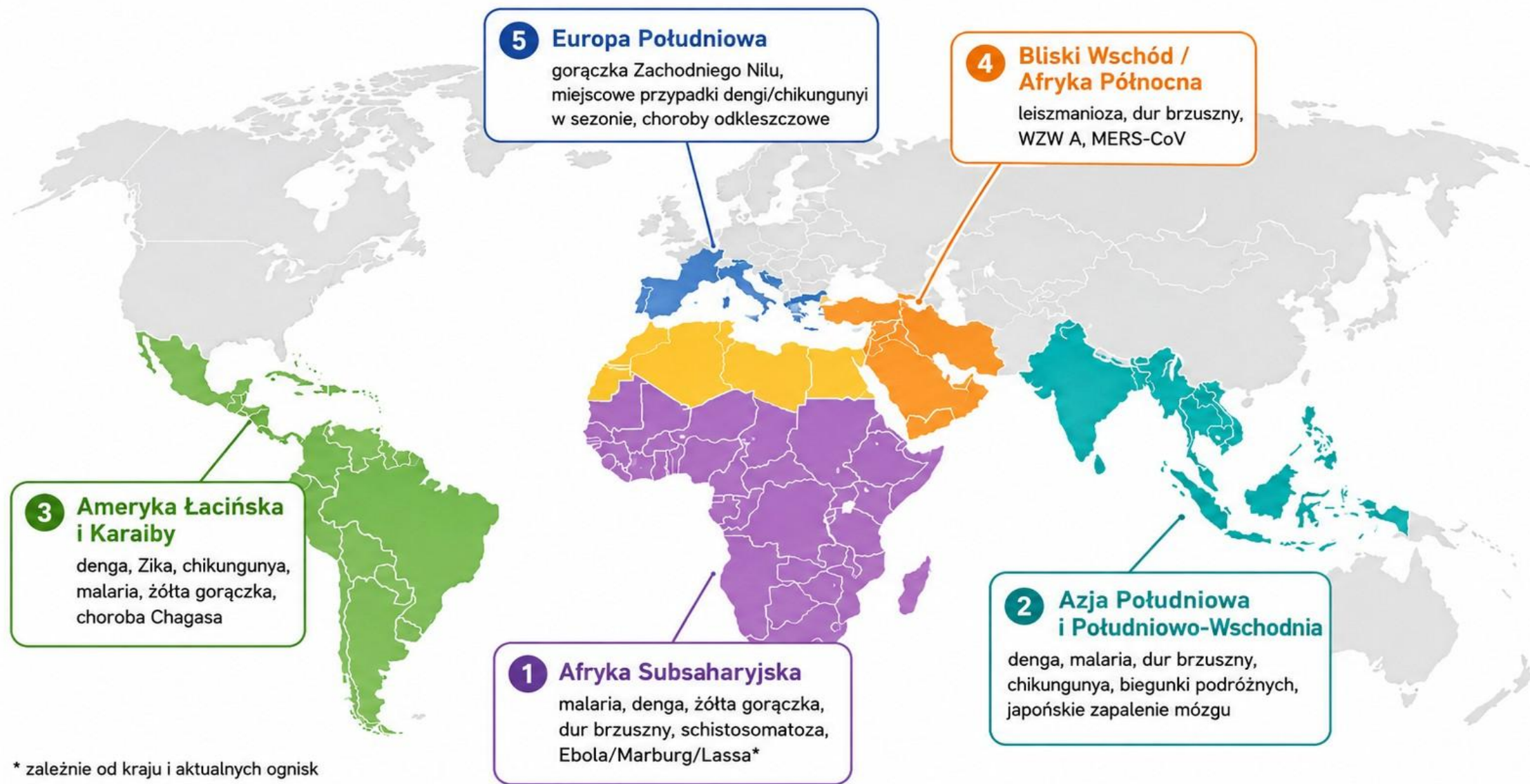
Objawy	Możliwe rozpoznania/ stany wymagające wykluczenia
Gorączka	malaria, denga, dur brzuszny, VHF, sepsa
Dreszcze i poty	szczególnie malaria
Biegunka / wymioty	cholera, dur brzuszny, biegunka podróżnych, lamblioza, szigelloza
Żółtaczka	malaria ciężka, WZW A/E, żółta gorączka, leptospiroza
Wysypka	denga, chikungunya, Zika, odra, riketsjozy
Krwawienia ze śluzówek	VHF- np. Ebola
Zaburzenia świadomości	malaria mózgowa, sepsa, zapalenie mózgu/opon

Wywiad epidemiologiczny - najważniejsze pytania

Podróż:

- Czy pacjent był w podróży?
- gdzie?
- kiedy wrócił?
- szczegóły podróży: miasto, wieś, dżungla, okolice zbiorników wodnych, pobyt w szpitalu?

Regiony podróży a choroby do uwzględnienia w wywiadzie



Czas od powrotu z podróży

Czas od powrotu	choroby istotne w diagnostyce różnicowej
0–7 dni	denga, chikungunya, biegunki podróżnych – E.coli, malaria możliwa przy krótkiej inkubacji / wcześniejszej ekspozycji
1–4 tygodnie	malaria, dur brzuszny, leptospiroza, WZW A/E, riketsjozy, denga
> 4 tygodnie	malaria, schistosomatoza, leishmanioza, pasożyty jelitowe, gruźlica
Kilka miesięcy i więcej	malaria Plasmodium vivax/ovale, schistosomatoza, leishmanioza, choroby pasożytnicze- ameboza

Uwaga: czas inkubacji zależy od patogenu, regionu podróży, odporności pacjenta i stosowanej profilaktyki.

Gorączka po powrocie z tropiku = malaria do pilnego wykluczenia

- ryzyko może się różnić nawet w obrębie jednego kraju i zmieniać się z roku na rok,
- należy sprawdzać aktualne dane dla konkretnego kierunku
- Aktualne dane: WHO / CDC Travelers' Health / ECDC / krajowe zalecenia medycyny podróży

Rejony malaryczne



- Afryka Subsaharyjska – najwyższe ryzyko



- Azja Południowa i Południowo-Wschodnia



- Ameryka Łacińska i część Karaibów



- Wybrane obszary Bliskiego Wschodu i Oceanii / Południowego Pacyfiku



Ryzyko malarii zależy od kraju, regionu, sezonu i charakteru podróży.

Wywiad epidemiologiczny — najważniejsze pytania

Ekspozycje:

- ukłucia komarów/kleszczy
- kąpiele w jeziorach lub rzekach
- kontakt ze zwierzętami
- eksploracja jaskiń
- jedzenie uliczne, nieprzegotowana woda
- kontakty seksualne
- zabiegi medyczne, tatuaże, piercing za granicą, fish pedicure

Drogi transmisji i przykładowe choroby

1 Wektory – komary



malaria, denga, Zika,
chikungunya, żółta gorączka,
JZM

2 Wektory – kleszcze



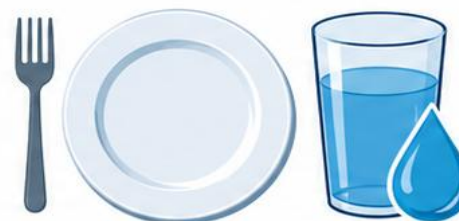
Krymsko-kongijska gorączka krwotoczna,
gorączka plamista Gór Skalistych,
afrykańska gorączka kleszczowa, riksyzjo

3 Wektory – muchówki



lejszmanioza, onchocerkoza,
loajoza,
śpiączka afrykańska

4 Pokarm i woda



biegunki, cholera,
dur brzuszny, WZW A

5 Krew i płyny ustrojowe



gorączki krwotoczne,
HIV, HBV, HCV

6 Droga kropelkowa / powietrzna



odra, gruźlica

7 Kontakt ze środowiskiem



leptospiroza,
schistosomatoza

8 Zwierzęta



wścieklizna

Wywiad epidemiologiczny - najważniejsze pytania

Profilaktyka:

- szczepienia przed wyjazdem? Jakie?
- chemioprophylaktyka malarii
- repelenty, moskitiera

Kiedy podejrzewać chorobę tropikalną?

- objawy infekcji po powrocie z tropiku lub subtropiku (gorączka, dreszcze, biegunka/wymioty, wysypka, żółtaczka, krwawienia)
- pobyt w rejonie malarycznym, w rejonie występowania dengi, duru brzusznego/cholery lub aktualnych ognisk epidemicznych- VHF (BDBV)
- ekspozycja na komary, kleszcze, skażoną wodę/żywność, zwierzęta, krew lub płyny ustrojowe
- brak szczepień; brak lub nieregularna chemioprophylaktyka malarii
- hospitalizacja, zabiegi, tatuaż/piercing lub ryzykowny kontakt seksualny za granicą

Pierwsze 5 minut postępowania na SOR / internie

- **Rozpoznaj ryzyko-** podróż, gorączka lub inne objawy, ekspozycje
- **Oddziel pacjenta-** nie powinien czekać w ogólnej poczekalni ani leżeć na sali wieloosobowej, wydzielić osobne pomieszczenie / izolatkę,
- **Zabezpiecz personel-** ŚOI dobrane do objawów i drogi transmisji
- **Ogranicz kontakty-** min. liczba osób badających, lista osób z kontaktu, ogranicz przemieszczanie pacjenta po szpitalu
- **Informacja-** poinformuj laboratorium, transport, oddział docelowy o ryzyku epidemiologicznym
- **Powiadom** właściwe osoby- lekarz dyżurny, ZKZ (Zespół Kontroli Zakażeń), oddział zakaźny, sanepid -zależnie od podejrzenia

Podział chorób według znaczenia epidemiologicznego

Grupa chorób	Przykłady	Znaczenie dla SOR / oddziału internistycznego
Ryzyko głównie dla pacjenta	malaria, denga, chikungunya, schistosomatoza, leishmanioza	pilna diagnostyka i leczenie; zwykle brak bezpośredniej transmisji człowiek–człowiek
Istotne epidemiologicznie	cholera, dur brzuszny, WZW A/E, odra u podróżnych	ryzyko szerzenia w oddziale; izolacja , zgłoszenie, nadzór nad kontaktami
Choroby wysokiego ryzyka	VHF: Ebola, Marburg, Lassa; południowoamerykańskie gorączki krwotoczne: Junin, Machupo, Chapare	natychmiastowa izolacja , ograniczenie kontaktów, ŚOI, pilny kontakt z zakaźnym/sanepidem
Wymagające profilaktyki poekspozycyjnej	wścieklizna, ekspozycja na HIV/HBV, kontakt z materiałem zakaźnym	ocena ekspozycji, szybka decyzja o profilaktyce

Dobór ŚOI

- **Standardowo:** higiena rąk przed i po kontakcie z pacjentem, rękawiczki przy kontakcie z krwią, wydaliniami, wydzielinami lub skażonym sprzętem
- Ryzyko **kontaktu z materiałem biologicznym:** rękawiczki, fartuch ochronny / barierowy, dezynfekcja rąk, powierzchni i sprzętu
- Ryzyko **rozprysku** (krew, wymioty, biegunka): rękawiczki, fartuch barierowy, ochrona oczu (gogle/przyłbica), maseczka
- Objawy **oddechowe:** maseczka dla pacjenta, maska dla personelu
- Podejrzenie **choroby wysokiego ryzyka:** pełne ŚOI, nadzorowane zakładanie i zdejmowanie ŚOI,

Diagnostyka bezpieczna epidemiologicznie

- tylko badania niezbędne
- ŚOI przed kontaktem z pacjentem i materiałem biologicznym
- minimum personelu i minimum procedur
- uprzedzić laboratorium o podejrzeniu choroby zakaźnej
- materiał właściwie oznaczyć i zabezpieczyć
- nie opóźniać diagnostyki malarii !!!
- przy podejrzeniu VHF: najpierw izolacja, potem diagnostyka

Zgłoszenie i komunikacja

- wcześnie skonsultować pacjenta z oddziałem zakaźnym
- powiadomić ZKZ - w celu oceny ryzyka transmisji, izolacji i nadzoru nad kontaktami
- przy podejrzeniu choroby podlegającej zgłoszeniu- właściwa stacja sanitarno-epidemiologiczna
- przy podejrzeniu VHF - nie czekać na pełne potwierdzenie - zgłaszać już podejrzenie
- przekazać kluczowe informacje (kierunek podróży, czas od powrotu, objawy, ekspozycje, stan pacjenta, zastosowane środki izolacji)
- udokumentować osoby z kontaktu oraz wszystkie podjęte działania

Zgłaszanie choroby tropikalnej?

- **Kto ?** lekarz/felczer, który podejrzewa albo rozpoznaje chorobę zakaźną
- **Co ?** podejrzenie, rozpoznanie, zgon z powodu choroby zakaźnej
- **Do kogo ?** do właściwego państwowego inspektora sanitarnego, w praktyce: właściwa miejscowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
- **Kiedy?** niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 h od powzięcia podejrzenia lub rozpoznania
- **Kiedy szczególnie pilnie?** podejrzenie choroby szczególnie niebezpiecznej i/lub wysoce zakaźnej: VHF, cholera, dur brzuszny, dżuma, węglik, polio, błonica, oспа prawdziwa, SARS/MERS; podejrzenie ogniska epidemicznego, narażenie personelu, innych pacjentów lub konieczność ustalenia osób z kontaktu

Transport / przekazanie pacjenta

- nie kierować pacjenta samodzielnie do kolejnej jednostki bez wcześniejszego uzgodnienia
- transport sanitarny zamiast transportu własnego
- ograniczyć przemieszczanie pacjenta po szpitalu i unikać oczekiwania w przestrzeniach wspólnych
- po zakończeniu transportu zapewnić dekontaminację użytego sprzętu i powierzchni

Kwarantanna / nadzór epidemiologiczny

mogą być stosowane po narażeniu na:

Osoby z kontaktu — kogo uwzględnić?

- Cholerę - 5 dni
- dżumę płucną - 6 dni
- SARS - 10 dni
- MERS - 14 dni
- ospę prawdziwą - 21 dni
- Ebolę i inne VHF- 21 dni

- personel badający, pobierający krew, transportujący pacjenta
- pacjenci z tej samej sali / poczekalni
- osoby sprzątające i personel pomocniczy
- laboratorium, jeśli doszło do ekspozycji na materiał
- rodzina i odwiedzający

BDBV — aktualna sytuacja epidemiologiczna

WHO, stan na 21.05.2026

746 podejrzanych
176 zgonów

Potwierdzone przypadki

85 łącznie
83 w DRK + 2 w Ugandzie

Zgony potwierdzone

10 łącznie
9 w DRK + 1 w Ugandzie



- Prowincje z transmisją BDBV
- Uganda
- DR Konga

- DRK: transmisja w prowincjach Ituri, North Kivu i South Kivu.
- Uganda: 2 przypadki importowane w Kampali; brak potwierdzonej lokalnej transmisji.
- 16 maja 2026 r. WHO ogłosiła PHEIC (Public Health Emergency of International Concern) dla ogniska BDBV w DRK i Ugandzie.

Ocena ryzyka:

DRK — bardzo wysokie.

Uganda / poziom regionalny — wysokie.

Poziom globalny — niskie.

Źródło: WHO DON, 21.05.2026; WHO IHR EC, 22.05.2026.

BDBV — rzadki gatunek ebolawirusa

Co to jest?

Bundibugyo virus (BDBV)
rzadki gatunek ebolawirusa
wywołuje chorobę Ebola

Gdzie odkryty?

Uganda, dystrykt Bundibugyo
opisany po raz pierwszy
w ognisku z 2007 r.

Wcześniejsze ogniska

- 1976 — Zaire ebolavirus, DRK
- 1976 — Sudan virus, Sudan
- 2000 — Sudan virus, Uganda
- 2007–2008 — BDBV, Uganda
- 2012 — BDBV, DRK
- 2014–2016 — Zaire ebolavirus, Afryka Zachodnia
- 2022 — Sudan virus, Uganda
- 2026 — BDBV, DRK / Uganda

Szacunkowa śmiertelność

Zaire ebolavirus: ok. 60–90%

Sudan virus: ok. 40–60%

BDBV: ok. 30–50%

BDBV — kiedy podejrzewać i co zrobić?

Praktyka dla SOR / interny

Kiedy podejrzewać?

- gorączka lub objawy infekcyjne + pobyt w DRK / Ugandzie w ciągu ostatnich 21 dni
- kontakt z chorym, zmarłym lub z jego krwią, wydzielinami, wymiocinami lub biegunką
- pobyt w placówce medycznej lub udział w pochówku w rejonie ogniska
- objawy alarmowe: silne osłabienie, wymioty, biegunka, odwodnienie, krwawienia

Co zrobić?

1. Izoluj pacjenta — oddzielne pomieszczenie, nie czeka w ogólnej poczekalni.
2. Ogranicz personel i zastosuj pełne ŚOI.
3. Nie wykonuj zbędnych procedur; zabezpiecz materiał i uprzedź laboratorium.
4. Pilnie skontaktuj: zakaźny + ZKZ + sanepid; uzgodnij transport.
5. Leczenie podtrzymujące; brak licencjonowanej szczepionki i swoistego leczenia dla BDBV.

Inkubacja: 2–21 dni

Zakaźność zwykle po objawach

Największe ryzyko: kontakt bezpośredni z chorym / zwłokami

Źródło: WHO DON 21.05.2026; WHO IHR EC 22.05.2026; ECDC.

Podsumowanie - 5 zasad dla oddziałów niezakaźnych

1. **Zawsze** pytaj o podróż
2. **Nie opóźniaj** diagnostyki malarii- gorączka po pobycie w rejonie malarycznym
3. **Oceń ryzyko transmisji**- droga zakażenia decyduje o izolacji, ŚOI
4. **Zabezpiecz** pacjenta, personel i otoczenie- separacja, właściwe ŚOI, ograniczenie kontaktów, bezpieczne pobieranie materiału
5. **Komunikuj** i przekazuj bezpiecznie- (oddział zakaźny, ZKZ, sanepid, laboratorium i transport) muszą znać ryzyko epidemiologiczne

Źródła

- WHO, Infection prevention and control guideline for Ebola and Marburg disease.
- CDC Yellow Book 2026. Post-Travel Evaluation of the Ill Traveler.
- ECDC. Public health guidance for assessing and mitigating the risk of locally acquired Aedes-borne viral diseases in the EU/EEA.
- ECDC. How imported dengue virus from travellers can spread in the EU.
- NIZP - PZH, meldunki epidemiologiczne
- Główny Inspektorat Sanitarny. Obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych i zgonów z ich powodu.