

Budapest,

2006. augusztus 23.,
szerda

105. szám

Ára: 2037,— Ft

TARTALOMJEGYZÉK

		Oldal
178/2006. (VIII. 23.) Korm. r.	A külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2001. évi XXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 170/2001. (IX. 26.) Korm. rendelet módosításáról	8160
31/2006. (VIII. 23.) EüM r.	Az egyes emberi felhasználásra és alkalmazásra kerülő gyógyszerekkel és vizsgálati készítményekkel összefüggő egészségügyi miniszteri rendeletek módosításáról.	8160
32/2006. (VIII. 23.) EüM r.	Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások végzésére vonatkozó, valamint az ivarsejtekkel és embriókkal való rendelkezésre és azok fagyasztva tárolására vonatkozó részletes szabályokról szóló 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet és a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997. (XII. 17.) NM rendelet módosításáról . . .	8161
33/2006. (VIII. 23.) EüM r.	A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet módosításáról.	8165
34/2006. (VIII. 23.) EüM r.	A fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet módosításáról	8249
21/2006. (VIII. 23.) KüM h.	A Magyar Népköztársaság Kormánya és a Csehszlovák Szocialista Köztársaság Kormánya közötti postai és távközlési együttműködésről szóló, a Magyar Közlöny 1983. évi 55. számában közzétett Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Végrehajtási Jegyzőkönyv hatályon kívül helyezéséről	8255

II. rész JOGSZABÁLYOK

A Kormány rendeletei

A Kormány

178/2006. (VIII. 23.) Korm. rendelete

**a külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló
2001. évi XXXIX. törvény végrehajtásáról szóló
170/2001. (IX. 26.) Korm. rendelet módosításáról**

A Kormány a külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2001. évi XXXIX. törvény (a továbbiakban: Tv.) 94. §-ának (1) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján a következőket rendeli el:

1. §

A külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2001. évi XXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 170/2001. (IX. 26.) Korm. rendelet a következő 12/A. §-sal egészül ki:

„12/A. § A Tv. 9. § (1) bekezdésének b) pontjában meghatározott átutazóvizumot nem kell beszereznie annak a külföldinek, aki rendelkezik az átutazás teljes – legfeljebb 5 napig tartó – időtartamára érvényes

a) a schengeni vívmányokat teljeskörűen alkalmazó állam által kiállított, a személyek külső határokon történő, egyes dokumentumoknak a Cseh Köztársaság, Észtország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia által a területükön történő átutazás céljából kiadott nemzeti vízumaikkal egyenértékűként való egyoldalú elismerésén alapuló, ellenőrzése egyszerűsített rendszerének bevezetéséről szóló, 2006. június 14-i 895/2006/EK európai parlamenti és tanácsi határozat 2. cikk (1) bekezdésében említett vízumok valamelyikével, illetve tartózkodási engedéllyel; vagy

b) a Cseh Köztársaság, Észtország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Málta, Szlovénia vagy Szlovákia által kiállított, a személyek külső határokon történő, egyes dokumentumoknak a Cseh Köztársaság, Észtország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia által a területükön történő átutazás céljából kiadott nemzeti vízumaikkal egyenértékűként való egyoldalú elismerésén alapuló, ellenőrzése egyszerűsített rendszerének bevezetéséről szóló, 2006. június 14-i 895/2006/EK európai parlamenti és tanácsi határozat mellékletében található dokumentumok valamelyikével; vagy

c) Svájc vagy Liechtenstein által kiállított, a személyek külső határokon történő, Svájc és Liechtenstein által a területükön történő átutazás céljából kiadott egyes tartózkodási engedélyeknek a tagállamok által történő egyoldalú elismerésén alapuló, ellenőrzése egyszerűsített rendszerének bevezetéséről szóló, 2006. június 14-i 896/2006/EK európai parlamenti és tanácsi határozat 2. cikkének megfelelően, a határozat mellékletében felsorolt tartózkodási engedélyek valamelyikével.”

2. §

Ez a rendelet a következő uniós aktusoknak való megfelelést szolgálja:

a) a személyek külső határokon történő, egyes dokumentumoknak a Cseh Köztársaság, Észtország, Ciprus, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Lengyelország, Szlovénia és Szlovákia által a területükön történő átutazás céljából kiadott nemzeti vízumaikkal egyenértékűként való egyoldalú elismerésén alapuló, ellenőrzése egyszerűsített rendszerének bevezetéséről szóló, 2006. június 14-i 895/2006/EK európai parlamenti és tanácsi határozat;

b) a személyek külső határokon történő, Svájc és Liechtenstein által a területükön történő átutazás céljából kiadott egyes tartózkodási engedélyeknek a tagállamok által történő egyoldalú elismerésén alapuló, ellenőrzése egyszerűsített rendszerének bevezetéséről szóló, 2006. június 14-i 896/2006/EK európai parlamenti és tanácsi határozat.

3. §

Ez a rendelet 2006. szeptember 1-jén lép hatályba.

Gyurcsány Ferenc s. k.,
miniszterelnök

A Kormány tagjainak rendeletei

Az egészségügyi miniszter 31/2006. (VIII. 23.) EüM rendelete

**az egyes emberi felhasználásra és alkalmazásra
kerülő gyógyszerekkel és vizsgálati készítményekkel
összefüggő egészségügyi miniszteri rendeletek
módosításáról**

Az 1. § tekintetében az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 67. §-ának (2) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján – a pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 2. § tekintetében az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 32. §-a (5) bekezdésének *d)* és *k)* pontjában, továbbá a 3. § tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének *o)* pontjában kapott felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekkel kapcsolatos egyes engedélyezési eljárások során fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 32/2005. (VIII. 11.) EüM rendelet mellékletének 4. pontja helyébe e rendelet *melléklete* lép.

2. §

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek gyártásának személyi és tárgyi feltételeiről szóló 44/2005. (X. 19.) EüM rendelet 6. §-ának (2) bekezdése a következő *d)* ponttal egészül ki:

[(2) Ez a rendelet a következő uniós jogi aktusoknak való megfelelést szolgálja:]

„*d)* a Bizottság 2005/28/EK irányelve (2005. április 8.) a helyes klinikai gyakorlat elveinek és részletes iránymutatásainak megállapításáról az emberi felhasználásra szánt vizsgálati gyógyszerkészítmények, valamint az ilyen termékek gyártási vagy behozatali engedélyezésének tekintetében.”

3. §

Az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról szóló 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelet 19. §-a a következő (8) bekezdéssel egészül ki:

„(8) Az (1) bekezdés szerinti ellenőrnek írásban nyilatkoznia kell arról, hogy milyen érdekeltségi, üzleti és egyéb kapcsolatban áll az ellenőrzés alá vont felekkel. Ezt a nyilatkozatot az ellenőr eseti ellenőrzésre történő kinevezésénél figyelembe kell venni.”

4. §

Ez a rendelet a kihirdetését követő 5. napon lép hatályba.

Dr. Horváth Ágnes s. k.,
egészségügyi minisztériumi
államtitkár

Melléklet

a 31/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„4.	Vizsgálati készítménnyel végzendő klinikai vizsgálat az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról szóló 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelet 2. §-a (1) bekezdésének <i>q)</i> pontja szerinti nem kereskedelmi vizsgálat kivételével.”	
-----	--	--

Az egészségügyi miniszter 32/2006. (VIII. 23.) EüM rendelete

az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások végzésére vonatkozó, valamint az ivarsejtekkel és embriókkal való rendelkezésre és azok fagyasztva tárolására vonatkozó részletes szabályokról szóló 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet és a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997. (XII. 17.) NM rendelet módosításáról

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének *p)* pontjában és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. §-a (4) bekezdésének *d)* pontjában foglalt felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások végzésére vonatkozó, valamint az ivarsejtekkel és embriókkal való rendelkezésre és azok fagyasztva tárolására vonatkozó részletes szabályokról szóló 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 1. §-ának (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4) A reprodukciós eljárás elvégzésére irányuló szakorvosi javaslat megadására szülész-nőgyógyász szakképzettségű szakorvos jogosult – az 1/B. § *a)* pontjában és az 1/C. § *c)* pontjában foglaltak kivételével – andrológus szakorvos véleményének figyelembevételével.”

2. §

Az R. a következő 1/A–1/C. §-sal egészül ki:

„1/A. § Az Eütv. 165. §-ának *d)* pontja szerinti egyedülálló nő esetében (a továbbiakban szintén: kérelmező), amennyiben

a) egészségi állapota (meddőség), vagy

b) életkora

következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat, az egészségi állapota által indokolt, az Eütv. 166. §-a (1) bekezdésének *b)*–*d)* és *f)* pontja szerinti reprodukciós eljárás végezhető el.

1/B. § Az 1/A. § *a)* pontja szerinti esetben akkor végezhető el a reprodukciós beavatkozás, ha

a) legalább két egymástól független – a meddőség tényének és okának megállapításához szükséges orvosi vizsgálatokon alapuló – szakorvosi szakvélemény alátámasztja, hogy a kérelmezőnél fennálló egészségi ok(ok) következtében a kérelmező természetes úton nagy valószínűséggel egészséges gyermeket nem vállalhat, és

b) az 1. § (1) bekezdésének *b)* és *d)*–*g)* pontjában, valamint az 1. § (5) bekezdésének *a)* pontjában és *ba)* alpontjában foglalt feltételek fennállnak.

1/C. § Az 1/A. § *b)* pontja szerinti esetben akkor végezhető el a reprodukciós beavatkozás, ha

a) a kérelmező életkora miatt természetes úton gyermeket nagy valószínűséggel nem vállalhat, és

b) az 1. § (1) bekezdés *db)* alpontjában, *f)* és *g)* pontjában, valamint az 1. § (5) bekezdésének *a)* pontjában és *ba)* alpontjában foglalt feltételek fennállnak, és

c) a reprodukciós eljárás elvégzésének indokoltságát két (a beavatkozást végző orvos, illetőleg orvoscsoport tagja, valamint egy, a beavatkozásban részt nem vevő) szülész-nőgyógyász szakképzettségű szakorvos egybehangzó véleménye, illetve ajánlása alátámasztja.”

3. §

Az R. 4. §-ának (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) A kérelmezők együttesen, az 1/A. § *a)* és *b)* pontja szerinti kérelmező egyedül – az Eütv. 168. §-ának (2) bekezdése szerinti tájékoztatás után – a 8. számú melléklet szerinti „Rendelkezési nyilatkozat fagyasztva tárolt embriókról” elnevezésű nyomtatványon gyakorolják az embriókkal kapcsolatos rendelkezési jogot, és azon megjelölhetik, hogy a rendelkezési jog megszűnése esetére

a) hozzájárulnak az embrióadományozáshoz, illetve

b) hozzájárulnak az embriók tudományos kísérlet céljából történő felhasználásához, vagy

c) kérik az embriók megsemmisítését.”

4. §

Az R. 8. számú melléklete helyébe e rendelet *melléklete* lép.

5. §

(1) A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997. (XII. 17.) NM rendelet (a továbbiakban: Rr.) 2/A. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A 2. § (1) bekezdés *c)* pontja szerinti egyes beavatkozások, továbbá a (2) bekezdés szerinti letét térítésmentesen akkor vehető igénybe, ha az R. 1. §-ában, valamint 1/A–1/C. §-ában foglalt feltételek a (2) bekezdésben foglalt kivételekkel fennállnak.”

(2) Az Rr. 2/A. §-ának (2) bekezdése a következő *a)* ponttal egészül ki:

[*(2) A kötelező egészségbiztosítás terhére nem vehető igénybe az (1) bekezdés szerinti szolgáltatás, ha]*

„*a)* a beavatkozásra az R. 1/A. §-ának *b)* pontja szerinti esetben, nem egészségügyi indokból kerül sor,”

6. §

(1) Ez a rendelet a kihirdetését követő 3. napon lép hatályba.

(2) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások végzésére vonatkozó, valamint az ivarsejtekkel és embriókkal való rendelkezésre és azok fagyasztva tárolására vonatkozó részletes szabályokról szóló 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet, az Egészségügyi Tudományos Tanácsról szóló 34/2003. (VI. 7.) ESZCSM rendelet, valamint a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet módosításáról szóló 6/2006. (II. 20.) EüM rendelet 3. §-a (2) bekezdésének *a)* és *c)* pontja.

(3) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg az R. 1. §-a (1) bekezdésének felvezető szövegében az „Eütv. 167. § (2) bekezdés szerinti egyedülálló nőnél” szövegrész helyébe az „Eütv. 165. §-ának *c)* pontja szerinti egyedülállóvá vált nőnél” szövegrész lép.

Dr. Molnár Lajos s. k.,
egészségügyi miniszter

Melléklet a 32/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„8. számú melléklet a 30/1998. (VI. 24.) NM rendelethez

Rendelkezési nyilatkozat fagyasztva tárolt embriókról¹

Sorszám:

Kelte:

I. Együttes rendelkezési nyilatkozat²

Alulírottak (feleség/nő),
 illetve (férj/férfi)
 a intézet
 (klinika) Asszisztált Reprodukciós Központjában (a továbbiakban: ARK) tárolt, saját ivarsejtjeinkből vagy adományozott és saját ivarsejtjeinkből származó embriók további felhasználásáról a következők szerint rendelkezünk.*

1. Az embriókat későbbi saját felhasználás céljából letétbe kívánjuk helyezni. A letétbe helyezett embriók feletti rendelkezés jogát a továbbiakban

- a) együttesen, vagy
 - b) a mellékelten csatolt, közokiratban (teljes bizonyító erejű magánokiratban) foglalt lemondó nyilatkozatnak megfelelően
- kívánjuk gyakorolni.

Tudomásul vesszük, hogy bármelyikünk halála esetén az embriók feletti rendelkezés jogát a túlélő rendelkezésre jogosult gyakorolja. Mindkettőnk halála, válásunk, illetve élettársi kapcsolatunk megszűnése esetére*

- a) felajánljuk a tárolt embriókat más személyeknél elvégzendő reprodukciós eljárás céljára,
- b) felajánljuk a tárolt embriókat embriókutatás céljára,
- c) kérjük az embriók megsemmisítését.

2. Az embriókat más személyeknél történő reprodukciós eljárás céljára felajánljuk. Tudomásul vesszük, hogy – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) elfogadja – nyilatkozatunkkal az embriók feletti rendelkezés jogát elveszítjük. Tudomásul vesszük, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 176. §-ának (1) bekezdésére figyelemmel az embrióadományozáshoz szükséges az embriót létrehozó személyek életkorának, külsődleges testi jegyeinek, valamint az ismeretes megbetegedéseinek közlése. Ezen adatokat a következők szerint rendelkezésre bocsátjuk:

.....

Tudomásul vesszük, hogy a hatályos jogszabályok alapján az embrióadományozás anonim, ennek megfelelően személyazonosító adatainkat a fagyasztva tárolást végző intézet (klinika) bizalmasan kezeli, egyidejűleg azonban az embriókat felhasználó személyek adatairól tájékoztatást mi sem kapunk, ilyen tájékoztatásra jogosultak nem vagyunk.

3. Az embriókat orvostudományi kutatás céljára felajánljuk. Tudomásul vesszük, hogy e nyilatkozatunkkal – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) vagy a kutatóhely elfogadja – az embriók feletti rendelkezési jogunkat elveszítjük.

Kelt: (helység) (dátum)

.....
 feleség/nő

.....
 férj/férfi

¹ A rendelkezési jog gyakorlása szerint kérjük az I. vagy a II. jelű nyilatkozatot kitölteni.

² Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 175. § szerinti esetben.

* A választott rendelkezésnek megfelelő nyilatkozat sorszámát kérjük jól láthatóan bekeretezni.

Sorszám:

Kelte:

II. Önálló rendelkezési nyilatkozat³

Alulírott (kérelmező)

a intézet (klinika) Asszisztált Reprodukciós Központjában (a továbbiakban: ARK) tárolt, adományozott és saját ivarsejtekből származó embriók további felhasználásáról a következők szerint rendelkezem.*

1. Az embriókat későbbi saját felhasználás céljából letétbe kívánom helyezni. A letétbe helyezett embriók feletti rendelkezés jogát önállóan gyakorlom. Tudomásul veszem, hogy halálom esetére*

- a) felajánlom a tárolt embriókat más személyeknél elvégzendő reprodukciós eljárás céljára,
- b) felajánlom a tárolt embriókat embriókutatás céljára,
- c) kérem az embriók megsemmisítését.

2. Az embriókat más személyeknél történő reprodukciós eljárás céljára felajánlom. Tudomásul veszem, hogy – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) elfogadja – nyilatkozatommal az embriók feletti rendelkezés jogát elveszítem. Tudomásul veszem, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 176. §-ának (1) bekezdésére figyelemmel, az embrióadományozáshoz szükséges az embrió létrehozó személyek életkorának, külsődleges testi jegyeinek, valamint az ismeretes megbetegedéseinek közlése. Ezen adataimat a következők szerint rendelkezésre bocsátom:

.....

Tudomásul veszem, hogy a hatályos jogszabályok alapján az embrióadományozás anonim, ennek megfelelően személyazonosító adataimat a fagyasztva tárolást végző intézet (klinika) bizalmasan kezeli, egyidejűleg azonban az embriókat felhasználó személyek adatairól tájékoztatást én sem kapok, ilyen tájékoztatásra jogosult nem vagyok.

3. Az embriókat orvostudományi kutatás céljára felajánlom. Tudomásul veszem, hogy e nyilatkozatommal – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) vagy a kutatóhely elfogadja – az embriók feletti rendelkezési jogomat elveszítem.

Kelt: (helység) (dátum)

.....
 kérelmező

³ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 167. § (4) bekezdés szerinti esetben.

* A választott rendelkezésnek megfelelő nyilatkozat sorszámát kérjük jól láthatóan bekeretezni.”

**Az egészségügyi miniszter
33/2006. (VIII. 23.) EüM
rendelete**

**a fertőző betegségek és a járványok megelőzése
érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet módosításáról**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 57. §-ának (2) és (3) bekezdésében, 59. §-ának (2) és (3) bekezdésében, 63. §-ának (2) bekezdésében, 65. §-ának (1) bekezdésében, 68. §-ának (1) és (3) bekezdésében, 71. §-ának (1) bekezdésében, valamint 247. §-a (2) bekezdésének *dg)* pontjában foglalt felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 5. §-ának (9) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(9) Oltóorvos – ha az ML másként nem rendelkezik – az oltásra kötelezett háziorvosa, házi gyermekorvosa, iskolai kampányoltás esetén az iskolaorvos. Életkorhoz kötött kötelező védőoltás azon a helyen végezhető, ahol az oltásra vonatkozó minőségbiztosítási szabályokban meghatározott feltételek biztosítottak (a továbbiakban: oltóhely).”

2. §

Az R. 9. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) Az egészségügyi szolgáltató a csökkent immunitású személyek egészségének védelme érdekében a transzplantációs, az onkológiai, a hematológiai, a dializáló, a felnőtt és a gyermek intenzív ellátást nyújtó, valamint a krónikus belgyógyászati osztályokon a betegekkel közvetlen kapcsolatba kerülő alkalmazottainak évente felajánlja az influenza elleni védőoltást.”

3. §

Az R. 13. §-ának (1)–(5) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(1) A területi védőnő az ellátási területére vonatkozóan havonta jelenti a városi intézetnek az esedékességet követő hónap 5. napjáig a folyamatos oltási rend szerint végzett oltásokat, továbbá az oltásnak az esedékessége hónapját követő 2 hónapot meghaladó elmaradását, valamint az oltásra kötelezett gondozottak el- és beköltözését a név, születési idő, lakcímváltozás feltüntetésével. Az oltásokról a

havonkénti jelentést a védőnő az ellátási területéhez tartozó gondozottak egészségügyi dokumentációja, továbbá az oltóorvos, illetve a városi intézet által megküldött oltási értesítő alapján készíti el.

(2) Az iskolai kampányoltásokról szóló jelentést az oltásra kijelölt időszakot követő hónap 15. napjáig az iskola-egészségügyi feladatokat ellátó védőnő küldi meg a városi intézetnek.

(3) Ha a gyermek oltását nem a területileg illetékes házi-orvos vagy házi gyermekorvos végzi, az elvégzett oltásokra vonatkozó adatokat az oltóorvos az oltás beadásának napján írásban köteles jelteni a városi intézetnek.

(4) A városi intézet

a) az oltott gyermek adatait elektronikus úton haladéktalanul rögzíti az Epidemiológiai Felügyeleti Rendszert kiszolgáló Informatikai Rendszer (a továbbiakban: EFRIR) Védőoltási alrendszerébe, és ezzel egyidejűleg az oltási értesítő adatait továbbítja a gyermek lakóhelye szerint illetékes védőnői szolgálathoz,

b) a folyamatos oltási rend szerint végzett oltások adatait havonta, a jelentés hónapját követő hónap 15. napjáig, a kampányoltások adatait az oltás befejezését követő hónap 25. napjáig rögzíti az EFRIR Védőoltási alrendszerébe.

(5) A védőoltásokra vonatkozó adatok a megyei intézet és az OEK számára a közös adatbázison keresztül elérhetők.”

4. §

Az R. 15. §-ának (1) és (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(1) A védőnő

a) ellenőrzi az újszülöttkori BCG oltások eredményességét,

b) nyilvántartja az ellátási területén az oltásra kötelezetteket, vezeti az oltási nyilvántartást, elmaradt oltás esetén ismételt értesítést küld, és ugyanazon oltandóra vonatkozó háromszori eredménytelen írásbeli megkeresés esetén értesíti a területileg illetékes városi intézetet,

c) írásban értesíti a körzetébe és az általa ellátott oktatási intézménybe (a továbbiakban: ellátási terület) tartozó oltandó személy törvényes képviselőjét az oltás esedékességéről, jelentőségéről, a beadás helyszínéről és időpontjáról, a várható általános reakciókról és a védőoltás elmulasztásának következményeiről,

d) a városi intézettől igényli az oktatási intézménybe járó oltandó tanulók számára az iskolai kampányoltásokhoz szükséges oltóanyagot, gondoskodik az oltóanyag előírásoknak megfelelő tárolásáról és elszámolásáról,

e) gondoskodik az elveszett, megrongálódott Gyermekegészségügyi kiskönyv pótlásáról az oltási nyilvántartási dokumentáció alapján,

f) elkészíti és megküldi a városi intézetnek a 13. § (1) bekezdésében foglalt oltási jelentést,

g) az oltási tevékenységgel kapcsolatos feladatait az oltóorvossal együttműködve végzi.

(2) Az oltóorvos

a) nyilvántartást vezet az általa oltandókról,

b) az általa oltandó személyek számára az életkorhoz kötött oltáshoz szükséges oltóanyag (a hozzá bejelentkezettek neve és TAJ-száma szerinti) igénylését – a védőnővel együttműködve – a rendelő helye szerint illetékes városi intézetnek megküldi,

c) egyedileg elbírálja az oltás végrehajthatóságát,

d) a gyermek egészségügyi dokumentációjában és a Gyermek-egészségügyi kiskönyvben az oltás megtörténte-kor dokumentálja az oltás dátumát, az oltás megnevezését, az oltóanyag nevét és gyártási számát,

e) a területi ellátási kötelezettségéhez nem tartozó gyermek védőoltása esetén az oltás teljesítéséről a rendelő helye szerint illetékes városi intézetnek oltási értesítőt küld; az adott hónapban esedékes oltás elmaradásáról és annak indokáról legkésőbb a tárgyhó végéig jelentést köteles küldeni a városi intézetnek,

f) amennyiben a védőnői körzethez tartozó oltandó gyermeket a területi védőnő jelenléte nélkül oltja, akkor az oltás megtörténtét az oltás beadásának napján írásban köteles jelenteni a rendelő helye szerint illetékes városi intézetnek; az értesítés történhet az erre a célra rendszeresített oltási értesítőn vagy azzal megegyező adattartalmú, egyedi jelentés formájában,

g) gondoskodik az oltóanyagok előírásoknak megfelelő tárolásáról és az elszámolásról,

h) azonnal jelenti az oltásokkal kapcsolatos fokozott reakciókat, szövődeményeket a rendelő helye szerint illetékes városi intézetnek és az Országos Gyógyszerészeti Intézetnek,

i) telefonon haladéktalanul jelenti az oltási balesetet és a súlyos vagy halmozott oltási szövődemény előfordulását a megyei intézetnek és az OEK-nek.”

5. §

(1) Az R. 16. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A városi intézet

a) illetékességi területén gondoskodik a védőoltások jogszabályban foglaltaknak megfelelő végrehajtásáról,

b) gondoskodik a védőoltáshoz szükséges oltóanyagokról és azok megfelelő szétosztásáról,

c) oltóanyag nyilvántartást vezet, elszámoltatja az oltóorvost a kiadott oltóanyag felhasználásáról,

d) ellenőrzi a területi védőnő által vezetett oltási nyilvántartásokat és az oltóorvos oltási dokumentációját,

e) rögzíti az EFRIR Védőoltási alrendszerébe az oltásokkal kapcsolatos adatokat, és karbantartja azokat,

f) határozattal elrendeli a védőoltásra kötelezett személy oltását, ha az a 14. § (1)–(2) bekezdésében foglaltaknak nem tesz eleget.”

(2) Az R. 16. §-a (2) bekezdésének b) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[A megyei intézet]

„b) vizsgálja, elemzi és értékeli az oltási eredményeket, intézkedik az észlelt hiányosságok megszüntetéséről,”

(3) Az R. 16. §-a (3) bekezdésének d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[Az OEK]

„d) elemzi és értékeli az ország lakosságára vonatkozó átoltottságot,”

6. §

Az R. 25. §-a a következő (2)–(4) bekezdéssel egészül ki, és a § eredeti szövege (1) bekezdésre változik:

„(2) Az OEK jelenti az Európai Unió Közöségi Hálózatának a fertőző betegségek járványügyi helyzetével és a fertőző betegségekből adódó közegészségügyi veszélyhelyzetekkel kapcsolatos információkat.

(3) A járványügyi surveillance adatainak egységes gyűjtése érdekében az OEK az egyes betegségekre vonatkozóan egyedi surveillance adatlapot adhat ki.

(4) A (3) bekezdés szerinti adatlapokat a fertőző beteg be- és kijelentőlapja, az elvégzett helyszíni járványügyi vizsgálat jegyzőkönyve, továbbá a mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok eredményei alapján a városi intézet tölti ki és küldi meg az OEK illetékes osztályának.”

7. §

Az R. 26. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A városi intézet a fertőző beteg bejelentése alapján vagy más módon tudomására jutott minden esetben köteles járványügyi vizsgálatot végezni, ha

a) sürgősséggel jelentendő betegségről vagy annak gyanújáról,

b) fertőző betegség közösségi, illetve területi halmozódásáról,

c) hatósági intézkedést igénylő fertőző betegségről,

d) az átlagosnál nagyobb számban, súlyosabb formában jelentkező fertőző betegségről,

e) ismeretlen kórokú, de feltehetően fertőző jellegű megbetegedésekről szerez tudomást.”

8. §

Az R. a 35. §-t követően a következő alcímmel és 35/A. §-sal egészül ki:

„Sterilanyag/eszköz-ellátás, sterilizálás

35/A. § (1) Egészségügyi, valamint természetgyógyászati szolgáltatás nyújtása, továbbá gyógykozmetika, tetoválás, testékszer-beültetés esetén a sterilanyag/eszköz-elő-

állító tevékenységet az OEK által időszakosan kiadott „Tájékoztató a sterilizálásról. A betegellátásban alkalmazható sterilizáló eljárások” című kiadványban meghatározottak betartása mellett lehet folytatni.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltak nem vonatkoznak a diagnosztikai eszközök, humán vér- és vérkészítmények előállítására során az Országos Vérellátó Szolgálat által szabályozott eljárásokra.”

9. §

Az R. 38. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„38. § A nemzetközi személy- és áruszállítást végző légi-, vízi- és szárazföldi járművek, valamint a repülőterek, személy- és teherpályaudvarok és kikötők egészségügyi kártevőktől való mentességét a nemzetközi egészségügyi előírásokban rögzített kötelezettségeknek megfelelően biztosítani kell.”

10. §

Az R. 41. §-a a következő új (3) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg az eredeti (3) és (4) bekezdés számozása (4) és (5) bekezdésre változik:

„(3) A mikrobiológiai vizsgálatot végző laboratórium a fertőző betegségekre gyanús személyek mikrobiológiai vizsgálati eredményeit a személyazonosító adataikkal együtt továbbítja az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézete járványügyi/epidemiológiai osztályára.”

11. §

(1) Az R. 1. számú melléklete helyébe e rendelet 1. számú melléklete lép.

(2) Az R. 4. számú melléklete e rendelet 2. számú melléklete szerint módosul.

12. §

(1) Ez a rendelet 2006. szeptember 1-jén lép hatályba.

(2) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti az R. 5. §-ának (10) bekezdésében a „gyermekbénulás elleni oltóanyag szájon át való beadásával védőnő” szövegrész, valamint az R. módosításáról szóló 20/2001. (V. 25.) EüM rendelet.

(3) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg az R. 20. §-ának (1) bekezdésében „az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet és” szövegrész helyébe „a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint” szövegrész, 28. §-ának (3) bekezdésében a „Fekvőbeteg-gyógyintézet” szövegrész he-

lyébe az „Elsősorban fekvőbeteg-gyógyintézet” szövegrész, a 36. §-a előtt a „Rovarok és rágcsálók irtása” alcím helyébe az „Egészségügyi kártevők elleni védekezés” alcím, 36. §-ának (1) bekezdésében a „rágcsálók (a továbbiakban a rovarokkal együtt: egészségügyi kártevők)” szövegrész helyébe a „rágcsálók és egyéb állati kártevők (a továbbiakban együtt: egészségügyi kártevők)” szövegrész, 36. §-a (2) bekezdésének i) pontjában a „lakásban” szövegrész helyébe a „zárt térben” szövegrész, 36. §-a (2) bekezdésének j) pontjában az „egészségügyi kártevő,” szövegrész helyébe az „állat,” szövegrész, valamint 36. §-ának (3) bekezdésében a „tekintendő a városok és községek beépített területén a lakóházak (középületek, üzemek stb.),” szövegrész helyébe a „tekintendők a városok és községek beépített területén fekvő, emberi tartózkodásra alkalmas létesítmények (lakóházak, középületek, üzemek stb.),” szövegrész, továbbá 36. §-ának (6) bekezdésében a „védekezést házilag kivitelezésben” szövegrész helyébe a „védekezést – ha jogszabály másként nem rendelkezik – házilag kivitelezésben” szövegrész lép.

Dr. Molnár Lajos s. k.,
egészségügyi miniszter

1. számú melléklet
a 33/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„1. számú melléklet
a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelethez

Be- és kijelentésre kötelezett betegségek felsorolása

- Acut flaccid paralysis
- AIDS/HIV
- Ancylostomiasis
- Anthrax
- Botulizmus
- Brucellosis
- Campylobacter enteritis
- Cholera
- Cryptosporidiosis
- Diphtheria
- Dysentery
- Amoebiasis
- Shigellosis
- Dyspepsia coli
- Enteropathogen E. coli enteritis (EPEC)
- Egyéb E. coli által okozott megbetegedés
- Enterohaemorrhagic E. coli enteritis (EHEC)
- Enteroinvasiv E. coli (EIEC)
- Enterotoxigenic E. coli enteritis (ETEC)
- Echinococcosis

- Encephalitis infectiosa
 - = Encephalitisek
 - = Kullancsencephalitis
- Enteritis infectiosa
 - = Vírusos gastroenteritisek
 - Adenovírusok
 - Norwalk vírus
 - Rotavírus
 - = Giardiasis
- Febris flava
- Febris recurrens
- Fertőző spongiform encephalopathiák:
 - = Creutzfeldt-Jakob-betegség (CJB)
 - = Variáns Creutzfeldt-Jakob-betegség (vCJB)
- Hepatitis infectiosa
 - = Hepatitis A
 - = Hepatitis B
 - = Hepatitis C
 - = Delta hepatitis
 - = Hepatitis E
 - = Non A–E hepatitisek
- Keratoconjunctivitis epidemica
- Legionellosis
 - = Legionárius betegség
 - = Nem pneumoniás legionárius betegség (Pontiac-láz)
- Lepra
- Leptospirosis
- Listeriosis
- Lyme-kór
- Lyssa
- Madárinfluenza
- Malária
- Malleus
- Meningitis purulenta
 - = Meningitis epidemica
 - = Haemophilus influenzae okozta meningitis
- Meningitis serosa
- Mononucleosis infectiosa
- Morbilli
- Multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés
 - Nosocomialis fertőzés (nosocomialis sepsis)
 - Ornithosis
 - Paratyphus
 - Parotitis epidemica
 - Pertussis
 - Pestis
 - Poliomyelitis
 - Q-láz
 - Rubeola
 - = Congenitalis rubeola syndroma
 - Salmonellosis
 - Scarlatina (vörheny)
 - Schistosomiasis
 - Súlyos akut légúti tünetegyüttes (SARS)

- Staphylococcus infekciók
 - = Staphylococcus aureus okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül
 - = Staphylococcus fertőzések a kórházi szülészeti és csecsemőosztályokon
 - = Staphylococcosis az egyéb műtéti és belgyógyászati osztályokon
- Strongyloidosis
- Taeniasis
- Cysticercosis
- Tetanus
- Toxoplasmosis
- Trachoma
- Trichinellosis
- Tuberculosis
- Tularemia
- Typhus abdominalis
- Typhus exanthematicus
- Varicella
- Variola
- Yersiniosis
- Vírusos haemorrhagiás lázak
 - a) Magyarországon előforduló betegségek:
 - = Hantavírus okozta megbetegedés
 - = Pulmonális szindrómával járó hantavírus fertőzés
 - = Krími-kongói haemorrhagiás láz
 - b) Magyarországra behurcolható betegségek
 - = Dengue-láz
 - = Marburg-Ebola vírus
 - = Lassa-láz
 - = Rift-völgyi láz
- Nemi betegségek
 - = Acut urethritis nongonorrhoeica
 - = Condyloma acuminatum
 - = Gonorrhoea
 - = Granuloma inguinale
 - = Herpes simplex anogenitalis
 - = Lymphogranuloma venereum
 - = Syphilis
 - = Ulcus molle
 - = Acut urogenitalis chlamydiasis

Bejelentésre nem kötelezett fertőző betegségek felsorolása

- Actinomycosis
- Aphtae epizooticae
- Ascariasis
- Diphyllbothriasis
- Enterobiasis
- Erysipelas hominis
- Erysipeloid Rosenbachi
- Herpes simplex
- Heveny felső légúti fertőzések
- Human toxocariasis

- Hymenolepiasis
- Influenza
- Mycoses, gombás betegségek
 - = Gombás bőrbetegségek
 - = Tüdő mycosisok
 - = Opportunista gombás fertőzések
- Nem-polio enterovírusok által okozott betegségek
- Phlebotomus láz
- Pneumoniák
 - = Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás
 - = Mycoplasma tüdőgyulladás, mycoplasmosis
 - = Chlamydia tüdőgyulladás újszülött- és csecsemőkorban
 - = Pneumocystis carinii okozta tüdőgyulladás
 - = Egyéb pneumoniák
- Scabies
- Streptococcus fertőzések
 - = Streptococcus pyogenes okozta torokgyulladás
 - = Egyéb A csoportú Streptococcus fertőzések
 - = Streptococcus agalactiae (B csoport) okozta újszülöttkori megbetegedések
- Trichomoniasis
- Trichuriasis

Be- és kijelentésre kötelezett betegségekkel kapcsolatos eljárások

Acut flaccid paralysis

(AFP)

Nem fertőző betegség

1. Kórokozó: -

2. Fertőző forrás: -

3. Terjedési mód: -

4. Lappangási idő: -

5. Fontosabb kórképek: 15 éven aluli gyermekek petyhüdt izombénulással járó, nem traumás eredetű megbetegedése, beleértve a Guillain-Barré szindrómát (BNO10: G61.0), egyéb gyulladásos polyneuropathiákat (BNO10: G61.8), féloldali petyhüdt bénulást (BNO10: G81.0), petyhüdt paraplegiát (BNO10: G82.0), petyhüdt tetraplegiát (BNO10: G82.3), heveny haránt gerincvelő-gyulladást (BNO10: G37.3), traumás neuritist (BNO10: M79.2), periodikus paralyist. Nem tartoznak ehhez a betegséghez az izolált facialis paresisek és tumor okozta idegrendszeri elváltozások.

6. Fertőzőképesség tartama: -

7. Teendők a betegség előfordulásakor:

A) Teendők a beteggel:

a) Jelentés: Be- és kijelentésre kötelezett. A surveillance célja annak igazolása, hogy vad poliovírus cirkuláció hazánkban nem fordul elő, és hogy a rendszer elég érzékeny ennek kimutatására. A WHO szerint megfelelő érzékenységgű az a surveillance, ha az évenként bejelentett és megfelelően kivizsgált (lásd alább) esetek előfordulása a 15 éven aluliak között eléri az 1%-ot.

b) *Elkülönítés:* Elkülöníteni nem szükséges. Fontos azonban ezeknek az eseteknek az egységes klinikai és epidemiológiai megítélése megfelelő vizsgálati anyagok biztosításával és 60 napot követő utóvizsgálatával. Ezért a felsorolt megbetegedésben szenvedőket az észleléstől számított 48 órán belül olyan fekvőbeteg-ellátó osztályra kell beutalni, ahol a gyermekneurológiai szakellátás és intenzív ellátás is biztosított.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A betegről mielőbb, de feltétlenül a kezdettől számított 14 napon belül 1 napos időközzel levett 2 székletmintát, továbbá 14 napos időközzel alvadésgátló nélkül, sterilen vett 2 vérmintát kell küldeni a WHO által évente akkreditált laboratóriumba (OEK Virologiai főosztálya).

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)

BNO10: B20-B24

HIV (humán immundeficiencia vírus) fertőzés, szerzett immunhiányos tünetcsoport

1. *Kórokozó:* A Retrovírusok családjába tartozó HIV, melynek antigénszerkezete igen változékony. Két típusa ismert: a HIV-1 és a HIV-2. A HIV-2 kevésbé patogén. A két típus szerológiai tulajdonságai és földrajzi elterjedtsége különböző. A pandémia fő kórokozója a HIV-1.

2. *Fertőző forrás:* A beteg ember és a tünetmentes vírus-hordozó.

3. *Terjedési mód:* A fertőzés a fertőzött személy testnedveiben, illetve váladékaiban (vér, ondó, hüvelyváladék, anyatej) lévő vírustartalmú sejteknek és szabad virionoknak a közvetítésével vihető át másik személybe. A HIV elsősorban szexuális (hetero-, bi- és homoszexuális) érintkezés útján terjed. Létrejöhét azonban a fertőzés vér, vérvérszűrőanyagok, vérrel, váladékokkal szennyezett orvosi eszközök, műszerek használata, sérült bőr, nyálkahártya kontaminációja, intravénás kábítószer-élvezők közös tű, fecskendő használata, szerv-, szövetátültetés révén, valamint vertikálisan, a fertőzött anyáról gyermekekre. A HIV-pozitív terhes nők újszülöttjei 15–30%-os valószínűséggel fertőződhetnek transzplacentárisan vagy perinatalisan, valamint az anyatejes táplálás során is, azonban a kockázatot a fertőzött terhes nők és újszülöttjük vírusgátló gyógyszeres kezelése jelentősen csökkenti. Az egészségügyi dolgozók fertőzött vérről kontaminált eszközzel történő percután sérülése után a szerokonverziós gyakoriság kisebb, mint 0,5%. A HIV-fertőzött személlyel történő mindennapi érintkezés nem jelent kockázatot a fertőzés akvirálása szempontjából. A fertőzés vérszívó rovarok révén sem terjed.

4. *Lappangási idő:* Változó. A HIV-fertőzés megtörténte után a fertőzöttek véréből általában 1–3 hónap múlva (átlag: 6–8 hét) válnak kimutathatóvá az ellenanyagok (szerokonverzió). A HIV-fertőzés és az AIDS diagnózisának felállítása között eltelt idő néhány hónaptól több, mint 10 évig terjedhet. A HIV-1-gyel fertőzött felnőttek esetében az AIDS átlagos inkubációs ideje 10 év. A vírusellenes

szerekkel történő kezelések ezt jelentősen meghosszabbítják. Az újszülött-, illetve csecsemőkori fertőzöttek esetében az átlagos inkubációs idő lényegesen rövidebb (intrauterin HIV-1 fertőzés után 2 év).

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzést követően az esetek többségében néhány hét múlva (a szerokonverzió időszakában) primer tünetegyüttes alakul ki: magas láz, fáradékonyság, arthralgia, a törzsön, esetleg a végtagokon maculopapulosus kiütések, nyirokcsomó-duzzanat, leukopénia, lymphopenia, relatív monocytosis. A tünetek egy-két hét után spontán megszűnnek, és a tünetmentes HIV-fertőzés állapota jön létre. A fertőzés progressziója során alakul ki a tünetes HIV-fertőzés, a HIV-betegség. Ezt kétféle tünetegyüttes uralja: a Perzisztáló Generalizált Lymphadenopathia (PGL) és az AIDS Related Complex (ARC). Az előbbire jellemzők a 3 hónapnál tovább fennálló, több régióra kiterjedő, fájdalommentes, egy cm vagy annál nagyobb, jól tapintható nyirokcsomó megnagyobbodások. Az ARC diagnózisa akkor állítható fel, ha a pozitív vizsgálati lelet mellett legalább két klinikai és két laboratóriumi jel egyidejűleg tartósan (kb. 3 hónap) észlelhető. A klinikai tünetek lehetnek lymphadenopathia, éjszakai izzadás, láz, testsúlycsökkenés (kb. 10%), kifejezett fáradékonyság, orális hajás leukoplakia. A laboratóriumi leletek a következők lehetnek: csökkent T-helper lymphocyták száma, emelkedett szérum immunglobulin szint, anaemia, leukopenia. Az immunrendszer további károsodása során, az indikátor betegségek (opportunisták fertőzések, tumorok, AIDS dementia complex stb.) megjelenésekor a beteg az AIDS stádiumba kerül. A letalitás magas, a betegek döntő többsége (80–90%) az AIDS diagnosztizálása után 3–5 éven belül meghal.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A fertőzött személy már a fertőzés korai szakában (az ellenanyagok kimutathatósága előtti ún. ablak periódusban is) fertőzőképes, és egész élete folyamán az marad. Az epidemiológiai adatok azt valószínűsítik, hogy a fertőzőképesség az immundeficiencia előrehaladásával, a klinikai tünetek megjelenésével, más STD betegségek egyidejű jelenlétével fokozódik.

7. *Teendők HIV-fertőzés, valamint AIDS diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők a HIV-fertőzött személlyel, illetve a AIDS beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A HIV-fertőzés és az AIDS személyazonosító adatok nélkül jelentendő be. A HIV-pozitív személy gondozó orvosa, illetve az AIDS-et diagnosztizáló orvos/halottkém a bejelentést személyazonosító adatok nélkül köteles megtenni az ÁNTSZ (fertőzés/megbetegedés helye szerint) illetékes városi intézetének, és az OEK Járványügyi osztályának. A személyazonosító adatokat a városi intézet kérésére a bejelentő köteles megadni.

b) *Elkülönítés:* A HIV-pozitív személyeket nem szükséges elkülöníteni. Azt a HIV-pozitív beteget azonban, aki-

nél vérzéses elváltozás, nyitott vagy drenált seb, exsudatív vagy fekélyes bőrelváltozás fordul elő vagy incontinens és egyidejűleg pszichológiai zavarok észlelhetők, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet fertőző osztályán kell elhelyezni.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:* Megerősítetten pozitív szűrővizsgálati eredmény esetén a vérvételt végző orvos értesíti a lakóhely szerint illetékes szakgondozó, szakrendelés (a továbbiakban együtt: gondozó) vezetőjét, aki a fertőzött személyt – kiskorú esetén a törvényes képviselőjével együtt – a lelet kézhezvételétől számított egy héten belül gondozásba veszi. A megerősítetten pozitív személy gondozását, a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a vidéki STD Centrumok végzik. A HIV-pozitív gyermek gondozása a Fővárosi Szent László Kórház kijelölt gyermekosztályán történik. A klinikai gondozás célja a fertőzöttek állapotromlásának lehetőség szerinti igen korai felismerése és a szükséges terápiás beavatkozások megkezdése. A HIV-fertőzöttek ellenőrző vizsgálatát célszerű háromhavonta megismételni. Az immunológiai ellenőrzés legalább félévente indokolt. Azokat a HIV-fertőzötteket, akiknél az antiretrovirális terápia megkezdése indokolt, vagy akiknél AIDS-re utaló indikátor betegség tüneteit észlelik a betegellátók, a hatékony kezelés biztosítása érdekében a Fővárosi Szent László Kórház Immunológiai osztályára kell utalni, és gyógykezelésüket a továbbiakban ott kell folytatni.

d) A HIV-pozitív egészségügyi dolgozó nem tölthet be invazív beavatkozásokat is magába foglaló munkakört (lásd a 2. számú mellékletet).

e) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A HIV-fertőzöttség megállapítása, illetve az AIDS diagnosztizálásának felállítása csak verifikált HIV-pozitív eredmény alapján lehetséges. A HIV-ellenanyag vizsgálat elvégzése céljából alvadásgátló nélkül, sterilen vett vérminta küldendő a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló rendeletben kijelölt laboratóriumba. Az opportunisták fertőzések laboratóriumi megerősítésére a megfelelő betegségekre vonatkozó laboratóriumi vizsgálatokat kell végezni. A hazai HIV diagnosztikai és szűrővizsgálati lehetőségeket és szabályokat a fenti rendelet tartalmazza.

f) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. Az AIDS-betegek vagy arra gyanús személyek, valamint a szubklinikus vagy tünetmentes HIV-ellenanyag pozitív egyének környezetében szükséges fertőtlenítéshez csak HIV-vírus inaktiváló hatású dezinficiens készítményeket szabad alkalmazni. A közvetlen módon terjedő fertőzést fertőtlenítéssel nem lehet megelőzni, dezinfekció a közvetett úton terjedő fertőzés útjának megszakítására alkalmas. Így a közvetett úton, a vérrel és testváladékokkal kontaminálódott eszközökkel, tárgyakkal, anyagokkal terjedő fer-

tőzés azonban adekvát dezinfekciós eljárásokkal és a jelzett HIV inaktiváló effektusú fertőtlenítőszerrel megelőzhető, a fertőzés útja megszakítható. Mivel a HIV a vérben és a különböző testváladékokban lehet jelen: az ezekkel a fertőző anyagokkal történő kontaminálódás lehetősége és egyben a fokozott fertőzési veszély a közvetlen betegellátásban, valamint a laboratóriumi és patológiai munka során e tevékenységet végző egészségügyi személyzetet különösen fenyegeti. Az ellátásra kerülő betegek között a tünetmentes fertőzöttek általában ismeretlenek, ezért alapelv, hogy minden beteget vagy vizsgálatra kerülő személyt, valamint laboratóriumi vizsgálatra beküldött anyagot (vért, testváladékokat, szövetmintákat stb.) ilyen szempontból potenciálisan fertőzőtnek kell minősíteni és a szükséges prevenció fertőtlenítési tevékenységet is ennek megfelelő alapossággal, kiterjedéssel kell megszervezni és folyamatosan végezni.

B) Teendők a HIV-fertőzött személy környezetében:

a) A HIV-pozitív személy szexuális partnereinél, illetve a környezetében élő, a tőle feltehetően fertőződött személyeknél vírusszerológiai vizsgálatot kell végeztetni a fertőzöttség megállapítása céljából.

b) A HIV-fertőzött személyek és szexuális partnereik nem adhatnak vért, anyatejet idegen és saját csecsemő táplálására, sejtet, szövetet, szervet átültetés céljára, illetve spermát mesterséges megtermékenyítés céljából. Fertőzött terhesek és újszülöttjeinek antivirális kezelésével az átvitel valószínűsége egyharmadára csökkenthető.

c) Az egészségügyi dolgozók alábbiakban felsorolt expozíciója esetén minél hamarabb, lehetőleg 2 órán belül a Fővárosi Szent László Kórház Immunológiai osztályával vagy az ÁNTSZ megyei intézetének epidemiológiai osztályával folytatott konzultáció alapján antiretrovirális kezelést kell kezdeni. A HIV-fertőzés kockázatával járó kiemelt expozíciók: fertőző anyag véletlen befecskendezése, HIV-kontaminált eszközzel szúrt seb vagy vágott sérülés, HIV-pozitív beteg artériájába vagy vénájába bekötött tűvel vagy kanüllel történt sérülés, nyálkahártya vagy nagyobb bőrterület tartós kontaminációja HIV-pozitív személy vérével, véres váladékával, liquorával, ondójával vagy hüvelyváladékával.

8. *Megelőzés:* A szexuális terjedés gátlása érdekében a lakosság széles körű egészségügyi felvilágosítása a szexuális biztonság érdekében (partnerhűség, monogamia, gumióvszer stb. használata). A vérrel történő terjedés gátlása a vér-, sejt-, szövet-, szervdonorok kötelező HIV vizsgálata révén; az intravénás kábítószeres használatánál, közös tű és fecskendő használatának kiiktatásával; tetoválók és az akupunktúrát végzők steril eszköz- és anyaghasználatának biztosításával. A nosocomialis terjedés gátlása az egészségügyi dolgozók oktatásával, a vérrel, váladékkal szennyezett eszközök biztonságos kezelésével, fertőtlenítési, sterilizálási szabályok betartásával, spermadonorok HIV vizsgálatával a donáció időpontjában és 6 hónap múlva. A vertikális terjedés gátlása a HIV-pozitívak terhesség-

gének megelőzésével, terhesség esetén antivirális kezelés révén, és szülés után a saját anyatej kiiktatásával.

Ancylostomiasis (Ancylostomatosis)

(Horogféreg-betegség)

BNO10: B76.0

1. *Kórokozó:* Ancylostoma duodenale, Necator americanus. Az Ancylostoma duodenale a mediterrán és szubtrópusi, a Necator americanus a trópusi területeken fordul elő.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* A friss székletben a peték az embriónálódás kezdeti szakában vannak. A petékből közbeeső lárvafejlődési folyamat után a fertőzőképes lárvák a talajban, a megfelelő hőmérséklet és nedvesség mellett 10 nap alatt alakulnak ki. A fertőzőképes lárvák a sértetlen bőrön vagy szájon át juthatnak a szervezetbe. Emberről emberre nem terjed.

4. *Lappangási idő:* A fertőzéstől a peték a székletben való megjelenéséig általában 5–8 hét telik el.

5. *Fontosabb tünetek:* A lárvák behatolási helyén viszkető bőrjelenségek észlelhetők. A migráció időszakában bronchitis, láz, a vékonybélben való megtelepedés periódusában a férgek számától függő mértékű anaemia, gyomor- és bélpanaszok jelentkezhetnek. Súlyos fertőzésekben szívpanaszok, vasomotor és endocrin zavarok, cachexia.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a férgek a bélben jelen vannak. A peték és a lárvák a talajban hetekig élnek és fertőzőképesek maradnak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikai vizsgálatra beküldendő székletminta az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába, illetve az OEK Parazitológiai osztályára. A kísérő iraton indokolt a fertőződés feltételezett helyének (ország) megjelölése.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Trópusi, szubtrópusi területről érkezők között szűrővizsgálatok végzése, a fertőzöttek felderítése.

Anthrax

(Lépfene)

BNO10: A22

1. *Kórokozó:* Bacillus anthracis. A spóra nélküli vegetatív forma ellenálló képessége nem nagy. A spóra igen ellenálló, elpusztításához 5–10 perces forralás vagy 160 °C-on 2 órás száraz hőkezelés szükséges. Táptalajban, tárgyakon a spóra hosszú éveken át megtartja a fertőzőképességét.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg állatok, főleg a szarvasmarha, juh, ló, sertés stb.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezés a fertőzött állattal: fejéskor, állatgondozáskor; húsanak, csontjának, szőrmejének feldolgozásakor és a vele való érintkezéskor (borotvapamacs); porfertőzés: belélegzés útján nyers szőrmevel, gyapjúval, rongyokkal való foglalkozáskor; enterális úton: fertőzött hús fogyasztásakor, esetleg bőr- és gyapjúfeldolgozó üzemekből elfolyó szennyvízzel fertőzött víz útján, feltehetően szűrőlegyek közvetítésével is.

4. *Lappangási idő:* 1–7 nap, leggyakrabban 2 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Emberben a betegség bőr-, tüdő- vagy bélanthrax formájában folynak le. Bőranthraxnál a sérülés helyén viszketés jelentkezik, majd fájdalomtalan gömb, később véres hólyag (pustula maligna), pörkösödés, illetve nem fájdalmas szövethalás alakul ki. Az elváltozás közepe a vérzés és elhalás következtében fekete (pokolvar), körülötte oedema látható. Tüdőanthraxban a kezdeti tünetek enyhe bronchitisnek felelnek meg, 3–5 nap múlva fejlődik ki a súlyos tüdőgyulladás, véres köpettel. Bélanthraxban a fertőzött étel elfogyasztása után 2–5 nappal súlyos enteritis jön létre, heves hányással, véres hasmenéssel, erős hasi fájdalommal.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Általában a klinikai tünetek fennállásáig, bár az emberről emberre terjedés nem bizonyított.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Járványügyi értesítés a területileg illetékes hatósági állatorvoshoz.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházban kell elkülöníteni gyógyulásáig.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező a diagnosztikus és a felszabadítás céljából végzett vizsgálat. Bőranthrax esetében a pustula, carbunculus vagy más elváltozás sterilén vett váladékát kell beküldeni az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába. Tüdőanthrax esetében köpetet, bélanthrax esetében székletet kell beküldeni. Septicaemiás szövődmény esetében vért kell haemocultúra palackban megfelelően csomagolva a laboratóriumba küldeni diagnosztikus vizsgálatra, valamint a klinikai gyógyulás után felszabadító vizsgálatra. Ha valamilyen ok miatt a beteg életében a laboratóriumi vizsgálat nem történhetett meg, boncolási anyag (lép, esetleg egyéb szervek) küldendő be a laboratóriumi vizsgálatra, csiszolt üvegdugós porüvegben. A mintavételkor viselt egyszerhasználatos gumikesztyűt el kell égetni.

d) *Fertőtlenítés:* Bőr- és bélanthrax esetében folyamatos és zárófertőtlenítés, tüdőanthrax esetében szigorított folyamatos és zárófertőtlenítés végzendő, amelyet az ÁNTSZ területileg illetékes intézete ellenőriz. Leggondosabban a sebváladékot, székletet, köpetet és az ezekkel szennyezett anyagokat kell fertőtleníteni. A fertőtlenítéshez sporocid hatású eljárásokat kell alkalmazni (gőzfertőtlenítés, autokláv, 10%-os klórmész-tej, 5%-os klóramin vagy natriumhypochlorit, 10–30%-os formalin). Bőranthrax esetében a kötszereket el kell égetni, a kötözésnél használt műszereket autoklávózni kell. Zárófertőtlenítés: teljes fertőtlenítés a területileg illetékes ÁNTSZ irányításával.

e) *Egyéb teendők:* A fertőző forrást fel kell kutatni, és az eredményről a területileg illetékes hatósági állatorvost értesíteni kell. Munkahelyi fertőzés esetén a dolgozókat egy hétig meg kell figyelni; gyanús bőrfertőzés esetén azonnal penicillin-terápiát kell kezdeni.

8. *Megelőzés:* Állat-egészségügyi és munka-egészségügyi intézkedések (a fertőzésre gyanús gyapjú, bőrök stb. fertőtlenítése formaldehid gőzben vagy etilénoxidban feldolgozás előtt, fertőzésre gyanús anyagok érintésének megtiltása egyszerhasználatos gumikesztyű nélkül stb.). Anthraxos állat húsanak feldolgozása vagy elfogyasztása esetén 7 napig járványügyi megfigyelés és antibiotikus prevenció (penicillinnel) szükséges.

Botulizmus

BNO10: A5.10

1. *Kórokozó:* A Clostridium botulinum A, B, E és F típusú neurotoxint (botulotoxin) termelő biovariánsai. Európában, és így hazánkban is a B toxint termelő típus a leggyakoribb. Az A és E típusú toxin súlyosabb megbetegedést, a B toxin enyhe botulizmust okoz. Csecsemő-botulizmust az E típusú toxint termelő Clostridium butyricum és az F típusú toxint termelő Clostridium barati is okozhat. A toxin 100 °C-on 10 percen belül inaktiválódik. A spórák 100 °C hőmérsékleten több óráig életképesek maradnak, ezért a sütés után hosszabb ideig tárolt élelmiszerben (pl. hurkaféleségben) is termelhet az elszaporodó baktérium toxint.

2. *Fertőzés forrása:* A kórokozó spórái a talajban (beleértve a tengerfenék talaját) mindenütt jelen vannak. A talajból kerül a baktérium a zöldségfélékbe, földes áruba, mézbe is. A botulotoxint termelő Clostridium törzsek elhalt állati és növényi szövetekben képesek szaporodni és toxint termelni (szaprofita baktériumok), de bizonyos körülmények között az élő állatok (így a halak) bélflórájában is jelen vannak.

3. *Terjedési mód:*

a) Az élelmiszer eredetű botulizmus kialakulásához nem elegendő a C. botulinum emberi szervezetbe jutása, mivel sem a baktérium, sem a spórái a normál bélflórával rendelkező bélhuzamban nem szaporodnak (kivéve a csecsemőket). Az ételmérgezést olyan élelmiszer közvetíti, amelyben a kórokozó anaerob körülmények között elszaporodott és az általa termelt toxint tartalmazza.

b) Seb-botulizmust okozhat a sebbe került, anaerob körülmények között szaporodó kórokozó: talajjal szennyezett sebek, traumás sérülések, injekciós kábítószer-használat révén. A botulotoxin dermális expozíciója egyébként nem jelent veszélyt.

c) Bél-botulizmus: a csecsemők és a (műtét, antibiotikum-terápia miatt) megváltozott bélflórájú felnőttek vastagbélében a C. botulinum szaporodni képes, ezért a botulotoxin-mentes, de spórákat tartalmazó élelmiszerek (pl. méz) fogyasztása is okozhat megbetegedést.

d) A botulotoxin aeroszolizált formáját is leírták, mely inhalálva alkalmas szándékos bioterror cselekmény elkövetésére.

4. *Lappangási idő:* Az idegrendszeri tünetek az étel elfogyasztását követő 12–36 órán belül jelentkeznek.

5. *Fontosabb tünetek:* A botulotoxin gátolja az acetilkolin felszabadulását, amelynek jellegzetes petyhüdt bénulás a következménye. Élelmiszer eredetű és seb-botulizmus esetén szájszárazság, homályos, illetve kettőslátás, nyelési és beszédzavar, ptosis, a pupillareflex kiesése a jellemző, majd a kezdeti tüneteket szimmetrikus, leszálló típusú petyhüdt bénulás követi, végül légzésbénulás alakulhat ki. Láz és érzékelési zavarok nincsenek. Az ételmérgezést gastrointestinális tünetek kísérhetik (hasmenés, hányás, majd székrekedés). A bél-botulizmus típusos esetben székrekedéssel kezdődik, melyet letargia, étvágytalanság, ptosis, félrenyelés, hypotonia, néhány esetben légzési elégtelenség követ. A csecsemőkori botulizmus legtöbbször a 6 hónaposnál fiatalabb csecsemőket érinti, tüneteik igen változatosak lehetnek, a bénulástól a hirtelen csecsemőhalálig.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A botulizmus emberről emberre nem terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A botulizmust vagy annak gyanúját az észlelő orvosnak azonnal telefonon, faxon is jelentenie kell az ÁNTSZ – megbetegedés helye szerinti területileg illetékes – megyei intézetének és az OEK részére.

b) *Elkülönítés:* A beteget a szakszerű gyógykezelés biztosítása céljából intenzív osztállyal (lélegeztető készülék) rendelkező kórházba kell utalni, de elkülöníteni nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A betegről haladéktalanul, lehetőleg az antitoxikus terápia megkezdése előtt, kb. 20 ml alvadásgátló nélküli vért kell venni, és – előzetes telefonos értesítéssel egyidőben – futárral az OEK Bakteriológiai osztályára kell küldeni. Csecsemő-botulizmus gyanúja esetén székletmintát kell beküldeni. A gyanús élelmiszerből az ÁNTSZ illetékes városi intézetének munkatársa vesz mintát, és azt a területileg illetékes regionális élelmiszer-mikrobiológiai laboratóriumba küldi.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* A további megbetegedések elkerülése érdekében a gyanúsított étel fogyasztásának megtiltása. Közfogyasztásra kerülő élelmiszerek gyártása során az ételmezés-egészségügyi és technológiai szabályozások betartása, a szállítás és árusítás alatt az előírt tárolási és kezelési szabályok megtartása. A baktérium terjedésének megelőzése elsősorban település- és környezet-higiénés intézkedésekre alapul (belvizek, rágsálók elleni védekezés, szennyvízkezelés).

Brucellosis

(Bang-kór, máltai láz, unduláló láz stb.)

BNO10: A23

1. *Kórokozó:* *Brucella melitensis* (hazánkban leggyakrabban a *Brucella melitensis* biovarians abortus fordul elő az emberi fertőzésekben).

2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött állatok, elsősorban a tehén, kecske, juh és a sertés.

3. *Terjedési mód:* Emberről emberre nem terjed. Közvetlen érintkezés a fertőzött állatokkal, váladékaikkal, pl. ellésnél való segédkezés közben, vágóhídon vagy a fertőzött állatok tejének és tejtermékeinek fogyasztása (ez utóbbi esetben a brucellosis járványosan is előfordulhat).

4. *Lappangási idő:* Változatos, leggyakrabban 5–30 nap, esetleg hosszabb is lehet.

5. *Fontosabb tünetek:* Lassú kezdet, continua, intermitáló vagy szabálytalan lázmenet, erős izzadás, ízületi és izomfájdalmak, lép- és májduzzanat. Abortív esetek is előfordulnak. Gyakori a hónapokig, esetleg évekig tartó időtartó lefolyás.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó az állatok vizeletével vagy más váladékaival ürül. A kórokozó a nyers tejben, sajtnak hetekig életképes maradhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Értesíteni kell a fertőzés helye szerint illetékes hatósági állatorvost.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges. A szakszerű antibiotikus gyógykezelés érdekében a beteget az akut szakban lehetőleg kórházba kell utalni, mert a betegség kimenetele és a beteg munkaképessége az akut szakban alkalmazott helyes kezeléstől függ.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldendő alvadásgátló nélkül vett vérminta az ÁNTSZ területileg illetékes bakteriológiai laboratóriumába, illetve az OEK Bakteriológiai laboratóriumába immunszerológiai vizsgálatra.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A fertőző forrást fel kell kutatni, és erről a területileg illetékes hatósági állatorvost értesíteni kell.

8. *Megelőzés:* A brucellosis az állatgondozók, állategészségügyi és vágóhídi dolgozók foglalkozási betegsége. A fertőzés megelőzésére általános higiénés és munka-egészségügyi rendszabályokat kell foganatosítani. A beteg vagy fertőzésre gyanús állatokkal foglalkozók kötelesek védőruhát viselni (gumicsizma, gumikötény, gumikesztyű, munkaruha, sapka), s ezt a használat után gondosan fertőtleníteni kell. Ügyelni kell a munkahelyek tisztaságára, a gyakori kézmosásra és kézfertőtlenítésre. Terhes nők, 16 évesnél fiatalabbak és olyanok, akiknek kezén nyílt seb van, beteg állatok gondozásával nem foglalkozhatnak. A beteg és a betegségre gyanús állat tejét forgalomba hozni tilos. A tej helyben, forralás után csak állatok etetésére használható. Fertőzött és fertőzöttségre gyanús állat vagy ilyen állatot magába foglaló állomány teje a fogyasztónak közvetlenül nem adható el, és abból nem adható ki illetménytej sem. Az ilyen tejet feldolgozóüzembe kell szállítani, és a forgalomba hozatala előtt hőkezelti kell. A fertőzésnek kitett dolgozóktól megbetegedésük esetén akkor is vért kell küldeni agglutinációs vizsgálatra, ha a típusos tüneteik miatt a brucellosis gyanúja egyébként

nem merülne fel. Az ÁNTSZ-szel történt előzetes megálapodás alapján el lehet végezni az állattenyésztő gazdaságok dolgozóinak szerológiai szűrővizsgálatát.

Campylobacter enteritis

BNO10: A04.5

1. *Kórokozó:* A *Campylobacter* genusba 19 species, illetve subspecies tartozik. Humán klinikai jelentősége főként a *C. jejuni* és a *C. coli* törzseknek van.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy tünetmentes fertőzött házi és vadon élő állat, ritkábban a beteg ember. Legfontosabb rezervoárjai a szárnyasok.

3. *Terjedés módja:* A beteg vagy tünetmentes fertőzött állatok gondozása, húsanak, illetve termékeinek feldolgozása, kezelése, elégtelenül hőkezelt állati eredetű élelmiszerek fogyasztása, fertőzött állatokkal való közvetlen kontaktus útján.

4. *Lappangási idő:* 1–10 nap, rendszerint 3–5 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, gyengeség, fejfájás, izomfájdalom, gyermekeknél néha appendicitis vagy peritonitis gyanúját keltő hasi tünetek, hasmenés.

Csecsemőknél gyakran enyhe lefolyás ellenére is lehet véres a széklet, nagyobb gyermekeknél és felnőtteknél exsiccosishoz vezető choleraszerű tünetek is kialakulhatnak. A klinikai tünetek rendszerint nem tartanak tovább 10 napnál. A betegek zöme spontán gyógyul. Időnként visszaesések tapasztalhatók, főleg felnőttek között.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül. Kezeletlen esetekben a betegség kezdetétől a gyógyulást követő néhány hétig, kezelt esetekben néhány nap. Krónikus kórokozó-hordozás nincs.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget el kell különíteni. A klinikai gyógyulást követően székletbakteriológiai ellenőrző (felszabadító) vizsgálatot kizárólag azon személyeknél kell elvégezni, akik 0–6 éves gyermekek közösségébe járnak, vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végeznek; illetve akik hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek; köztéteztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak vagy anyatejet kezelnek. Az ilyen személyek a közösség/intézmény látogatását, illetve foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a gyógyulás (antibiotikus kezelés) után két nap múlva elkezdett, két egymást követő napon levett egy-egy székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredménnyel jár. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a székletbakteriológiai vizsgálatuk egy alkalommal negatív eredményt ad. A beteg, illetve a kórokozó-ürítő lakásából (háztartásá-

ból) közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, italok kivételét meg kell tiltani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A diagnosztikus vizsgálat kötelező, székletet kell küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába. Felszabadító vizsgálatra 7. A) b) pontban meghatározott munkakörökben dolgozók megbetegedése esetén van szükség.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg, illetve a betegségre gyanús személy környezetében folyamatos fertőtlenítést kell végezni. Ennek elsősorban a higiénés kézfertőtlenítésre, valamint a beteg székletének, illetve a székletszóródás során kontaminálódott textíliákra, evőeszközökre, ivóedényzetre, valamint a beteg által használt WC-re, illetve ágytápra kell kiterjednie. A zárófertőtlenítéskor az előzőeken kívül a betegszoba felületeit is fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg családi vagy intézeti környezetében élő személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett személyek közül kizárólag azoknál kell a megfigyelési idő alatt egy alkalommal székletbakteriológiai vizsgálatot végezni, akik a 7. A) b) pontban megjelölt intézményekbe járnak, illetve munkakörökben dolgoznak. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozásuk tartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti intézmények látogatásától, illetve munkakörüktől el kell tiltani a székletbakteriológiai vizsgálat negatív eredményéig.

8. *Megelőzés:* Kézmosás, hasmenéses állatokkal való érintkezés elkerülése. Élelmezés-, víz-, kórházhygiénés rendszabályok betartása.

Cholera

BNO10: A00

1. *Kórokozó:* A *Vibrio cholerae* O1 szerológiailag el nem különíthető két biotípusa: a klasszikus és az El Tor biotípus (mindkét biotípus felosztható: Ogawa és Inaba szerocsoportokra), valamint a *Vibrio cholerae* O139.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a vibrio hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Enterális úton terjed. A kórokozó terjesztésében a kontaminált ivóvíznek és a hőkezelés nélkül vagy nyersen fogyasztott élelmiszereknek van fontos szerepe. Kisebb jelentősége van a terjedésben a „piszkos kéz” mechanizmusának.

4. *Lappangási idő:* Néhány órától 5 napig, többnyire 2–3 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Tenesmus nélküli hasmenés, mely kezdetben formált, majd egyre vizesebbé, „rizslé” jellegűvé válik. A beteg a székletürítést nem képes szabályozni. Nausea nélküli hányás is jellemző. Súlyosabb formában hamarosan kialakulnak a kiszáradásra jellemző tünetek. Gyakori a csupán lazább székletürítéssel járó atípusos megbetegedés és a tünetmentes hordozás is. (A klasszikus cholera helyett jelenleg az enyhébb klinikai lefolyású El-Tor vibrio fertőzések dominálnak.)

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg a lappangási szaktól kezdve fertőző mindaddig, amíg székletével, hányadé-

kával vibriók ürülnek, általában a gyógyulást követő néhány napig. Előfordulhat azonban néhány hétig, néha hónapokig tartó intermittáló vibrióürítés is.

7. Teendők a betegség előfordulásakor:

A) Teendők a beteggel:

a) **Jelentés:** Be- és kijelentésre kötelezett. A betegséget vagy annak gyanúját azonnal telefonon, faxon is kell jelenteni az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint területileg illetékes megyei intézetének, valamint az OEK Járványügyi osztályának. Az első importált esetet és a betegség első honi eredetű esetét az OTH az Egészségügyi Világszervezetnek jelenti.

b) **Elkülönítés:** A beteget (gyanú esetén is) kórházi fertőző osztályon kell elkülöníteni. A cholera gyógyult személyt addig kell elkülöníteni, amíg a klinikai gyógyulás és az antibiotikum kezelés befejezése után 48 óra múlva elkezdett bakteriológiai székletvizsgálat 2 egymást követő napon negatív eredményt ad.

c) **Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:** Kötelező. A diagnosztikus és felszabadító vizsgálatot az OEK Bakteriológiai osztályán, illetőleg az ÁNTSZ területileg illetékes bakteriológiai laboratóriumában el kell végezni. Vizsgálatra székletet kell a betegtől venni, és azt tartályban, az előírásnak megfelelően becsomagolva, haladéktalanul, gépkocsin a laboratóriumba kell szállítani. A vizsgálati anyag beküldéséről a laboratóriumot telefonon előre értesíteni kell. Ha a székletminta a levétel után 2 órán belül feldolgozásra kerül, azt konzerváló szer hozzáadása nélkül, ha levétele és feldolgozása között 2 óránál több idő telik el, akkor a megyei intézettől igényelhető sós konzerváló oldatban kell beküldeni. Ez az utóbbi oldat az egyéb enteropathogen baktériumokat nem tartósítja, ezért a bakteriológiailag még nem igazolt cholera gyanúja esetén párhuzamosan natív székletmintát is kell küldeni a laboratóriumba. Formált széklet esetén 9 térfogatrész tartósító oldatba 1 rész székletet, folyékony széklet esetén 4 térfogatrész tartósító oldatba 1 rész székletet kell keverni.

d) **Fertőtlenítés:** Szigorított folyamatos és szigorított zárófertőtlenítés szükséges. Legfontosabb teendő a székletszóródás meggátlása, a széklet fertőtlenítése. A kórokozó érzékeny savas vegyhatásra, ezért mind a személyi (elsősorban kéz) fertőtlenítésre, mind pedig a környezetfertőtlenítésre a savas vegyhatásra beállított, klórhatóanyag-tartalmú dezinficienssek jönnek szóba (pl. savanyított kloramin-B vagy kloramin-T oldatok). A dezinfekció végrehajtása szempontjából elsősorban mindazon helyeket (WC, árnyékszékek, latrinák, talaj stb.), tárgyakat (ágytál stb.), valamint fehérneműket, ágyneműket kell fertőtleníteni, amelyek széklettel kontaminálódtak vagy kontaminálódhattak. Ezzel egyenlő fontosságú a kéz folyamatos dezinfekciója, melyet főleg a WC-használat után és étkezések előtt, illetve a betegápolás után szükséges elvégezni. Azokon a helyeken, ahol a cholera endémiás, igen fontos a nyersen fogyasztott gyümölcsök, zöldségfélék, indokolt esetben az ivóvíz dezinfekciója, illetve csupán lehántható héjú gyümölcsök (pl. banán, narancs) fogyasztá-

sa. Az ivóvizet fel kell forralni. Cholera vagy annak gyanúja esetén a szükséges fertőtlenítő tevékenységet a területileg illetékes megyei intézet kijelölt szakorvosa a helyszínen ellenőrzi. Rovarmentesség biztosítandó.

B) Teendők a beteg környezetében:

Azokat, akik a beteggel vagy betegségre gyanús személyekkel közvetlenül érintkeztek, fel kell kutatni, 5 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és el kell tiltani 0–6 éves gyermekközösségek látogatásától, ilyen közösségekben/intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkaköröktől, közfogyasztásra kerülő élelmiszerek és italok kezelésétől, a közétkeztetésben, vízművekben való munkától, anyatej adásától, anyatejgyűjtő állomásokon való foglalkozástól; a közvetlen betegellátás során betegélelmezésben való részvételtől, és a szájon át adott gyógyszerek kezelésétől. A beteg, illetve a kórokozó-ürítő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, italok kivételét meg kell tiltani. A járványügyi megfigyelés alá helyezett személyektől székletmintát kell venni (lehetőleg ellenőrzés mellett vett székletet, ha a megfigyelték száma miatt erre nincs mód, végbéltamponnal vett mintát) és bakteriológiai vizsgálatra kell küldeni. A székletminta levétele után azonnal el kell kezdeni a megfigyelték ellenőrzött antibiotikum kezelését (tetracyclin). A bakteriológiai vizsgálat során pozitívnak talált személyeket, mint vibrióhordozókat járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a vibrióhordozás időtartamára a fent említett munkaköröktől/tevékenységtől továbbra is el kell tiltani. A vibrióhordozó járványügyi ellenőrzésének megszüntetésére vonatkozó eljárás azonos a betegekre vonatkozó felszabadító vizsgálatnál.

8. **Megelőzés:** A cholera megelőzésében a jó személyi higiéné, a tisztaság, a településhigiénés és élelmezéshigiénés előírások betartása, a legyek elleni védekezés, a hatékony járványügyi intézkedések és az enterális fertőzések surveillance rendszerének a megszervezése a legfontosabb tényezők. Az Egészségügyi Világszervezet a cholera elleni védőoltást nem javasolja. Ha az utazó mégis védőoltásban részesül, a cholera oltás elvégzésével egyidejűleg az oltandó személyt az oltóanyag alacsony hatékonyságáról és a szükséges higiénés magatartásról fel kell világosítani.

Cryptosporidiosis

BNO10: A 04.2

1. **Kórokozó:** *Cryptosporidium parvum*

2. **A fertőzés forrása:** A sporulált oocystát ürítő házi-, kedvenc-, haszon-, vad- vagy laboratóriumi állat, illetve a beteg vagy kórokozót ürítő, tünetmentes ember.

3. **Terjedési mód:** A kórokozó feco-oralis úton terjed, közvetlen kontaktus, kontaminált víz, illetve élelmiszer fogyasztása révén.

4. **Lappangási idő:** Átlagosan 7 nap (1–12 nap).

5. **Fontosabb tünetek:** Híg, vizes hasmenés és görcsös hasi fájdalom. Rossz közérzet, étvágytalanság, hányinger, hányás és nem túl magas láz ritkábban fordul elő. Egészséges, felnőtt emberek a fertőzést követően többnyire tünet-

mentesen ürítik a kórokozót, klinikai tünetek leggyakrabban a 2 évesnél fiatalabb gyermekeknél jelentkeznek.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül, gyakran hónapokig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget a hasmenés fennállásáig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A széklet diagnosztikus laboratóriumi vizsgálata kötelező. Székletminta küldendő vizsgálatra az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés. A kezét és a beteg székletével szennyezett tárgyakat fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg környezetében élő azon személyeket, akik 0–3 éves gyermekek közösségébe járnak, vagy ilyen közösségekben/intézményekben a gyermekeket veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik egészségügyi intézmények ápolottjai, akik a betegellátás során étel- és gyógyszer-oztást végeznek, akik hőkezelés nélkül közvetlen fogyasztásra kerülő élelmiszereket kezelnek, közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak, anyatejet adnak/kezelnek, azokat hét napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. Ezen személyeket a járványügyi megfigyelés időtartamára munkakörüktől/tevékenységüktől el kell tiltani. Ezen személyek közösség/intézmény látogatását, foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha náluk a járványügyi megfigyelés alatt enterális tünetek nem jelentkeznek, és egy alkalommal vett székletmintájukból a kórokozó nem mutatható ki.

8. *Megelőzés:* Aspecifikus. A fertőződés elkerülésében fontos szerepet játszik a gondos személyi higiéné, az ivó- és fürdővíz, az élelmiszerek védelme a székletszennyeződéstől. Az ivóvíz minőségű víz előállításánál figyelemmel kell lenni arra, hogy a kórokozó a vízfertőtlenítés céljából rutinszerűen alkalmazott klórral szemben igen ellenálló.

Diphtheria

(Torokgyík)

BNO10: A36

1. *Kórokozó:* *Corynebacterium diphtheriae*.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes baktériumhordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, használati tárgyak, tej.

4. *Lappangási idő:* 2–5 nap, esetleg hosszabb.

5. *Fontosabb tünetek:* Lassú kezdet, láz, torok-diphtheriában a tonsillákon szürkésfehér álhártya, mely a garatívek és a hátsó garatfalra is áterjedhet, a nyaki nyirokcsomók duzzadtak, súlyos esetben nyaki oedema; gége-diphtheriában rekedt hang, ugató köhögés, nehéz légzés; orr-diphtheriában véres orrfolyás, orrnyílások körüli kimaródás. A diphtheria toxikus szövődményei: myocar-

ditis, peripheriás idegbénulások. A szabályosan immunizáltak kivételesen szintén megbetegedhetnek, atípusos, abortív formában.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a váladékokkal ürül (2–4 hét). Krónikus hordozás ritkán fordul elő.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Tennivalók a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A betegséget vagy annak gyanúját azonnal telefonon, faxon is jelenteni kell az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének, valamint az OEK Járványügyi osztálynak.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházi fertőző osztályon kell elkülöníteni. Az elkülönítés akkor szüntethető meg, ha az antibiotikus kezelés befejezése után 48 óra múlva elkezdett 2 napos időközzel, 2 alkalommal végzett bakteriológiai vizsgálat eredménye negatív. Ha a felszabadító vizsgálat eredménye pozitív, de a beteg klinikai állapota nem indokolja a kórházi elkülönítést, azt meg lehet szüntetni, azonban a gyógyult beteget a kórokozó-hordozás tartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és el kell tiltani a 0–6 éves gyermekközösségek látogatásától, kórházi sebéseti, szülészeti, egyéb műtéti és gyermekosztályon végzendő munkájától, valamint tejkezeléstől.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus, illetve felszabadító vizsgálat céljára a beteg torkából és orrából, egyéb lokalizáció esetén (vulva, sebdiphtheria) pedig ezekről a helyekről váladékot kell küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumába bakteriológiai és toxicitási vizsgálatra. (Ha a kitenyésztett törzs nem toxintermelő, további járványügyi intézkedésekre nincs szükség.) A vizsgálati anyag vétele előtt nem szabad helyi kezelést (torokecsetelést, öblítést stb.) végezni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges, főleg az orr- és torokváladékot, sebváladékot és az ezekkel szennyezett tárgyakat kell fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

a) A beteggel érintkezett személyeket az utolsó érintkezéstől számított 7 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá vett személyeket 7 napos (penicillin) erythromycin prevencióban kell részesíteni. Az antibiotikum prevenció megkezdése előtt orr-, torokváladékot kell venni fertőző forrás kutatás céljából. A járványügyi megfigyelés alá vett személyek munkaköri, közösségi látogatási korlátozásáról az OEK Járványügyi osztályával folytatott konzultációt követően kell dönteni.

b) A tünetmentes üritőket járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és antibiotikus kezelésben kell részesíteni.

c) A beteg környezetében élőket a legrövidebb időn belül aktív immunizálásban kell részesíteni: a 6 éven aluli gyermekek szükséges oltását az OEK Járványügyi osztályával történt megbeszélés alapján egyedileg kell mérlegelni.

8. *Megelőzés:* Védőoltás. Életkorhoz kötött kötelező oltások végzése.

Dysenteria**Amoebiasis**

BNO10: A06

1. *Kórokozó:* Entamoeba histolytica.2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.3. *Terjedési mód:* Székletszóródás, közvetlen érintkezés, piszkos kéz, élelmiszerek, ivóvíz, esetleg használati tárgyak útján.4. *Lappangási idő:* 2 naptól több hónapig, leggyakrabban 2–4 hét.5. *Fontosabb tünetek:* A betegség két alapvetően különböző formában jelentkezhet. A heveny bél-amoebiasis dysentériához hasonló béltünetekkel zajlik: tenesmus, gyakori nyálkás, véres széklet, ritkán láz kíséretében (amoebás dysenteria), de gyakori a krónikus lefolyás, változatos panaszokkal (hasi fájdalmak, elesettség, fogyás, székrekedéssel váltakozó gennyes hasmenés, pszichés zavarok stb.). Hosszabb tünetmentes szakaszok után recidívák is előfordulhatnak. Az akut és a krónikus forma – kezeletlen esetekben – fokozatos átmenetekben válthatja egymást. Az extraintestinalis amoebiasis különböző szerveket támadhat meg a bélből haematogén szórással vagy a nyirokutakon át: amoebás hepatitis, májtályog, pneumonia, tüdő-tályog, meningitis, agytályog stb. A tályogok perforálhatnak, de hónapokig idült formában is perzisztálhatnak.6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a protozoon a széklettel ürül.7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*A) *Teendők a beteggel:*a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Ha a beteg trópusi országból érkezett, ezt a bejelentőlap „Orvos megjegyzései” rovatában közölni kell.b) *Elkülönítés:* Csak a heveny bél-amoebiasisban szenvedő beteget kell a klinikai gyógyulásig elkülöníteni kórházban vagy otthon. Az elkülönítés addig tart, amíg a klinikai gyógyulás és az antibiotikus kezelés befejezése után 48 óra múlva elkezdett székletvizsgálat 2 egymást követő napon negatív eredményt nem ad. Ha a széklet vizsgálata a gyógyulás utáni 8. napon még mindig pozitív, az elkülönítés feloldható, de a gyógyultat járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, míg székletének ismételt vizsgálata nem ad egymás után következő napokon kétszer negatív eredményt. A járványügyi ellenőrzés alá vont személyt el kell tiltani 0–6 éves gyermekközösségek látogatásától, ilyen közösségekben/intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkaköröktől, közfogyasztásra kerülő élelmiszerek és italok kezelésétől, a közétkeztetésben, vízművekben való tevékenységtől, anyatej adásától, anyatejgyűjtő állomásokon való foglalkozástól, a közvetlen betegellátás során betegélelmezésben való részvételtől és a szájon át adott gyógyszerek kezelésétől. A beteg, illetve a kórokozó-űritő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, italok kivételét meg kell tiltani.c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra székletet kell beküldeni az

ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába vagy az OEK Parazitológiai osztályára. A vegetatív formák a lehűléssel szemben érzékenyek, 37 °C alatt 1–2 órán belül elpusztulnak, ezért tanácsos a vizsgálatot a mintavételt követő legrövidebb időn belül elvégezni. Szöveti amoebiasis gyanúja esetén szerológiai vizsgálatra alvadástgátló nélkül, sterilen vett vérmintát lehet az OEK Parazitológiai osztályára küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A beteg, illetve a betegsége gyanús személy környezetében minden WC-használat utáni és étkezés előtti higiénés kéz-fertőtlenítésen kívül legfontosabb teendő a széklet, illetve a széklettel kontaminálódott vagy kontaminálódhatott tárgyak (ágytál), textíliák (ágynemű, hálóruga stb.), helyiségek padló, esetleg falfelületeinek, berendezési tárgyainak (WC-kagyló, árnyékszékek) fertőtlenítése. Indokolt esetben, endémiás területen a nyersen fogyasztott gyümölcsöket klórtartalmú (pl. klóramin-B) dezinficiens oldatába kell beáztatni, majd a szükséges expozíciós idő eltelte után ivóvíz minőségű vízzel leöblíteni.B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel szoros otthoni környezetben élők székletének laboratóriumi vizsgálata a cystaűrités felderítésére. A beteggel közvetlenül érintkezett személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett azon személyeket, akik a 7. A) b) pontban megjelölt közösségekbe/intézménybe járnak, illetve munkakört/tevékenységet folytatnak, a közösség/intézmény látogatásától, illetve munkakörűktől/tevékenységüktől el kell tiltani. A közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket abban az esetben folytathatják, ha a megfigyelési idő 4. napja után egy alkalommal vett székletminta vizsgálata negatív eredményt adott. A szűrővizsgálat során pozitívnak bizonyult személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni. A fenti közösségek/intézmények látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletvizsgálat eredménye negatívvá válik.

8. *Megelőzés:* Kézmosás, élelmezés- és vízhygiénés rendszabályok betartása. Nyers salátafélék, zöldség csak mosva fogyaszthatók. Trópusi országokba történő utazás alkalmával a hámozatlan zöldségek és a nyers saláták fogyasztását kerülni kell. Enterális panaszok esetén a trópusokról hazatérők székletvizsgálata.**Shigellosis**

(Vérhas, bakteriális dysenteria)

BNO10: A03

1. *Kórokozó:* A Shigella genus A-D alcsoportokba sorolt tagjai. Leggyakrabban a Shigella sonnei és a Shigella flexneri, igen ritkán a Shigella dysenteriae és a Shigella boydii.2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezés, piszkos kéz, élelmiszerek, ivóvíz és fürdővíz, fertőzött tárgyak stb. útján.

4. *Lappangási idő:* 1–7 nap, leggyakrabban 1–3 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, bágyadság, hányás, gyakori híg, nyákos, esetleg gennyes, véres széklet, tenesmus. A S. sonnei által okozott esetek enyhébb lefolyásúak.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül (gyakran a klinikai gyógyulás után is).

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget otthon is el lehet különíteni, de ha erre nincs lehetőség, vagy ha a lefolyás súlyos, szövődményes, kórházi fertőző osztályra kell szállítani. Az elkülönítés addig tart, amíg a klinikai gyógyulás és az antibiotikus kezelés befejezése után 48 óra múlva elkezdett bakteriológiai székletvizsgálat 2 egymást követő napon negatív eredményt nem ad. Ha a széklet vizsgálata a gyógyulás utáni 8. napon még mindig pozitív, az elkülönítés feloldható, de a gyógyultat járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, míg székletének ismételt bakteriológiai vizsgálata nem ad egymás után következő napokon kétszer negatív eredményt. A járványügyi ellenőrzés alá vont személyt el kell tiltani 0–6 éves gyermekközösségek látogatásától, ilyen közösségekben/intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkaköröktől, közfogyasztásra kerülő élelmiszerek és italok kezelésétől; a közétkeztetésben, vízművekben való munkától, anyatej adásától, anyatejgyűjtő állomásokon való foglalkozástól; a közvetlen betegellátás során betegélelmezésben való résztvételtől és a szájon át adott gyógyszerek kezelésétől. A beteg, illetve a kórokozó-ürítő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, italok kivételét meg kell tiltani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Diagnosztikus és felszabadító székletvizsgálat kötelező. A mintákat az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézet bakteriológiai laboratóriumába kell küldeni. A diagnosztikus vizsgálatot a betegség kezdetén az antibiotikus kezelés előtt, a felszabadító vizsgálatokat a klinikai gyógyulás után, az antibiotikus kezelés befejezését követő 48 óra múlva kell megkezdeni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg vagy arra gyanús személy környezetében a folyamatos fertőtlenítésnek ki kell terjednie mindazon eszközre, tárgyra, felületre, mely széklettel, vizelettel szennyeződött vagy szennyeződhetett. A legfontosabb teendő a kéz fertőtlenítése, melyet folyamatosan a fertőzés megszűntéig mind a betegnek, mind a pedig az ápoló személyeknek végezniük kell főleg a WC-használat után, étkezések előtt, illetve a betegellátás, betegápolás befejeztével. Igen fontos a beteg által használt WC, illetve árnyékszék, ágytál, vizeletgyűjtő edény (kacsa) tartalmának váladékfertőtlenítő szerrrel való elegyítése, magának az edényzetnek, WC-kagylónak, ülőkének stb. beáztatá-

sos, lemosó módszerrel történő fertőtlenítése. Ugyanígy folyamatosan fertőtleníteni kell a beteg által használt evő- és ivóedényzetet, evőeszközöket, ételmaradékot. Beáztatással, illetve fertőtlenítő mosással kell fertőtleníteni a beteg, illetve az ápoló személyzet által használt textíliákat (ágynemű, hálóruga, védőköpeny, törülköző stb.). A beteg, valamint az ápoló személyzet folyamatos kézfertőtlenítése mellett, a betegszoba padlózatának, esetleg kontaminálódott bútorzatának, egyéb tárgyainak fertőtlenítése képezze a beteg vagy a betegségre gyanús személy környezetének dezinfekcióját.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg elkülönítését követően a beteggel közvetlenül érintkezett személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett azon személyeket, akik a 7. A) b) pontban megjelölt közösségekbe/intézménybe járnak, illetve munkakört/tevékenységet folytatnak, a közösség/intézmény látogatásától, illetve munkaköröktől/tevékenységüktől el kell tiltani. A közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket abban az esetben folytathatják, ha a megfigyelési idő 4. napja után egy alkalommal vett székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredményt adott. A szűrővizsgálat során pozitívnak bizonyult személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösségek/intézmények látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletbakteriológiai vizsgálat eredménye negatívvá válik. Gyermekközösségekben, intézményekben előforduló halmozott, járványos megbetegedések esetén (0–6 éves korig) 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni a szükség szerinti kiterjedésben, és el kell végezni valamennyi gyermek és dolgozó székletvizsgálatát. A baktériumürítőket ki kell tiltani, illetve a bentlakásos intézményekben el kell különíteni, amíg székletvizsgálati eredményük negatív eredményt nem ad.

Kórházi osztályon észlelt megbetegedés esetén az újszülött, koraszülött és csecsemőosztályokon az érintett ápolási egységre, halmozott előfordulás esetén az egész osztályra 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. El kell végezni a beteggel érintkezett személyek székletvizsgálatát, a tünetmentes kórokozó-ürítő ápoltakat el kell különíteni, a dolgozókat ki kell tiltani, amíg a székletvizsgálatok negatív eredményt nem adnak. Alapbetegségüktől függően a tünetmentes kórokozó-ürítőket haza lehet bocsátani, de a járványügyi ellenőrzést otthon folytatni kell. A beteg zárójelentésében fel kell tüntetni azt a dátumot, amikor a shigellosisban szenvedő beteggel utoljára érintkezett. Erről a városi intézetet is értesíteni kell. Egyéb kórházi osztályon a fenti rendszabályokat csak ismételt megbetegedések (kórházi járvány) esetén kell alkalmazni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok, tisztaság, kézmosás, élelmezés- és vízhygiénés előírások szigorú betartása. Fürdők és bentlakásos intézmények megfelelő higiénés rendszabályainak betartása.

Dyspepsia coli**Enteropathogen E. coli enteritis (EPEC)**

BNO10: A04.0

1. *Kórokozó:* Enteropathogen *Escherichia coli* (EPEC/*E. coli dyspepsiae*) szerocsoportjai; leggyakrabban O111 és O55, továbbá O26, O86, O119, O125, O126, O127, O128 stb.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg csecsemő és a tünetmentes kórokozó-hordozó.

3. *Terjedési mód:* Széklettel, hányadékkal, orr-, torokváladékkal, nyállal főleg enterális úton terjed, de közvetlen érintkezés, piszkos kéz, csecsemőápolási kellékek (pl. hőmérő, cumi), élelmiszerek (tápszerek), fürdővíz, legyek útján is.

4. *Lappangási idő:* Bizonytalan, 1–7 nap. A fertőzött csecsemő hosszabb ideig tünetmentes maradhat.

5. *Fontosabb tünetek:* Fokozatosan kezdődő étvágytalanság, majd egy-két alkalommal hányás, napi 3–6 habos, nyálkás, laza széklet. A só- és folyadékvesztés nincs arányban az általános állapot súlyosságával, inkább a toxikus tünetek dominálnak. A csecsemő öntudata megtartott, mégis érdeklődés nélkül, közönnyel fekszik, sápadt, apatikus. Előfordul magasabb lázzal és véres széklettel, nagy súlyvesztéssel járó kórkép is. Súlyos esetekben atrophia alakul ki. Gyakori szövődmény az otitis media, ritkábban pneumonia. Biztos kórisme csak laboratóriumi vizsgálattal, a kórokozó kitenyésztésével állapítható meg.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Az egy éven aluli csecsemő megbetegedése dyspepsia coli megnevezéssel be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteg és a kórokozó-hordozó csecsemőt a nem fertőzött csecsemőktől el kell különíteni, míg a klinikai gyógyulás és az antibiotikus kezelés befejezése után 48 órával elkezdett, 2 egymást követő napon vett székletminta vizsgálata negatív eredményt nem ad. Az elkülönítést lehetőleg fertőző osztályon kell végrehajtani. Ha erre nincsenek meg a megfelelő feltételek, a többi csecsemőtől jól elkülöníthető helyen kell ápolni, és az ápoláshoz külön személyzetet és eszközöket kell biztosítani. A csecsemő olyan gyermekosztályon is elkülöníthető, ahol csak egy évesnél idősebb és egyéb okok miatt (pl. atrophia) nem veszélyeztetett gyermekeket ápolnak.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A betegség korai szakában, az antibiotikus kezelés megkezdése előtt vett székletet vagy a végbélből vattapálccikával vett váladékát kell küldeni diagnosztikus vizsgálatra az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőzés terjedésében mindazon tényezők közrejátszanak, melyek a székletszóródás során a székletpartikulák átvitelére alkalmasak. Ezek közül fontossági szempontból elsősorban a kézre tapadt kórokozók jöhetnek szá-

mításba, mert a csecsemők ápolásakor a széklettel szennyezett pelenka kezelése maga után vonja a kezek szennyeződését. Ezért minden gondozási, ápolási tevékenység után, illetve annak megkezdése előtt ún. higiénés kézfertőtlenítés kötelező. Az etetéshez, itatáshoz alkalmazott gumiszopókák, etetőüvegek, illetve az étel, ital elkészítéséhez használt tárgyak fertőtlenítő mosogatását minden esetben el kell végezni. Otthoni ápolás esetén az etetőüveg (cumisüveg), valamint a gumiszopóka 30 perces forralással fertőtlenítendő, a betegellátó intézményben mindkét eszközt sterilizálni kell. A csecsemő ruházatát, pelenkáit fertőtlenítő oldatba történő beáztatással vagy fertőtlenítő mosással, valamint, ha erre lehetőség van, 30 perces forralással történő kifőzéssel kell fertőtleníteni. A beteg környezetében lévő tárgyakat, eszközöket – elsősorban a pelenkázó asztalt, járókát, az ágy mosható részeit, etetőasztalt – ugyancsak fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében (otthon ápoló csecsemő esetén):*

A beteg gondozóit és a környezetében élő csecsemőket 7 napig járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és ki kell tiltani csecsemők közösségének látogatásától és ilyen közösségekben/intézményekben csecsemők ellátásával kapcsolatos munkakörtől, az anyatej adásától és kezelésétől. A csecsemő, illetve a gondozó kitiltását addig kell fenntartani, míg a székletminta vizsgálata egy alkalommal negatív eredményt ad.

C) *Teendők a kórházi újszülött, koraszülött, illetve csecsemőosztályon vagy csecsemőket is gondozó gyermekintézményben történt megbetegedés esetén:*

A beteg környezetében lévő csecsemőket és dolgozókat 7 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és az intézményben, kórházi osztályon vagy – ha a gondozó személye nem közös más szobákéval – annak érintett szobájában felvételi zárlatot kell elrendelni. A székletvizsgálattal kapcsolatban a 7. B) pontban leírtak szerint kell eljárni. A zárlat alatt kibocsátottak zárójelentésében fel kell tüntetni a beteggel történt utolsó kontaktus időpontját, és megfigyelésüket a városi intézetnek kell folytatni. A felvétel megindulhat, ha a zárófertőtlenítés megtörtént, és a tünetmentes ápoltak és gondozók székletmintájának vizsgálata negatív eredményt ad.

8. *Megelőzés:* Általános egészségügyi és kórházhigiénés (zsúfoltság elkerülése, kéz- és környezetfertőtlenítés, védőruha, -eszköz, maszkviselés, megfelelő szennyeskezelés, tápszerekészítés stb.) rendszabályok betartása, valamint a járványügyi érdekből szükséges munkaalkalmassági vizsgálatok elvégzése. Csecsemőosztályokon ajánlatos felvételi részleg létesítése, ahonnan a csecsemőket csak enterális tünetmentességgel, esetleg negatív székletvizsgálati eredmény után szabad az osztályra áthelyezni. Az anyatejgyűjtő állomásokon minden dolgozónál, felvételüket megelőzően, az anyatejet adó anyáknál a tejadást megelőzően székletvizsgálatot kell végezni *E. coli dyspepsiae* kimutására.

Egyéb *E. coli* által okozott megbetegedés**Enterohaemorrhagiás *E. coli* enteritis (EHEC)**

BNO10: A04.3

1. *Kórokozó:* Az O157 szerocsoportú (pl. O157:H7, O157:H), továbbá egyéb nem O157 szerocsoportú (pl. O26:H11, O111:H8 stb.) verocitotoxint termelő *E. coli*.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó-hordozó állat (szarvasmarha, juh), ritkán ember.

3. *Terjedési mód:* Nem kellően hőkezelt (főként marhahús, nyers tej) vagy széklettel szennyezett élelmiszerek (pl. saláta, gyümölcslé), ivó-, illetve fürdővíz, tárgyak, piszkos kéz útján.

4. *Lappangási idő:* 3–4 nap (1–8 nap).

5. *Fontosabb tünetek:* Enyhe, vizes hasmenés, de súlyos, haemorrhagiás colitis is előfordulhat. Erős alhasi görcs, főként időseknél haspuffadás jellemző, láz rendszerint nincs, hányás ritkán jelentkezik. A hasmenés kezdete után 5–10 nappal jelentkezhet a haemolyticus uraemias syndrome (HUS), valamint a thrombotikus thrombocytopaenias purpura (TTP), melyek halálhoz is vezethetnek. Ezek a szövödmények leginkább a kisgyermeket és az idősek veszélyeztetetik.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül. A hosszan tartó hordozás ritka, de a kórokozó ürítése – főként gyermekeknél – hetekig tarthat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Egyéb *E. coli* által okozott megbetegedés-ként be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget otthonában vagy kórházban a hasmenés fennállásáig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A széklet diagnosztikus laboratóriumi vizsgálata kötelező. A diagnózis a székletből kitenyésztett törzsek toxintermelésének, illetve a toxinnak közvetlenül a székletből történő kimutatásán alapszik. Felszabadító vizsgálatot csak azon személyeknél kell elvégezni, akik 0–6 éves gyermekek közösségébe járnak, vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekellátással kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végeznek; illetve akik hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek, közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak vagy kezelnek. Az ilyen személyek a közösség/intézmény látogatását, illetve foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a gyógyulás (antibiotikus kezelés) után két nap múlva elkezdett, két egymást követő napon levett egy-egy székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredménnyel jár. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletbakteriológiai vizsgálatuk negatív eredményt ad.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A beteg székletével és váladékaival szennyezett tárgyakat fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg családi vagy intézeti környezetében élő személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett személyek közül kizárólag azoknál kell a megfigyelési idő alatt egy alkalommal székletbakteriológiai vizsgálatot végezni, akik a 7. A) c) pontban megjelölt intézményekbe járnak, illetve munkakörökben dolgoznak. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozásuk tartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti intézmények látogatásától, illetve munkakörüktől el kell tiltani a székletbakteriológiai vizsgálat negatív eredményéig.

8. *Megelőzés:* Kézmosás, az élelmiszerek védelme a székletszennyeződéstől, általános higiénés és élelmezés-egészségügyi rendszabályok betartása.

Enteroinvasív *E. coli* enteritis (EIEC)

BNO10: A04.2

1. *Kórokozó:* Az enteroinvasív *E. coli* szerocsoportjai, leggyakrabban az O124, de ritkábban más szerocsoportok is: O28ac, O112ac, O136, O143, O144, O152, O164, O167 stb.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a tünetmentes kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Széklettel szennyezett ivóvíz, élelmiszerek, közvetlen érintkezés útján.

4. *Lappangási idő:* Leggyakrabban 10–18 óra.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség rendszerint a shigellosishoz hasonló tünetekkel zajlik le: hasi fájdalommal, vizes, nyákos, véres hasmenéssel, de tenesmus nélkül.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Egyéb *E. coli* által okozott megbetegedés-ként be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget otthon is el lehet különíteni, de ha erre nincs lehetőség, vagy ha a lefolyás súlyos, szövödményes, kórházi fertőző osztályra kell szállítani. Az elkülönítés addig tart, amíg a klinikai gyógyulás és az antibiotikus kezelés befejezése után 48 óra múlva elkezdett bakteriológiai székletvizsgálat 2 egymást követő napon negatív eredményt nem ad. Ha a széklet vizsgálata a gyógyulás utáni 8. napon még mindig pozitív, az elkülönítés feloldható, de a gyógyultat járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, míg székletének ismételt bakteriológiai vizsgálata nem ad egymás után következő napokon kétszer negatív eredményt. A járványügyi ellenőrzés alá vont személyt el kell tiltani 0–6 éves gyermekközösségek látogatásától, közfogyasztásra kerülő élelmiszerek és italok kezelésétől, a közétkeztetésben, vízművekben, anyatejgyűjtő állomásokon való foglalkozástól, kórházi osztályokon betegélel-

mezésben való részvételtől és a szájon át adott gyógyszerek kezelésétől.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus és felszabadító vizsgálatra a székletmintát az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének bakteriológiai laboratóriumába kell küldeni. A diagnosztikus vizsgálatot a betegség kezdetén az antibiotikus kezelés előtt, a felszabadító vizsgálatokat a klinikai gyógyulás után, az antibiotikus kezelés befejezését követő 48 óra múlva kell megkezdeni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A beteg székletét, hányadékát, valamint váladékai-val szennyezett tárgyakat fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

a) A beteg elkülönítését követően a beteggel közvetlenül érintkezett személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett azon személyeket, akik a 7. A) b) pontban megjelölt közösségekbe/intézménybe járnak, illetve munkakört/tevékenységet folytatnak, a közösség/intézmény látogatásától, illetve munkakörüktől/tevékenységüktől el kell tiltani.

b) A közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket abban az esetben folytathatják, ha a megfigyelési idő 4. napja után egy alkalommal vett székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredményt adott. A szűrővizsgálat során pozitívnak bizonyult személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösségek/intézmények látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletbakteriológiai vizsgálat eredménye negatívvá válik.

c) Gyermekeközösségekben, intézményekben előforduló halmozott, járványos megbetegedések esetén (0–6 éves korig) 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni a szükség szerinti kiterjedésben, és el kell végezni valamennyi gyermek és dolgozó székletvizsgálatát. A baktériumürítőket ki kell tiltani, illetve a bentlakásos intézményekben el kell különíteni, amíg székletvizsgálati eredményük negatív eredményt nem ad.

d) Kórházi osztályon észlelt megbetegedés esetén az újszülött, koraszülött és csecsemőosztályokon az érintett ápolási egységre, halmozott előfordulás esetén az egész osztályra, 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. El kell végezni a beteggel érintkezett személyek székletvizsgálatát és a tünetmentes kórokozó-ürítő ápolatokat el kell különíteni, egyes meghatározott munkakörökben dolgozókat a foglalkozásuktól el kell tiltani, amíg a székletvizsgálatok negatív eredményt adnak. Alapbetegségüktől függően a tünetmentes kórokozó-ürítőket el lehet bocsátani, de a járványügyi ellenőrzést otthon folytatni kell. Ezért a beteg zárójelentésében fel kell tüntetni a dátumot, amikor az E. coli enteritisben szenvedő beteggel utoljára érintkezett. Erről a városi intézetet is értesíteni kell. Egyéb kórházi osztályon a fenti rendszabályokat csak ismételt megbetegedések (kórházi járvány) esetén kell alkalmazni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés és ételmezés-egészségügyi rendszabályok, ivóvíz-higiénia, munkaköri alkalmassági szabályok betartása.

Enterotoxikus E. coli enteritis (ETEC)

BNO10: A04.1

1. *Kórokozó:* Az E. coli enterotoxint (hőlabilis-LT és/vagy hőstabil-ST) termelő szerocsoportjai, pl. O6, O15, O20, O27, O78, O115.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Széklettel szennyezett élelmiszer és ivóvíz útján.

4. *Lappangási idő:* 10–72 óra.

5. *Fontosabb tünetek:* Koleraszerű, nagymennyiségű, híg, vizes széklet gyakori ürítése, hasfájás. Ritkán hányinger, hányás is jelentkezik. Láz rendszerint nincs.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Egyéb E. coli által okozott megbetegedésként be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget a klinikai tünetek fennállásáig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A székletmintát diagnosztikus vizsgálatra az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába kell küldeni. A diagnózis a székletből kitenyésztett törzsek toxintermelésének kimutatásán alapszik. Felszabadító vizsgálatot csak azon személyeknél kell elvégezni, akik 0–6 éves gyermekek közösségébe járnak vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekellátással kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik szociális, illetve egészségügyi intézmények ápolottjai/gondozottjai, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végeznek; illetve akik hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek, közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak vagy kezelnek. Az ilyen személyek a közösség/intézmény látogatását, illetve foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a gyógyulás (antibiotikus kezelés) után két nap múlva elkezdett, két egymást követő napon levett egy-egy székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredménnyel jár. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletbakteriológiai vizsgálatuk negatív eredményt adott.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőzés megelőzésében, valamint a fertőzés terjedésének meggátolásában elsősorban a kéz folyamatos fertőtlenítése a legfontosabb. Ugyancsak igen fontos a nyersen fogyasztandó élelmiszerek gondos mosása.

B) Teendők a beteg környezetében:

A beteg családi vagy intézeti környezetében élő személyeket 7 napi időtartamra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett személyek közül kizárólag azoknál kell a megfigyelési idő alatt egy alkalommal székletbakteriológiai vizsgálatot végezni, akik a 7. A) c) pontban megjelölt intézményekbe járnak, illetve munkakörökben dolgoznak. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozásuk tartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti intézmények látogatásától, illetve munkakörüktől el kell tiltani a székletbakteriológiai vizsgálat negatív eredményéig.

8. *Megelőzés:* Az általános higiénés és ételmezés-egészségügyi rendszabályok betartása, a járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben alkamassági vizsgálatok végzése.

Echinococcosis

BNO10: B67

1. *Kórokozó:* Echinococcus granulosus (lárvája az Echinococcus hydatidosus); Echinococcus multilocularis (lárvája az Echinococcus alveolaris).

2. *Fertőzés forrása:* A kutya, róka, farkas.

3. *Terjedési mód:* Enterális úton terjed. Fertőzött kutyák, rókák székletével ürülő petékkel szennyezett kéz, használati tárgyak, talaj, növényzet útján.

4. *Lappangási idő:* 1–2 hónaptól 1–2 évig.

5. *Fontosabb tünetek:* Az echinococcosis tünetei a lárva megtelepedési helyétől függnak. A lárva a vérárammal a májba (B67.0), tüdőbe (B61.1), agyba vagy más szervbe (B67.3) kerülhet. Az itt kifejlődő 5–15 cm vagy még nagyobb átmérőjű echinococcus-tömlő részben nyomási, részben általános tüneteket okoz, esetleg elgennyedhet vagy megrepedhet. Echinococcus alveolaris esetén a tömlő nyitott, lebenyes, szinte rosszindulatú daganatként szövi át a szervet és áttételeket is okozhat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre nem terjed.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett (csak a klinikai tünetekkel rendelkező személy jelentendő). Járványügyi értesítés a fertőzés helye szerint illetékes hatósági állatorvoshoz.

b) *Elkülönítés:* A beteget elkülöníteni nem kell.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra beküldendő alvadásgátló nélkül, sterilen vett vérminta az OEK Parazitológiai osztályára. Beküldhető az echinococcosis közvetlen kimutatására a műtétilag eltávolított tömlő vagy annak bennéke az OEK Parazitológiai osztályára vagy az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Állat-egészségügyi rendszabályok és a kutyákkal való foglalkozás esetén a higiénés szabályok betartása.

Encephalitis infectiosa**Encephalitisek**

BNO10: G05.1

1. *Kórokozó:* Különféle enterovírusok [Coxsackie A és B vírus egyes szerotípusai, echovírus (A87.0), Enterovírus 71 (A85.0), a herpes vírus (B00.3), adenovírusok (A85.1), LCM vírus (A87.2), CMV (B25.8), kullancsencephalitis vírusa (A84.1) stb.] Az aetiológia sokszor ismeretlen marad. Az encephalitis előfordulhat más vírusok okozta fertőző betegség szövődményeként is. Ilyenek az influenza, morbilli, varicella, rubeola, mumpsz, lyssa, poliomyelitis, az Epstein-Barr vírus okozta megbetegedések, a sárgaláz, dengue-láz és más (Orbi-, Toga-, Flavi-) vírus okozta fertőzések stb. Bakteriális és protozoon fertőzések is járhatnak encephalitis szövődménnyel: Mycoplasma pneumoniae, Toxoplasma gondii, Naegleria, trypanosomák stb. Ezeket a szövődményes eseteket a megfelelő betegségekre vonatkozó fejezetek ismertetik.

2. *Fertőzés forrása:* A kórokozótól függően a beteg és a kórokozó-hordozó ember vagy állat.

3. *Terjedési mód:* A kórokozótól függően enterális, légúti, haematogen terjedési módok fordulnak elő, széklet-szóródás, cseppfertőzés, rovarok csípése, állatharapás (lyssa, Herpes simiae), közvetlen érintkezés, fertőzött felszíni vizek (Naegleria) stb. útján.

4. *Lappangási idő:* A kórokozótól függően 2–14 nap, esetleg több.

5. *Fontosabb tünetek:* Az encephalitis tünetei a kórokozótól, az agyvelő károsodásának helyétől és mértékétől függően igen változatosak lehetnek. A gyulladás áttérhet a lágy agyburokra és a gerincvelőre (meningoencephalitis, encephalomyelitis), ami a tüneteket tovább befolyásolhatja. Az encephalitis főbb tünetei: kóros reflexek, paraesthesiák, ataxia, csuklás, alvászavarok, reszketés, öntudatlanságig fokozódó tudatzavarok, faciális bénulás, súlyos esetekben légzésbénulás, coma. A meningeális tünetek közül a fontosabbak: tarkómerevség, hányinger, hányás, a liquor nagy nyomással ürül, az üledék jellegzetes. A myelitis tünetei: bénulások, polineuritis stb. A Herpes simiae (B vírus) a majmokban okoz megbetegedést (M. rhesus), amelyek harapásától vagy nyálától az ember fertőződhet, a laboratóriumi dolgozók, állatgondozók súlyos lefolyású agyvelőgyulladásban betegedhetnek meg. Az Enterovírus 71 okozta encephalitisre a cerebelláris ataxia, a súlyos egyensúlyzavarok jelentkezése a jellemző, az ún. „rongybaba” szindróma.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A kórokozótól függően változik.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő. Az encephalitis szövődmények nyilvántartásba vétele végett az encephalitist akkor is külön be kell jelenteni, ha valamely más, egyébként szintén bejelentendő fertőző betegség szövődménye volt. Ilyenkor a bejelentőlap „orvos megjegyzései” rovatban közölni kell, hogy a beteget valamely más fertőző be-

tegséggel már bejelentették (pl. morbilli, mumpsz stb.). A kijelentőlapon fel kell tüntetni a laboratóriumi vizsgálatok eredményét vagy azt, hogy az aetiológia ismeretlen maradt.

b) *Elkülönítés*: Kórházban, a heveny tünetek lezajlásáig.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat*: A szerológiai vizsgálat kötelező, alvadásgátló nélkül, sterilén vett vérmintát, majd 3–4 hét múlva ismételt vérmintát kell küldeni az OEK Virologiai főosztályára, illetve az ÁNTSZ területileg illetékes Virologiai laboratóriumába. A szerológiai vizsgálatoknak csak a savópárban észlelt titeremelkedés esetén vagy IgM osztályú ellenanyag kimutatása esetén van diagnosztikus értéke. Vírusizolálás céljára (az első napokban) a lehető legkorábbi időpontban legalább 2 egymást követő napon székletet, torokmosó folyadékot, liquort kell küldeni az előzőekben felsorolt laboratóriumokba. Igen fontos a kísérőíraton a kórokozóra utaló gyanú megjelölése, mert kizárólag a célzott vizsgálat teszi lehetővé a laboratórium munkáját.

d) *Fertőtlenítés*: A beteg váladékait és a velük szennyezett tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell.

8. *Megelőzés*: Általános higiénés rendszabályok. Tüneti és posztinfekciós (szövődményes) encephalitisek esetén az alapbetegségre vonatkozó előírások az irányadók.

Kullancsencephalitis

(Kullancs által terjesztett agyvelőgyulladás)

Közép-európai kullancsencephalitis

BNO10: A84.1

1. *Kórokozó*: A Flaviviridae családba tartozó kullancsencephalitis vírus.

2. *Fertőzés forrása*: Rágcsálók, kisemlősök/ emlősök.

3. *Terjedési mód*: Közönséges kullancs (*Ixodes ricinus*) csípése (fertőzött kecske, juh, szarvasmarha frissen fejt, forralatlan teje, illetve ebből készült tejtermékek fogyasztása), porfertőzés kullancsok elporlott maradványainak belégzése útján.

4. *Lappangási idő*: 4–21 nap, leggyakrabban 1–2 hét.

5. *Fontosabb tünetek*: A klinikai kép rendkívül változatos. A megbetegedés típusosan két fázisú. Az első ún. „grippés” fázis néhány napig tartó lázzal, levertséggel jár, ezt néhány napos tünetmentes időszak követi, majd jelentkezik a második fázis magas lázzal és idegrendszeri tünetekkel. Leggyakrabban meningitis, ritkábban meningoencephalitis, myelitis alakul ki. Abortív esetekben az első fázist nem követi az idegrendszeri „lokalizációs” fázis. Az encephalitissal, myelitissal járó esetekben súlyos tünetek jelentkeznek (tudatzavar, bulbaris paralysis stb.), leggyakrabban a válllöv izmainak bénulása észlelhető következményes atrófiával. Endémiás területeken sok a tünetmentes átvészelés.

6. *Fertőzőképesség tartama*: Emberről emberre nem terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor*:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett. Ha a megbetegedést előzőleg „meningitis serosa” vagy „encephalitis

infectiosa” diagnózissal jelentették be, az aetiológia tisztázása után a bejelentést módosítani kell a kijelentőlapon.

b) *Elkülönítés*: A beteget kórházba kell utalni, de elkülöníteni nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat*: Kötelező. A betegség gyanúja esetén alvadásgátló nélkül, sterilén vett vérmintát, esetleg liquort kell küldeni szerológiai vizsgálatra az OEK Virologiai főosztályára. A vérvételt 2–3 hét múlva meg kell ismételni. Diagnosztikus értéke a savópár vizsgálata alapján megállapított titeremelkedésnek vagy a specifikus IgM kimutatásának van.

d) *Fertőtlenítés*: Nem szükséges.

8. *Megelőzés*:

a) *Nem specifikus*: Kullancsok elleni védekezés (riasztószerek, erdei dolgozóknál védőöltözet viselése), a bőrbe fúródott kullancsok mielőbbi eltávolítása.

b) *Specifikus*: Aktív immunizálás.

1. A foglalkozásuk körében veszélyeztetett (erdészeti, mezőgazdasági stb. dolgozók) személyek védőoltásáról a munkáltató köteles gondoskodni, inaktívált vakcinával. Az alapimmunizálás 2 részletét télen javasolt elkezdni, 1 hónapos intervallummal és egy év múlva a harmadik oltással befejezni. A hosszan tartó védettség biztosítása érdekében az alapimmunizálást követően háromévenként egy emlékeztető oltás szükséges.

2. Az endémiás területen élők, illetve oda szándékozni utazók orvosi vényre védőoltásban részesíthetők.

Enteritis infectiosa

(Fertőző hasmenés)

BNO10: 009.2

Esetdefiníció: Feltehetően fertőzőes eredetű, különböző súlyosságú enterális megbetegedés, melyet leggyakrabban hasmenés, hasi fájdalom, hányinger, hányás, láz vagy ezen tünetek egy része jellemez.

1. *Kórokozók*:

a) *Obligát enterális pathogén baktériumok*: Shigellák, Salmonellák, enterovirulens *E. coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*.

b) *Fakultatív pathogén baktériumok*: *Pseudomonas aeruginosa*, *Aeromonas*, nem-cholera vibriók, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*, illetve *perfringens*, *Enterococcus faecalis*, *Bacillus cereus*, *Serratia*.

c) *Paraziták*: *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Trichinella spiralis*, bélférgék.

d) *Vírusok*: Rotavírus, Norwalk, astro-, calici-, corona-, enterális adenovírusok stb.

2. *Fertőzés forrása*: A beteg és a tünetmentes ürítő ember, bizonyos esetekben állat.

3. *Terjedési mód*: Székletszóródással, élelmiszerek, esetleg ivóvíz, fürdővíz közvetítésével, közvetlen érintkezéssel, közösségekben fertőzött tárgyak útján.

4. *Lappangási idő*: A kórokozótól függően 1–7 nap.

5. *Fontosabb tünetek*: Hányás, hasmenés, vizes, esetleg nyákos, ritkán véres széklettel, lázzal. Koraszülöttek, csecsemők, leromlott szervezetű idős személyek enterocoliti-

se súlyosabb lefolyású lehet, a folyadékvesztés miatt exsiccosis alakulhat ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A heveny szak alatt és utána, amíg a kórokozó a széklettel ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Ha az orvos a hasmenést fertőzéses eredetűnek tartja, a megbetegedést – a mielőbbi elkülönítés és egyéb járványügyi intézkedések érdekében – „enteritis infectiosa” diagnózissal be kell jelenteni. A kijelentőlapra fel kell tüntetni az elvégzett mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok eredményeit. Ha a bakteriológiai vizsgálat utóbb valamelyik egyéb bejelentésre kötelezett enterális fertőző betegség kórokozóját igazolja (Shigella, Salmonella stb.), azt az enteritis infectiosa kijelentőlapján kell közölni, és a továbbiakban a kimutatott kórokozónak megfelelő betegségre vonatkozó rendelkezések szerint kell eljárni.

b) *Elkülönítés:* A beteget a heveny tünetek lezajlásáig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra a székletet az ÁNTSZ területileg illetékes mikrobiológiai laboratóriumába kell küldeni, az obligát enterális pathogen baktériumok, valamint a megbetegedés körülményeinek ismeretében gyanúba került más kórokozók (vírusok, paraziták) aetiológiai szerepének tisztázása céljából.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőzés megelőzésében, valamint a fertőzés terjedésének megállításában a kéz folyamatos fertőtlenítése a legfontosabb. Ugyancsak fontos a nyersen fogyasztandó élelmiszerek (gyümölcs-, zöldségfélék stb.) gondos lemosása.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A megelőző intézkedéseket már a tünetek megjelenésekor, még az aetiológia (mikrobiológiai diagnózis) tisztázása előtt meg kell tenni. A beteg családi vagy intézményi környezetében 7 napra járványügyi megfigyelés alá kizárólag azon személyeket kell helyezni, akik 0–6 éves gyermekek közösségébe járnak, vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak; akik szociális, illetve egészségügyi intézmények ápolói/gondozottjai, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végeznek; illetve akik hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek: közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak, vagy anyatejet kezelnek. Ezen személyeket a járványügyi megfigyelés időtartamára munkakörüktől/tevékenységüktől, 0–6 éves gyermekközösség látogatásától el kell tiltani. Az ilyen személyek a közösség/intézmény látogatását, illetve foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a megfigyelési idő alatt az enteritis infectiosával bejelentett beteg székletéből pathogen kórokozó nem volt kimutatható, valamint a járványügyi megfigyelés ideje alatt enterális fertőzésre utaló tünetek nem jelentkeztek. Ha a betegnél a diagnosztikus vizsgálat során

jelentésre kötelezett fertőző betegség kórokozóját mutatták ki, a környezetében élőknél a megállapított fertőző betegségre vonatkozó rendelkezések szerint kell eljárni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés, kórházhigiénés és munkaalkalmassági rendszabályok betartása, különös tekintettel a kézmosásra, az élelmiszerek, ivóvíz szennyeződéstől való védelmére.

Vírusos gastroenteritisek

BNO10: A08

Adenovírusok okozta gastroenteritis

BNO10: A08.2

1. *Kórokozó:* A Mastadenovirus genus F subgenusába tartozó 40 és 41 szerotípusú adenovírusok, környezeti hatásokkal szemben közepesen ellenállóak.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Széklettel szennyezett tárgyak, élelmiszer, ivóvíz, piszkos kéz, cseppfertőzés útján. A széklettel nagy mennyiségű vírus ürül (109–1011/g széklet).

4. *Lappangási idő:* Kb. 7 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Enyhe lázzal, felsőlégtüti tünetekkel, kb. 9 napig hasmenéssel, kb. 2 napig hányással járó, átlagosan 8–12 napig (a 41 szerotípusnál hosszabb, 14 napig) tartó megbetegedés. A betegek nagy része 3 évesnél fiatalabb. A betegség lezajlása után hosszabb ideig tartó laktóz-intolerancia alakulhat ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A tünetek idején, illetve amíg a vírusok a széklettel ürülnek.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor és a beteg környezetében; megelőzés:* Az enteritis infectiosa összefoglaló megnevezés alatt meghatározottak szerint.

Norwalk vírus okozta gastroenteritis

BNO10: A08.1

1. *Kórokozó:* A Caliciviridae családba tartozó Norwalk vírus. Világszerte elterjedt, a környezeti hatásokkal szemben ellenálló (sav, hő, klór).

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Feltehetően fecal-oral, de közösségekben kontakt módon, élelmiszer és ivóvíz útján, illetve légúti terjedés is lehetséges.

4. *Lappangási idő:* Általában 24–48 óra (10–50 óra).

5. *Fontosabb tünetek:* Rossz közérzettel, hőemelkedéssel, hányingerrel, hányással (főként gyermeknél), hasmenéssel (jellemzőbben felnőttél), fejfájással, hasi és izomfájdalommal vagy ezek kombinációjával járó megbetegedés, mely enyhe lefolyású, gyakran járványos formában jelentkezik. A fertőzés két éves kor alatt általában tünetmentes.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A tünetek fennállása alatt, illetve azok megszűnése után kb. 48 óráig.

Teendők a betegség előfordulásakor és a beteg környezetében; megelőzés: Az enteritis infectiosa összefoglaló megnevezés alatt meghatározottak szerint.

Rotavírus okozta gastroenteritis

BNO10: A08.0

1. *Kórokozó:* A Reoviridae családba tartozó rotavírus A, B és C szerocsoportja (a többi szerocsoport állatokban okoz csak megbetegedést). A VP7, illetve VP4 felszíni antigének alapján G és P szerotípusa ismert. A környezeti hatásokkal szemben ellenálló, de a klór inaktíválja.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Valószínűleg fecal-oral, továbbá kontakt terjedés széklettel szennyezett kéz útján vagy a légutakon keresztül. Adatok vannak szennyezett víz okozta fertőzésekre is.

4. *Lappangási idő:* Kb. 24–72 óra.

5. *Fontosabb tünetek:* Főként csecsemők és kisgyermekek lázzal, hányással, vizes hasmenéssel, gyakran súlyos, néha dehidrációhoz vezető tünetekkel jelentkező megbetegedése, kifejezett őszi-téli megjelenési gyakorisággal. A nosocomialis gastroenteritisek nagy része rotavírus fertőzés. Az újszülöttek fertőzése gyakran tünetmentes, illetve tünetszegény.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A betegség heveny szakában (átlagosan 4–6 nap), és később mindaddig, míg a vírusürítés tart. A vírus általában nem mutatható ki a fertőzés 8. napja után, de 30 napon túl tartó ürítést is kimutattak immunkárosodott betegeken.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a betegnél:*

a) *Jelentés:* Enteritis infectiosa diagnózissal be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteg elkülönítése kötelező a tünetek lezajlásáig.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálatok:* Igénybe vehető. Székletminta küldhető az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába virológiai vizsgálatok céljából.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg váladékaival szennyezett tárgyak, kéz folyamatos fertőtlenítése szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg környezetében élőket 7 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és el kell tiltani az élelmiszerekkel, italokkal, ivóvízzel, gyógyszerekkel, gyógyhatású készítményekkel, anyatejjel való közvetlen tevékenységtől, 0–3 éves gyermekközösségek látogatásától, illetve az ott való munkától, 0–6 évesek, immunkárosodottak egészségügyi intézményeiben az ápolói, gondozói munkakör betöltésétől. Bentlakásos intézményben, kórházi osztályon előfordult megbetegedés esetén az intézményben, osztályon vagy jól elkülöníthető körülmények között a szobára vonatkozóan 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. Az ez idő alatt kibocsátottak zárójelentésén a beteggel való kontaktust fel kell tüntetni, és a járványügyi megfigyelés folytatása érdekében értesíteni kell a városi intézetet.

8. *Megelőzés:* A személyi, kórházhigiénés és élelmiszer-egészségügyi rendszabályok betartása.

Giardiasis

BNO10: A07.1

1. *Kórokozó:* Giardia lamblia.

2. *Fertőző forrás:* Fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Enterális úton, közvetlen érintkezés, ivóvíz, élelmiszerek, piszkos kéz útján.

4. *Lappangási idő:* 1–2 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Változatos gastroenterális tünetek (étvágytalanság, gyomor- és bélpanaszok, fejfájás, szédülés, rendetlen székürítés). Gyermekeknél gyakori az anaemia. A fertőzés gyakran tünetmentes.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a protozoonok a bélben jelen vannak.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Ha enterális tüneteket okoz, akkor enteritis infectiosaként be- és kijelentésre kötelezett. A kijelentőlapra fel kell tüntetni a parazitológiai laboratóriumi vizsgálat eredményét.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra küldendő székletminta, esetleg duodenális nedv az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába vagy az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A beteg körüli fertőtlenítési teendők közül a legfontosabb a reinfekció, illetve a peték átvitelének megakadályozása. Ennek megfelelően a kéz, illetve a köröm alá került peték – meleg, folyóvízzel, szappannal és főleg körömkefével végzett – kézmosással távolíthatók el. A beteg által használt fehérneműket, ruhaneműket 30 percig történő forrással végzett kifőzéssel, a nem mosható felsőruházatot lehetőleg gőzöléssel végzett, forró vasalással kell fertőtleníteni. Tárgyakat, padlózatot hatásos fertőtlenítőszerekkel kell fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:* Széklet szűrővizsgálat, a fertőzött személyeket a beteggel egyidejűleg javasolt gyógykezelni.

8. *Megelőzés:* Általános személyi higiénés rendszabályok betartása, székletszóródás megakadályozása. Trópusi területen palackozott víz fogyasztása.

Febris flava

(Sárgaláz)

BNO10: A95

1. *Kórokozó:* A sárgaláz vírusa a Flaviviridae családba tartozik.

2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött ember (városi sárgaláz), majom, esetleg más állat (erdei sárgaláz).

3. *Terjedési mód:* A szúnyogok vérszívás útján fertőződnek és fertőzöttek maradnak egész életükön át, és szúrással terjesztik a kórokozót. A városi sárgaláz vektora

az *Aedes aegypti*, a dzsungelben más szúnyog is lehet. Trópusi országokban fordul elő (Afrika, Dél-Amerika). Afrikában 15 fok É-i és 10 fok D-i szélességi körök területén. A fertőzés emberről emberre közvetlenül nem terjed.

4. *Lappangási idő*: 3–6 nap.

5. *Fontosabb tünetek*: Hidegrázás, magas láz, fej- és hátfájás, hányinger, hányás, vérzéses tünetek (orrvérzés, vérhányás, véres széklet stb.) is kialakulhatnak. A sárgaság a betegség kezdetén enyhe, később intenzívebbé válik. Abortív esetek gyakoriak.

6. *Fertőzőképesség tartama*: A beteg vére a tünetek megjelenése előtt, kb. 2 nappal és a lázas szak első 3–5 napján fertőzőképes. A szúnyog a fertőzött vér szívása után 9–12 nap múlva válik fertőzőképpé és marad fertőző egész élete folyamán. A szúnyog kb. 30 napig él.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor*:

A) *Teendők a beteggel*:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett. Faxon vagy telefonon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának, az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének. A megbetegedésről az Egészségügyi Világszervezetet az OTH tájékoztatja.

b) *Elkülönítés*: A beteget szúnyogmentes körülmények között, kijelölt kórházban (Fővárosi Szent László) kell gyógykezelni.

c) *Járványügyi laboratóriumi és virológiai diagnosztikai vizsgálat*: Kötelező, az OEK Virologiai főosztályával telefonon történt előzetes megbeszélés alapján.

d) *Fertőtlenítés*: Nem szükséges, de a szúnyogmentes-ség biztosítandó.

8. *Megelőzés*: Szúnyogtenyésztő helyek ellenőrzése, az *Aedes aegypti* vagy lárvái előfordulására nézve (főleg repülőterek, kikötők környékén). Szúnyogirtás a sárgaláz övezetből érkező repülőgépeken az Egészségügyi Világszervezet előírásai szerint. Védőoltás (lásd 9. pont).

9. *Eljárás nemzetközi forgalomban*: Az Egészségügyi Világszervezet évenként tájékoztatót ad ki azokról az országokról, amelyek a beutazóktól sárgaláz elleni védőoltást igazoló bizonyítványt kívánnak. Magyarországon a sárgaláz elleni oltásokat kizárólag az OEK Nemzetközi Oltóközpontja végzi, nemzetközi érvényű oltási bizonyítványt is csak az OEK Nemzetközi Oltóközpontja adhat ki. Az oltási bizonyítvány az első oltás utáni 10. naptól, illetőleg az újraultás napjától számítva 10 évig érvényes.

Febris recurrens

(Visszatérő láz)

BNO10: A68.0

1. *Kórokozó*: *Borrelia recurrentis* (Spirocheta Obermeyer).

2. *Fertőzés forrása*: A beteg ember.

3. *Terjedési mód*: A betegséget a ruhatetű terjeszti, amely a fertőzött vér szívása után 4–5 nap múlva lesz fertőzőképes és egész életén át (20–40 napig) fertőző. A visszatérő láz kétféle formában fordul elő, Európában a tetű által terjesztett visszatérő láz és Európán kívül a kul-

lancsok által terjesztett – inkább endémiás jellegű – forma. Utóbbinak a kórokozói a *B. duttoni*, *B. persica* stb. (A kulancsok által terjesztett visszatérő láz lappangási ideje rövidebb, s a lázas rohamok többször ismétlődnek.)

4. *Lappangási idő*: 3–14 nap, legtöbbször 7 nap.

5. *Fontosabb tünetek*: A betegség hidegrázással kezdődik, a láz 2–9 napig tart, majd 2–4 napos láztalan szakasz következik. Kezeletlen esetekben a láz 2–10 alkalommal is visszatérhet. A máj és a lép megnagyobbodik, a beteg bőrének a színe enyhén sárga, a sárgaság súlyos esetben fokozódik. Az arcon és a vállakon átmenetileg bőrpír és petechiák keletkezhetnek.

6. *Fertőzőképesség tartama*: Amíg a vérben borreliák keringenek, rendszerint a klinikai tünetek fennállásáig. Emberről emberre közvetlenül nem terjed.

7. *Teendők betegség előfordulásakor*:

A) *Teendők a beteggel*:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett. Faxon vagy telefonon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának, az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének. A megbetegedésről az Egészségügyi Világszervezetet az OTH tájékoztatja.

b) *Elkülönítés*: A beteget azonnal ható eljárással történt tetvetlenítés után fertőző osztályon kell elkülöníteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat*: Kötelező. Beküldendő tárgylemezen kihúzott vérkenet és vastag-csepp az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés*: Tetvetlenítés azonnal ható eljárással és a tetűmentes állapot fenntartása.

B) *Teendők a beteg környezetében*:

Tetvetlenítés és a tetűmentes állapot fenntartása. A tetvetlenítést azonnal ható módszerrel kell végrehajtani. A beteg környezetében élő személyeket 14 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A megfigyelést rendszeres tetvességi vizsgálatokkal kell kiegészíteni. Ha a tetűmentes állapot fenntartása nem biztosítható, 14 napra járványügyi zárlatot kell elrendelni.

8. *Megelőzés*: Tetvesség elleni védekezés, rendszeres tetvességi vizsgálatok az eltetvesedés megakadályozására, tetvetlenítés. A fertőzött vér laboratóriumi feldolgozása-kor védő rendszabályok betartása.

Fertőző spongiform encephalopathiák

Subacut spongiform encephalopathiák

(Fertőző szivacsos agyvelőbántalmak)

BNO10: A81

Transmissibilis spongiform encephalopathiák (TSE)

(Átvihető szivacsos agyvelőbántalmak)

A fertőző spongiform encephalopathia (subacut spongiform encephalopathia, transmissibilis spongiform encephalopathia) prionok által okozott, az embert és számos emlős állatfajt érintő, a központi idegrendszer progresszív, degeneratív elváltozásával járó halálos kimenetelű betegségek gyűjtőneve. Az egyes kórformák főbb klinikai tüne-

tei hasonlóak, azonban az agyban megfigyelhető patológiai elváltozások részben eltérőek. E betegségekre az agy szürkeállományában mikroszkópos nagyságrendű üregek keletkezése és kóros prion fehérjék felhalmozódása jellemző. Laboratóriumi körülmények között a TSE betegségben szenvedők különféle szöveteivel, illetve azok kivonatával egyes állatfajok fertőzhetők.

Esetdefiníció: progrediáló dementiával, extrapiramidális mozgászavarral (leggyakrabban myoclonus), kisagyi tünetekkel járó kórkép. Az EEG eltérés bizonyos kórformákban jellegzetes.

Jelenleg öt humán prionbetegség ismert: Creutzfeldt-Jakob-betegség (CJB), a variáns Creutzfeldt-Jakob-betegség (vCJB), a Gerstmann-Straussler-Scheinker-betegség (GSSB), a fatális insomnia (FI) és a kuru.

A legnagyobb epidemiológiai jelentősége a vCJB-nek van.

1. Kórokozó: Egy kóros fehérje (prion), mely egy, az egészséges szervezetben főként az idegrendszerben megtalálható celluláris fehérje (ún. prion protein – PrP) kóros, izoform változata. Az ágens saját nukleinsavat nem tartalmaz. A prion megváltoztatja a normál celluláris fehérje szerkezetét, így azt is kórossá teszi, és ez a folyamat láncreakciószerűen folytatódik. A prion az enzimek számára csak részben lebontható, így felhalmozódik, és szöveti destrukciót hoz létre.

2. A fertőzés forrása: A beteg és a priont hordozó tünetmentes ember vagy állat.

3. Terjedési mód: Az esetek többségében ismeretlen, ritkábban örökletes (familiáris CJB, GSS és familiáris FI) vagy parenterális/nosocomiális. A kóros fehérje legnagyobb mennyiségben az agyban, a gerincvelőben és a szemben van jelen. A liquor, a nyirokszervek, a vese, a máj, a tüdő és a placenta fertőzőképessége alacsony. A nosocomiális terjedés a CJB esetén – speciális invazív orvosi beavatkozások révén, fertőzött szövetek (szaruhártya, dura mater) átültetése során, fertőzött szövetekkel, liquorral szennyezett orvosi eszközök (idegsebészeti eszközök, lumbálpunkciós tű, implantált elektródák stb.) közvetítésével, valamint agyalapi mirigyből kivont növekedési és gonadotrop hormon adagolásával jött létre.

A prionok bizonyos fajtái a parenterális terjedés mellett alimentáris úton is terjednek. A szarvasmarhák spongiform encephalopathiáját okozó ún. BSE prion az emberre is átvihető és vCJB-t okoz. A BSE prion a vékonybél alsó szakaszából felszívódva az immunrendszer elemeinek közvetítésével jut az idegrendszerbe. A kóros fehérje az esetek egy részében vCJB-ben szenvedő betegek nyirokszöveteiből, tonsillájából is kimutatható.

A vCJB emberről emberre való terjedése elsősorban nosocomiális fertőzésként feltételezhető, a vér fertőzést terjesztő szerepe sem zárható ki. A betegek bőrével, nyálkahártyájával történő érintkezés, a vizelettel, széklettel, nyállal és könnyel történő esetleges kontamináció nem jelent veszélyt a prionok akvirálása szempontjából.

4. Lappangási idő: A kóros fehérje a szervezetben évekig, évtizedekig lappanghat anélkül, hogy betegséget okozna. A lappangási idő függ a fertőződés módjától is.

5. Fontosabb tünetek: Lásd az esetdefiníciónál.

6. A fertőzőképesség tartama: A kóros fehérje szervezetben történő megjelenésétől kezdődően a beteg haláláig tart. Valószínűsíthető, hogy a beteg nosocomiális úton az inkubációs időben is fertőzőképes.

7. Teendők a betegség előfordulásakor:

A) Teendők a beteggel:

a) Jelentés: Be- és kijelentendő. A betegséget vagy annak gyanúját az észlelő orvosnak kell bejelentenie. A bejelentés alapja a klinikai és/vagy patológiai diagnózis. Az eset bejelentéséről az OEK értesíti az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) Neuropathológiai osztályát. Az OPNI a hozzá beérkezett (az OEK által nem ismert) új esetekről értesíti az OEK Járványügyi osztályát. Az OPNI az általa elvégzett vizsgálatok eredményéről, a betegség gyanújának megerősítéséről vagy kizárásáról tájékoztatja az OEK Járványügyi osztályát. Az értesülést követően az eset kivizsgálását az ÁNTSZ megyei intézetének epidemiológusa az erre a célra rendszeresített kérdőív alapján végzi. Ha a vizsgálat során megállapításra kerül, hogy a beteg donáció céljából vért adott, a véradás időpontjáról és helyéről értesíteni kell az Országos Vérellátó Szolgálatot.

b) Elkülönítés: A beteget sem otthonában, sem az egészségügyi intézményben nem kell elkülöníteni.

c) Diagnosztikus laboratóriumi vizsgálat: A biztos diagnózist csak post mortem, az agyszövet vizsgálata alapján lehet megállapítani. A kórbonctani és kórszövettani vizsgálat kötelező. A boncolás során eltávolított agyat az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Neuropathológiai osztályára kell küldeni. A mintákból a kóros prion protein immunhisztokémiai vagy Western blot technikával mutatható ki. Élő szervezetben a prion jelenléte nem igazolható, kivéve a vCJB eseteket, ahol a tonsillákból meg lehet kísérelni a kórokozó kimutatását.

Egyéb vizsgálatok: A liquor 14–3–3 fehérje vizsgálata, mely valószínűsítheti az élő, feltételezett beteg személyénél a CJB diagnózisát, továbbá a prion protein gén vizsgálata az OPNI Neuropathológiai osztályával történt egyeztetést követően elvégezhető.

d) Fertőtlenítés: A prionok mint rendkívül rezisztens, fehérjetermészetű anyagok, a szokásos fertőtlenítési vagy sterilizálási eljárásokkal nem inaktíválhatók.

Prionnal kontaminálód(hat)ott, vagy prionokat tartalmazó anyagok fertőtlenítése: A fertőzött anyagot (törül, egyéb textília stb.) elővákuumos autoklávban kell kezelni 134 °C hőmérsékleten, 206 kPa nyomáson, 1 órás behatási idő mellett.

Prionnal kontaminálód(hat)ott felületek (pl. boncasztal stb.) fertőtlenítése: A felületeket először 1 N nátriumhidroxid (NaOH) oldattal kell kezelni úgy, hogy a lúgosoldat a felületet mindenütt egyenletesen ellepje. Behatási idő 1 óra. Ennek letelte után a kezelt felületet vízzel alaposan le kell

öblíteni, majd elsősorban klór hatóanyagú fertőtlenítőszerrel dezinficiálást végzünk az adott készítménynél előírt koncentráció és behatási idő mellett.

Prionnal kontaminálód(hat)ott idegrendszeri vagy szemészeti beavatkozásokhoz, valamint boncoláshoz alkalmazott eszközök, műszerek fertőtlenítése: Az eszközöket, műszereket először 1 N nátrium-hidroxid (NaOH) oldatban áztatjuk 1 óráig, majd a lúgoldatot vízzel alaposan leöblítve a kezelt eszközöket, műszereket meg kell tisztítani, majd elővákuumos autoklávban 134 °C hőmérsékleten, 206 kPa nyomáson 1 órán át kezeljük.

Prionnal fertőzött kísérleti állatok tetemei, az alom, valamint a kadaver kizárólag elégetéssel (hamvasztással) fertőtleníthető. (Az eltemetett kadaver fertőzőképessége még 3 év múlva is megmarad!)

Az 1 N nátrium-hidroxid (NaOH) oldat készítése:

40 g nátrium-hidroxidot (NaOH) 1 literes mérőlombikba helyezünk, majd ezt desztillált vízzel az 1 literes jelig felöntjük, és megvárjuk, míg a nátrium-hidroxid maradék nélkül feloldódik. Nagyobb mennyiségű oldatszükséglet esetén a fenti arányt betartva készítjük el az oldatot. A nátrium-hidroxid oldatot felhasználás előtt mindig frissen kell készíteni.

B) Teendők a beteg környezetében:

Speciális járványügyi intézkedésre nincs szükség. Ha a rendelkezésre álló adatok a megbetegedés familiáris, örökletes jellegét támasztják alá, a genetikai vizsgálatok végzésére vonatkozóan a Neurológiai Szakmai Kollégium ajánlása szerint kell eljárni.

8. Megelőzés: A betegek ápolásakor a szokásos higiénés előírásokat be kell tartani. Az invazív beavatkozásokhoz egyszerűhasználatos eszközöket kell alkalmazni.

A prionok vérrel történő átvitele potenciális kockázatának csökkentése érdekében a donorszelekciós eljárások során a fertőző spongiform encephalopathiában vagy ismeretlen eredetű dementiában szenvedő betegeket és az olyan személyeket, akiknek családjában (vér szerinti rokonai között) a prionbetegségek bármelyike vagy annak gyanúja előfordult, a véradásból ki kell zárni. Nem adhatnak vért azok sem, akiket humán eredetű növekedési vagy gonadotrop hormonnal kezeltek, vagy akik emberből származó dura mater vagy cornea transzplantációban részesültek. A kockázati csoportokba tartozó személyek egyéb szervei és szövetei sem használhatók fel átültetés céljára. A humán és az állati eredetű szervek, szövetek felhasználásával történő gyógyszerkészítmények előállításakor a VII. Magyar Gyógyszerkönyv vonatkozó előírásait kell érvényesíteni. A munkáltatónak kötelessége gondoskodni a fertőzés veszélyének potenciálisan kitett munkavállalók (pl. laboratóriumi dolgozók, az állattenyésztésben és feldolgozásban foglalkoztatottak) egészségének védelméről.

A fertőző spongiform encephalopathiákkal kapcsolatos epidemiológiai kivizsgálás, továbbá a megelőző és kontroll tevékenység részletes leírását az OEK által kiadott Módszertani levél tartalmazza.

Creutzfeldt-Jacob-betegség (CJB)

(Subacut spongiform agyvelőbántalom)

BNO10: A81.0

Előfordulás: A betegséget az 1920-as évek elején írták le először. A világ azon országaiban, ahol regisztrálják, megközelítően azonos gyakorisággal (0,5–1 eset/1 millió lakos) fordul elő, leggyakrabban 55–75 éves korúak betegednek meg. A betegség átlagos lefolyása 4–7 hónap. Leggyakrabban (85%) szórványosan fordul elő, 10–15%-a családi halmozódás formájában jelentkezik. Ezt a formát a 20-as humán kromoszóma autosomalis, domináns módon öröklődő géndefektusa okozza. A fennmaradó esetek nosocomialis eredetűek.

Esetdefiníció:

CJB gyanúja merül fel, ha a betegnél a gyorsan progresszív dementia két évnél rövidebb ideje áll fenn, és emellett négy tünet (myoclonus, kisagyi tünetek/látászavar, piramis/extrapiramidális tünetek és akinetikus mutismus) közül legalább három megfigyelhető.

Valószínű a CJB diagnózisa, ha a gyorsan progresszív dementia két évnél rövidebb ideje áll fenn, és emellett a felsorolt négy tünet közül kettő jelen van; továbbá típusos EEG figyelhető meg, és/vagy a liquorból egy speciális fehérje (14–3–3 fehérje) kimutatható, és/vagy epidemiológiai adatok támasztják alá a prionbetegség gyanúját (családi halmozódás, illetve egészségügyi beavatkozás – idegsebészeti műtét, cornea-átültetés/szemészeti beavatkozás, agyalapi mirigyből kivont hormonnal történt kezelés – van a kórelőzményben), és nincs más alternatív diagnózis.

Bizonyított a CJB diagnózisa, ha az megfelel a „valószínű” eset feltételeinek, és a diagnózist kórszövettani vagy immunhisztokémiai (a prion kimutatása szövethől) vizsgálattal alátámasztották, vagy a génmutációt igazolták.

1. Kórokozó: A CJB prionja.

2. A fertőzés forrása: A CJB prionját hordozó tünetmentes vagy beteg ember.

3. Terjedési mód: A sporadikus esetek többségében nem ismert, a nosocomialis úton szerzett betegségben parenterális.

Fogékonyág: Az eddigi megfigyelések szerint meghatározott génszerkezet (a PrP gén egyes kodonjainak meghatározott ribonukleinsav sorrendje) hajlamosíthat a betegség kialakulására.

4. Lappangási idő: Pontos tartama nem ismert, nosocomialis terjedés esetén 15 hónap és 30 év között változik.

5. Fontosabb tünetek: A kezdeti időszakban figyelem-, illetve memóriazavar, fáradékonyság, nyugtalanság jelentkezik. A későbbiekben a gyorsan progresszív intellektuális leépülést súlyos neurológiai tünetek kísérik: ataxia, dysarthria, extrapiramidális tünetek (myoclonus). A végső stádiumban izomtónus-fokozódás lép fel akinetikus mutismussal társulva. Az EEG az esetek 75%-ában a betegségre jellemző, periodikusan jelentkező trifázisos hullámokat mutat az alaptevékenység fokozatos eltűnésével.

6. A fertőzőképesség tartama, 7. Teendők a betegség előfordulásakor és 8. Megelőzés: A fertőző spongiform

encephalopathiák összefoglaló megnevezés alatt meghatározottak szerint.

Variáns Creutzfeldt-Jakob-betegség (vCJB)

BNO10:

Előfordulás: A betegséget először Angliában írták le 1996-ban. Az eddigi megfigyelések szerint a klasszikus CJB-től eltérően általában fiatalabbak között (14–53 év) jelentkezik, a betegség lefolyása is hosszabb, átlagosan 14 hónap (7–38 hónap).

Esetdefiníció:

A vCJB gyanúja merül fel, ha az 50 évesnél fiatalabb betegnél az alábbi hat tünet közül öt megfigyelhető: kezdeti pszichiátriai tünetek (depresszió, szorongás, apátia, visszahúzódás, érzéksalódás); folyamatos paraesthesia/dysaesthesia az arcon, a végtagokon; ataxia; később chorea/myoclonus/dystonia; dementia; valamint akinetikus mutismus; továbbá a progresszív neuropszichiátriai rendellenesség több mint 6 hónapja fennáll, nem jellegzetes az EEG, nincs más alternatív diagnózis, és a kórtörténetben nincs nosocomialis expozíció. Mágneses rezonancia vizsgálattal szimmetrikusan magas jelintenzitás észlelhető a thalamusban.

Valószínűsíthető a vCJB, ha a megbetegedés megfelel a gyanús esetenél leírtaknak, továbbá a mágneses rezonancia vizsgálat jellegzetes eredményt mutat, és nem mutatható ki a PrP gén mutációja.

Bizonyított a vCJB, ha a megbetegedés megfelel a „valószínű” CJB eset feltételeinek, és kórszövettani vizsgálattal igazolható a diagnózis.

1. Kórokozó: A szarvasmarhák spongiform encephalopathiájának prionja.

2. Fertőző forrás: A BSE prionnal fertőzött szarvasmarha és az ember.

3. Terjedési mód: A fertőző spongiform encephalopathia címszó alatt leírtak az alábbiakkal egészülnek ki:

A kórokozó a fertőzött szarvasmarhák bizonyos szöveteinek (agy- és gerincvelő, szem, nyirokszervek és zsigerrek) fogyasztása révén terjed. A tej és a tejtermékek fertőzést közvetítő szerepe kizárható. A vCJB kórokozója állatról emberre valószínűsíthetően átvihető a fertőzött állatok szöveteivel szennyezett eszközökkel történő bőr/nyálkahártya-sérülések alkalmával is. A betegség emberről emberre nosocomialis úton terjedhet.

Fogékonyság: Nem általános, a vCJB-t eddig csak olyan egyéneknél figyelték meg, akiknek a PrP génje a 129 kodonban M/M homozigóta alléit tartalmaz.

4. Lappangási idő: Pontosán nem ismert, valószínűsíthető, hogy 1–2 évtől több évtizedig terjedhet.

5. Fontosabb tünetek: A korai pszichiátriai tünetek (magatartászavar, szorongás, depresszió) jellemzőek. A betegség kezdeti időszakában a végtagokon és az arcon paraesthesia, dysaesthesia jelentkezik. A mozgászavarok között az ataxia dominál. A myoclonus és a dementia csak később jelentkezik, majd kialakul az akinetikus mutismus.

Az EEG nem jellegzetesen periodikus, ugyanakkor a mágneses rezonancia vizsgálat kórjelző lehet, a thalamusban magas jelintenzitás észlelhető. Génmutáció nem mutatható ki. A neuropathológiai eltérések szembetűnően különböznek a klasszikus CJB esetekben észlelttől.

6. Fertőzőképesség tartama: Nem ismert.

7. Teendők a betegség előfordulásakor: Lásd a fertőző spongiform encephalopathia címszó 7. pontjában leírtakat.

8. Megelőzés: A lakosság, az állatállomány és az élelmiszerexport védelme érdekében bevezetett állategészségügyi intézkedéseket maradéktalanul be kell tartani. Emberi fogyasztásra csak az egészséges állatokból származó, állategészségügyi hatóság által engedélyezett élelmiszerek/termékek használhatók fel.

Gerstmann-Straussler-Scheinker-betegség (GSSB)

BNO10:

Előfordulása: Lassan progresszív, autosomalis, domináns öröklődésű betegség. Világszerte előfordul, bár 100-szor ritkábban, mint a Creutzfeldt-Jakob-betegség. Ez utóbbinál fiatalabb életkorban, 40 év körül jelenik meg, és lefolyása több évig (2–10 év) tarthat.

1. Fontosabb tünetek: A betegségre a kisagyi tünetek dominanciája és a dementia jellemző. A betegség progressziója törzsataxiához, dysarthriához, nystagmushoz, dementiahoz, parkinsonismushoz, süketiséghez, vaksághoz és merev bénuláshoz vezet.

2. Teendők a betegség előfordulásakor: A fertőző spongiform encephalopathia megnevezés alatt meghatározottak szerint.

Fatalis insomnia (FI)

BNO10:

Előfordulás: A legújabban felismert, gyorsan progresszív emberi prionbetegség, mely az esetek nagy részében dominánsan öröklődő, familiáris előfordulását. Megjelenhet 30-as, de akár 60-as éveiben járó személyekben is, de általában 40 éves kor körül alakul ki. A betegség lefolyásának átlagos időtartama 13 hónap.

1. Fontosabb tünetek: A betegség korai szakaszában a betegek nehezen tudnak elaludni, és visszatérő mozgászavarai vannak. Néhány hónap múlva alvásképtelenségig fokozódó alvászavar, myoclonus, sympathicus hyperaktivitás és dementia fejlődik ki.

2. Teendők a betegség előfordulásakor: A fertőző spongiform encephalopathia megnevezés alatt meghatározottak szerint.

Hepatitis infectiosa

[Vírusos májgyulladás (Vírushepatitis)]

BNO10: B15-B19

A vírushepatitis megnevezés különböző, elsődlegesen hepatotrop vírusok által okozott fertőzőes májartalmak gyűjtőneve. A jelenleg ismert ún. hepatitisvírusokat A-tól G-ig jelzik, azonban ez nem jelenti azt, hogy a fertőző májgyulladások valamennyi agensét identifikálták. A vírushe-

patitisek vezető heveny klinikai tüneteiben sok a hasonlóság, epidemiológiai sajátosságaikban, késői következményeikben azonban jelentős a különbség.

A vírusos májgyulladások a kórokozótól függően két fő formában terjednek: enterálisan és parenterálisan. Az aetiológiai diagnózist csak vírusszerológiai diagnózissal lehet tisztázni, azonban a beteg környezetében élő személyekkel kapcsolatos intézkedéseket azonnal, az akut vírushepatitis klinikai diagnózisának felállítása után meg kell tenni. Ennek megfelelően az elsődleges intézkedések az enterális úton terjedő vírushepatitisek megelőzésére irányulnak.

1. *Kórokozók:* Hepatitis A, B, C, D, E, valamint a non A-E vírusok (hepatotrop vírusok).

2. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* A fertőzéses eredetűnek tartott heveny májgyulladás hepatitis infectiosa megnevezéssel be- és kijelentésre kötelezett. A betegség kijelentésekor a fertőző beteg kijelentőlapon az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok a vírusszerológiai vizsgálat eredményét, az orvos megjegyzései rovatban pedig a virológiai vizsgálat eredménye szerinti diagnózist.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházi fertőző osztályra kell utalni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A betegtől alvadásgátló nélkül vett vérmintát kell küldeni az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes mikrobiológiai laboratóriumába vagy az OEK Virologiai Főosztályára virológiai vizsgálatra a hepatitis A, B, C aetiológia igazolása, illetve kizárása céljából.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, illetve a betegségre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítés esetén a hatásos módszer kiválasztásánál figyelembe kell venni, hogy a hepatitis A vírus jelentős termo- és kemorezisztenciával rendelkezik. A beteg környezetében a fertőtlenítésnek a folyamatos higiénés kézfertőtlenítésen kívül ki kell terjednie a beteg és az ápolója által használt textíliákra (ágynemű, alsónemű, fehérnemű, törülköző stb.), evőeszközökre, ivóedényzetre. Ezenkívül szükséges még a beteg által használt WC, fürdőkád, mosdókagyló, ágytál folyamatos fertőtlenítése, illetve minden olyan tárgy, eszköz, felület dezinfekciója, mely a székletszóródás révén fertőződött vagy fertőződhetett. Az egyes fertőtlenítő eljárásokhoz csak olyan dezinficiens készítmény alkalmazható, melynek címkéjén feltüntetett antimikrobiális spektrumban a virucid effektuson kívül a „hepatitis B inaktiváló hatás” effektus is szerepel.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

a) A beteggel szoros kapcsolatban lévő családi és közösségi kontakt személyeket 30 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és gamma-globulin védőoltásban kell részesíteni. Ezen személyek közül azokat, akik 0–6 éves gyermekek közösségébe járnak, vagy ilyen közösségekben/intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végez-

nek, illetve hőkezelés nélkül, közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek: közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak vagy kezelnek, a járványügyi megfigyelés időtartamára munkakörüktől/tevékenységüktől, a gyermekközösség látogatásától el kell tiltani.

b) A diagnózis etiológiai tisztázása után az intézkedéseket az adott betegség sajátossága szerint módosítani, illetve visszavonni szükséges.

Hepatitis A, (HA) A típusú hepatitis

(Heveny májgyulladás A)

BNO10: B15

1. *Kórokozó:* A Picornavírusok családjának Hepatovírus nemzettségébe tartozó Hepatitis A vírus (HAV).

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes fertőzőt személy.

3. *Terjedési mód:* Enterálisan, székletszóródással, széklettel szennyezett kéz, tárgyak, élelmiszerek, ivó- és fürdővíz útján.

4. *Lappangási idő:* 15–50 nap, leggyakrabban 28–30 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, néhány napig tartó lázzal, elesettség, étvágytalanság, sárgaság. A klinikai lefolyás rendszerint enyhe. Hat éven aluli gyermekeknél a fertőzések mintegy 70%-a tünetmentes vagy a klinikai tünetek atípusosak, sárgaság nélkül zajlik le a betegség. Az idősebb gyermekek és a felnőttek több mint 70%-ánál jelentkezik icterus.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg már a lappangási idő második felétől fertőz, maximálisan a klinikai tünetek kezdete előtt. A viraemia átmeneti, a prodromális szak végén 3–5 napig tart. A fertőzőképesség az icterus megjelenése után néhány nappal megszűnik. Kórokozó-ürítés nem marad vissza.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál leírtak szerint. Az ott leírtakon kívül a következőket kell figyelembe venni:

a) A kórházi fertőző osztályra utalt beteget maximálisan a sárgaság kialakulását követő egy hétig kell elkülöníteni.

b) A vírusszerológiai vizsgálat során az aktuális hepatitis A fertőzést IgM osztályba tartozó anti HAV ellenanyagok kimutatásával igazolják.

c) A járványügyi megfigyelés alá helyezett, munkakörüktől eltiltott személyektől alvadásgátló nélkül vett vérminta küldhető az OEK Virologiai főosztályára átvészeltségi vizsgálat elvégzése céljából. Amennyiben a vírusszerológiai vizsgálatok korábbi HAV átvészeltséget igazolnak, a járványügyi megfigyelést és a munkaköri kitiltást haladéktalanul meg kell szüntetni.

d) A beteg szoros környezetének tagjait életkorra való tekintet nélkül gamma-globulin védelemben kell részesíteni. Az expozíciót követően minél hamarabb, de feltétlenül az expozíciót követő 14 napon belül, testsúly-kilogrammonként 0,02 ml (16%-os oldat) gamma-globulint kell adni. Közösségekben (általános és középiskolák,

egyéb oktatási intézmények stb.) az oltások kiterjesztését az adott járványügyi és higiénés helyzet mérlegelése alapján kell elvégezni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok, kézmosás, élelmezés és vízhygiénés rendelkezések betartása és ellenőrzése. Az endémiás területre, illetve a fertőzéssel a hazainál erőteljesebben érintett országok látogatásakor – 3 hónapnál hosszabb kinttartózkodás – esetén aktív immunizálás javasolt hepatitis A elleni vakcinával. Ezenkívül ajánlott a hepatitis A elleni vakcináció az alapbetegségük vagy az életmódjuk miatt különösen veszélyeztetettek (haemophiliások, hemodializáltak, krónikus májbetegségben szenvedők, intravénás kábítószer-élvezők, homoszexuális személyek) számára.

Hepatitis B (HB), B típusú hepatitis

(Heveny májgyulladás B)

BNO10: B16

1. *Kórokozó:* A Hepadnaviridae családba tartozó Hepatitis B vírus (HBV).

2. *Fertőzés forrása:* Az akut és a krónikus betegek, a tünetmentes vírushordozók.

3. *Terjedési mód:* A HBV vérrel, szövetnedvekkel, váladékokkal (ondó, hüvelyváladék, nyál) parenterálisan terjed. Ez határozza meg az elsődleges terjedési módokat:

a) szexuális,

b) vér, vérvérvények, vérrel, szövetnedvekkel, váladékokkal szennyezett orvosi eszközök, műszerek alkalmazása, szerv-, szövetátültetés kapcsán, intravénás kábítószer-élvezők közös tű-fecskendő használata, sérült bőr, illetve nyálkahártya kontaminációja révén,

c) perinatalis: fertőzött anyáról újszülöttre.

4. *Lappangási idő:* 45–180 nap, leggyakrabban 60–90 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Lassan kezdődik, rendszerint láz nélkül. A prodromális szakban a betegnél fáradtság, ízületi fájdalmak, étvágytalanság jelentkezik, majd ezt követően a sárgaság. Akut szövődménye a májatrophia (atrophia flava, atrophia rubra), letális végződéssel. A fertőzés krónikussá válhat (hepatitis chronica persistens, hepatitis chronica agressiva). A krónikus fertőzés kialakulásának kockázata annál nagyobb, minél korábbi életkorban következik be a fertőződés. Késői következménye a májcirrhosis és a májrák.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A lappangási idő végén, rendszerint több héttel a tünetek megjelenése előtt kezdődik, és a heveny tünetek lezajlásáig tart. A tünetmentes vírushordozók és a krónikus betegek évekig, akár életük végéig fertőzőképesek.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál leírtak szerint. Az ott leírtakon kívül a következőket kell figyelembe venni:

a) Az akut hepatitis B diagnózisának igazolásához a HBsAg pozitivitás önmagában nem elégséges, el kell végezteni az IgM osztályba tartozó anti-HBc ellenanyagok kimutatására irányuló virológiai vizsgálatot is.

b) A beteg vizsgálatokor használatos orvosi eszközöket a váladékoktól és a vértől való alapos megtisztítás után autoklávban, illetve túlnyomásos sterilizáló készülékben kell sterilizálni. Az aetiológiai diagnózis tisztázása után a hepatitis B esetében a széklet és vizelet fertőtlenítésére és a zárófertőtlenítésre nincs szükség.

c) A beteggel szokásos kapcsolatban lévő személyeket nem kell járványügyi megfigyelés alá helyezni. A hepatitis infectiosa klinikai diagnózis felállítása alapján elrendelt intézkedéseket (pl. munkaköri kitiltás, közösségek látogatásának korlátozása stb.) haladéktalanul meg kell szüntetni.

d) Az akut betegek szexuális partnereit hepatitis B elleni védőoltásban részesíthetők.

8. *Megelőzés:*

a) *Aspecifikus:* A véregységek (donációk), sejt-, szövet-, szervdonorok kötelező HBsAg szűrővizsgálata. Kórházhigiénés rendszabályok szigorú betartása és ellenőrzése. A szexuálisan terjedő betegségek általános megelőzése. Az egészségügyi dolgozók oktatása. A rizikócsoportba tartozók felvilágosítása, egészségnevelése. A hepatitis B vírus fertőzött anyáról gyermekre történő terjedésének megelőzése érdekében valamennyi terhes nőnél kötelező elvégezni a vírushordozás felderítésére irányuló szűrővizsgálatot. A fertőzőképes (HBsAg pozitív vagy DNS pozitív) HBV hordozó egészségügyi dolgozó nem tölthet be invazív beavatkozásokat is magába foglaló munkakört (lásd a 2. számú mellékletet).

b) *Specifikus:*

1. Preexpoziációs védelemre hepatitis B elleni védőoltás javasolt az alábbi kockázati csoportokba tartozóknak:

– egészségügyi dolgozóknak (a munkáltató köteles biztosítani az alkalmazás feltételeként), a dializált betegeknek, a hepatitis B, illetve a krónikus HBV hordozók szexuális partnereinek és fertőzési veszélynek kitett családi kontaktjainak, dializált betegeknek, hemofiliásoknak (térítésmentesen, az állami költségvetés terhére).

A hepatitis B elleni aktív immunizálás kötelező az egészségügyi képesítést adó oktatási intézmények tanuló/hallgatói számára.

Orvosi rendelőnyre térítés mellett javasolt az oltás:

– szexuális szokásuk, magatartásuk, életvitelük miatt fokozott fertőzési veszélynek kitettek számára (szexuális partnereiket gyakran váltók, prostituáltak, nemi betegségben ismételtlen megbetegedők, homoszexuális férfiak stb.),

– kábítószer-élvezők,

– azon külföldi országokba utazóknak, ahol a hepatitis B előfordulása jelentős és a látogató 6 hónapnál hosszabb időt tölt el az adott országban.

2. Postexpoziációs specifikus védelem biztosítása céljából passzív-aktív kombinált immunizálás szükséges az OEK évente kiadásra kerülő Védőoltási Módszertani Leveleiben foglaltak szerint: bizonyítottan HBsAg pozitív személy vérével kontaminált eszközzel (tű, szike stb.) történt bőr- vagy nyálkahártya-sérülés esetén. Az ak-

tív-passzív immunizálás kötelező a hepatitis B vírus-hordozó anya újszülöttje számára.

Hepatitis C (HC), C típusú hepatitis

(Heveny májgyulladás C)

BNO10: B17.1

1. *Kórokozó:* Hepatitis C vírus, a Flaviviridae család Hepacavírus nemzetségének tagja. Ez ideig 6 geno- és 12 szerotípusa ismert. Nem tenyésztethető, a vírust rekombinációs technológiával azonosították. Antigénszerkezete rendkívül változékony.

2. *Fertőzés forrása:* A vírus-hordozó és a beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Parenterális. A vér- és a szövetnedvek fertőzést terjesztő szerepe bizonyított. Elsősorban ellenőrizetlen vérek transfúziójával, vérrel, szövetnedvvel szennyezett eszközökkel végzett orvosi vagy egyéb (tetoválás, acupunctura, injekciós kábítószer-adagolás) beavatkozások révén terjed. A fertőzött anyáról csecsemőre történő terjedés 6–10%-os valószínűséggel fordulhat elő. A szexuális úton, valamint a családon belüli szoros kontaktus révén akvirált fertőződés igen ritka.

4. *Lappangási idő:* 14–180 nap, leggyakrabban 6–9 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Akut hepatitis – ami többnyire enyhe lefolyású – icterus csak az esetek kis hányadában alakul ki. Icterusos esetben a klinikai kép alig különbözik az egyéb vírushepatitisektől. A leggyakoribb klinikai manifesztáció a hónapokig, évekig tartó szérumszint-GPT emelkedés. A fertőzöttek 75–90%-ában tünetmentes vagy tünetszegény vírus-hordozás alakul ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Az aktív HCV fertőzés időszakában. A beteg már az első tünetek megjelenése előtt egy vagy több héttel fertőzőképes.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál leírtak szerint. Az ott leírtakon kívül a következőket kell figyelembe venni:

a) A beteg vérével és szövetnedveivel szennyezett tárgyakat fertőtleníteni kell. A orvosi vizsgálóeszközöket a vértől való alapos megtisztítás után sterilizálni szükséges.

b) A beteggel szokásos kapcsolatban lévő személyeket nem kell járványügyi megfigyelés alá helyezni. A hepatitis infectiosa klinikai diagnózis felállítása alapján elrendelt esetleges intézkedéseket (pl. munkaköri kitiltás) haladéktalanul meg kell szüntetni.

8. *Megelőzés:* Biztosítani kell a véregyeségek (donációk), szerv-, szövet- vagy sejtátültetés esetén a donorok, valamint a spermadonorok szűrővizsgálatát. Érvényt kell szerezni a hatékony általános óvintézkedéseknek és biztonsági rendszabályok betartásának a kórházi és az egyéb parenterális beavatkozások során. Az egészségügyi dolgozók oktatása, a lakosság felvilágosítása a szennyezett eszközökkel végzett beavatkozások (injekciós kábítószer-adagolás, tetoválás) veszélyeiről. A fertőzőképes HCV hordozó egészségügyi dolgozó nem tölthet be invazív beavatkozásokat is magába foglaló munkakört (lásd a 2. számú mellékletet).

Delta hepatitis

BNO10: 16-17

B típusú heveny hepatitis delta-ágenssel (együttfertőzés)

BNO10: B16.0-B16.1

Hepatitis B vírus-hordozó heveny delta (felül-) fertőzése

BNO10: B17.0

1. *Kórokozó:* Delta-ágens: defektív vírus, a HBV felületi antigénjével (HBsAg) kiegészítve válik fertőzővé.

2. *Fertőzés forrása:* Mint a B hepatitis esetében.

3. *Terjedési mód:* Mint a B hepatitis esetében.

4. *Lappangási idő:* 2–10 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Miután a delta-ágens a HBsAg-val együtt alkot komplett viriont, ezért a HBV-val együtt (ko-infekció) vagy krónikus HBV hordozóban és akut betegben (superinfekció révén) okoz heveny hepatitis. Ko-infekció esetén jellemző a súlyos, recidiváló kórfolyás, a letalitás 2–20% is lehet. A superinfekció a krónikus B hepatitiszt aktiválja, a cirrhosisba való átmenetet felgyorsítja.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Az aktív delta fertőzés időszakában.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál és a B típusú hepatitisnél leírtak szerint.

Hepatitis E (HE), E típusú hepatitis

(Heveny májgyulladás E)

BNO10: B17.2

1. *Kórokozó:* A hepatitis E vírus

2. *A fertőzés forrása:* A beteg vagy a tünetmentes fertőzött személy, valamint valószínűsíthetően különböző állatok (sertés, vaddisznó, rágcsálók és majmok).

3. *Terjedési mód:* Enterális, elsősorban széklettel kontaminált ivóvíz, széklettel szennyezett kéz, tárgyak, élelmiszerek közvetítésével. A fertőzött terhes nők a magzatot transzplacentárisan is fertőzhetik.

4. *Lappangási idő:* 15–40 nap, a különböző, járványokban leggyakrabban 26–42 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A heveny májgyulladás klinikailag az A típusú hepatitishez hasonló. A fertőzések jelentős része tünetmentes. A megbetegedések általában enyhe lefolyásúak, az esetek több mint 50%-a icterus nélkül zajlik le. A terhesség utolsó harmadában fertőződött nők megbetegedése gyakran fulmináns, a letalitás magas. A magzati életben bekövetkezett fertőződés következménye abortusz, illetve újszülöttkori fulmináns hepatitis is lehet.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Nem ismert. A vírus a székletben a sárgaság megjelenése után két héttel mutatható ki.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál és az A típusú hepatitisnél leírtak szerint.

Non A-E hepatitisek

BNO10: B19

1. *Kórokozók:* A non A-E hepatitis vírusok a Flavivírusok rokonai, GB-A, GB-B, GB-C elnevezéssel jelzik. A hepatitis G vírus valószínűleg azonos a GB-C jelzésű európai vírussal.

2. *A fertőzés forrása:* A vírushordozó vagy beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Parenterális, nem kellően ismert. Valószínűsíthető, hogy vérrel, vérkészítményekkel terjednek. Bizonyítást nyert az intravénás kábítószeres alkalmazásával történő átvitel is.

4. *Lappangási idő:* Nem ismert. A fertőzések jelentős része tünetmentes.

5. *Fontosabb tünetek:* Akut hepatitis, ami többnyire enyhe lefolyású.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Nem ismert.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A hepatitis infectiosánál leírtak szerint.

Keratoconjunctivitis epidemica

BNO10: B30.0

1. *Kórokozó:* Adenovírus 8 típus, egyes esetekben más típus is, különösen a 3, 7, 11, 19, 29 stb. típus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a tünetmentes vírushordozó.

3. *Terjedési mód:* A fertőzött egyén szemváladékával való közvetlen érintkezés, vagy a szem-, illetve az orrváladékával frissen szennyezett tárgyak, ritkán fürdővíz (szemészeti vizsgálóeszköz, közös mosdó, törülköző) közvetítésével.

4. *Lappangási idő:* 5–12 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Rendszerint heveny kezdet, idegtest-érzés a szemben, belővellt conjunctiva, erős könnyezés, a szemhéji kötőhártyán folliculusok, papillaris hypertrophia és a szaruhártyán apró tűszúrásnyi homályok alakulnak ki, ezek néha gyógyulás után is megmaradnak. Kb. egy héttel a kezdet után az esetek felénél fejfájás, subfebrilitás, a fül előtti nyirokcsomók érzékenysége.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Az inkubációs idő végétől a klinikai tünetek kezdetét követő 2 hétig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Egyidejűleg értesíteni kell a megyei/fővárosi szemész szakfelügyelő főorvost.

b) *Elkülönítés:* Bentlakásos intézményben, közösségi szálláson, kórházi osztályon előfordult megbetegedés esetén a beteget el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető, a területileg illetékes ÁNTSZ víruslaboratóriumával történt előzetes megbeszélés alapján.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg szem- és orrváladékát, valamint az ezekkel szennyezett tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A megbetegedések halmozódása esetén a személyzeti rendeléseken a kórházhygiénés rendszabályokat fokozottan be kell tartani: a betegek kezelése előtt és után gondos fertőtlenítőszeres kézmosás, minden beteget gondosan sterilizált, külön műszerekkel kell vizsgálni, az egyszerhasználatos eszközök alkalmazása ajánlott. A nem sürgős betegellátást korlátozni kell (szemüvegrendelés stb.). Melőzni kell a nehezen sterilizálható műszerek használatát (szemtonometer). A beteg használjon külön törülközőt.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés és kórházhygiénés rendszabályok betartása.

Legionellosis

[Legionárius betegség (atípusos legionella pneumonia)]

BNO10: A48.1

Nem pneumoniás legionárius betegség

(Pontiac-láz)

BNO10: A48.2

1. *Kórokozó:* Különböző legionella fajok.

2. *Fertőzés forrása:* Ismeretlen.

3. *Terjedési mód:* A kórokozó ubiquiter, a természetes felszíni vizekben, a vízvezetékben, a nedves talajban is megtalálható. Aerosol útján terjed, leggyakrabban klímaberendezések, zuhanyfürdők, szőőkutak, hűtőtornyok, mezőgazdasági permetezőgépek aerosoljainak a belégzése útján. Emberről emberre nem terjed. Csökkent ellenálló képességű (pl. szervátültetett, COPD-ben szenvedő, dohányos, elhízott) betegek fokozott veszélynek vannak kitéve.

4. *Lappangási idő:* A legionella pneumoniában 2–10 nap (átlagban 5 nap), a toxikus formákban igen rövid, 1–1,5 nap. A Pontiac-láz esetén 5–66 óra, leggyakrabban 24–48 óra.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegségnek klinikailag és epidemiológiailag 2 formája van: az atípusos legionella pneumonia (legionárius betegség) és a Pontiac-láz. Az első esetben a tüdőgyulladás tünetei dominálnak: pneumonia, mellhártyagyulladás, száraz köhögés, láz. A röntgenológiai elváltozások 8–10 hétig megmaradnak. A legionárius (légiós) betegségben a súlyos extrapulmonalis, toxikus tünetek kerülhetnek előtérbe (magas láz, fejfájás, izomfájdalmak, rossz közérzet, relatív bradycardia, tachypnoe), idegrendszeri tünetek (zavartság, depresszió, delírium), hasmenés, a máj- és vesekárosodás tünetei. A légúti tünetek is jelentősek lehetnek (pneumonia száraz köhögéssel). A liquor lelet negatív. A kórházban ápolott betegeknél a letalitás 40% körüli, csökkent ellenálló képességű egyéneknél rendszerint ennél is magasabb. A legionellosis második változata az ún. Pontiac-láz, enyhébb lefolyású, fejfájás, izomfájdalmak, rossz közérzet, csekély légúti tünetek jellemzik. A Pontiac-lázra a tüdőgyulladás és a halálos kimenetel nem jellemző. A betegek rendszerint 2–5 nap alatt spontán gyógyulnak.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre való terjedését eddig nem igazolták.

7. Teendők a betegség előfordulásakor:

A) Teendők a beteggel:

a) *Bejelentés:* Az atípusos legionella pneumonia be- és kijelentésre kötelezett. A Pontiac-láz nem jelentendő. Az utazással összefüggő legionellosis eseteket külön, az erre rendszeresített gyorsjelentő lapon jelenteni szükséges az OEK részére, hogy a jelentett esetek járványügyi adatai továbbíthatók legyenek az Európai Unió „Utazással Összefüggő Legionárius Betegség Surveillance Rendszer” (EWGLINET) adatbázisába.

Esetdefiníció: Utazással összefüggő legionárius betegségnek minősül az az eset, amely egyidejűleg megfelel a klinikai, mikrobiológiai és utazási kritériumoknak.

Klinikai kritérium: Tüdőgyulladás, esetlegesen radiológiai diagnózissal alátámasztva.

Mikrobiológiai kritérium:

Megerősített eset:

1. *Antigén kimutatással:* Specifikus legionella antigén kimutatása vizeletből.

2. *Tenyésztéssel:* Legionella kórokozó kimutatása légúti váladékból, tüdőszövetből vagy vérből.

3. *Szerokonverzióval:* A *L. pneumophila* 1-es szerocsoportja ellen termelődő specifikus ellenanyagok négyszeres vagy nagyobb titerváltozása indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal vagy mikroagglutinációval.

Valószínűsíthető eset:

1. Szerokonverzióval: A *L. pneumophila* többi szerocsoportja, illetve egyéb Legionella fajok ellen termelődő specifikus ellenanyagok négyszeres vagy nagyobb titer-változása indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal vagy mikroagglutinációval.

2. A Legionella pneumophila 1-es szerocsoporttal vagy más szerocsoportokkal, illetve egyéb Legionella fajokkal szemben termelődött specifikus ellenanyag jelenlétének kimutatása egyetlen vérsavóból magas titerben (1:128).

3. A specifikus Legionella antigén kimutatása légúti váladékból, vagy a légúti váladékban, illetve a tüdőszövetben lévő kórokozó kimutatása direkt immunfluoreszcens festéssel.

4. Specifikus Legionella DNS kimutatása PCR vizsgálattal.

Utazási kritérium:

A beteg a betegség kezdetét megelőző 2–10 napon belül legalább 1 éjszakát otthonán kívül a lakóhelye szerinti országban vagy külföldön, bérelt szálláshelyen töltött.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra előzetes megbeszélés után tenyésztésre légúti vizsgálati anyagot (bronchus váladék, BAL, pleuropunktátum, bronchoszkópos minta, mélylégúti köpet). Szerológiai vizsgálatra alvadésgátló nélkül levett vért, antigén-kimutatásra vizeletet kell beküldeni az OEK bakteriológiai osztályára, vagy a vizsgálat végzésére alkalmas más laboratóriumba. A specifikus Legionella antigén vizeletből történő, illetve a kórokozó légúti vizsgálati anyagból való kimutatása az antibiotikummal még nem

kezelt személy megbetegedésének 2–5. napja között lehetséges. Savópár beküldése a megbetegedés kezdetétől számított 10–12. napon és az azt követő 2 hét múlva esedékes.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, illetve a legionellosis megbetegedésre gyanús személy környezetében legfontosabb teendő a környezetben lévő pangó vizek, illetve ezekkel kontaminálódott szerelvények, tartósan nedves felületek fertőtlenítése. Ennek során fertőtleníteni kell a fürdőszobák, zuhanyzók, WC-k és egyéb, ún. vizes helyiségek csaptelepeit, zuhanyrózsákat, kifolyókat, WC-tartályokat, lefolyók ún. bűzelzáró szifonjait. Légh kondicionálás, klímatisztítás esetén feltétlenül fertőtleníteni kell a párasító berendezés víztartályát, a légszűrőket, valamint az anemosztátokat. Fertőtleníteni kell a helyiségek közelében lévő, pangó vizet tartalmazó esővízgyűjtőket, díszkutatokat, díszmedencék vizét és az ezeket körülvevő nedves felületeket. A fertőtlenítést az esetleges mohapárnák, rothadó, bomló növényi részek eltávolítása után „algicid” hatással rendelkező dezinficienssekkel kell végezni.

8. *Megelőzés:* A vízrendszerben lévő üledék, iszap, vízkő, rozsdá és egyéb anyagok a biofilmekkel együtt fontos szerepet játszanak a Legionella baktériumok megtelepedésében, és a szaporodásukhoz szükséges kedvező feltételek biztosításában. Szaporodásukat a 20–45 °C-os víz hőmérséklet segíti elő. A megelőzés alapja a klímaberendezések, hűtőtornyok, pezsgőfürdők, permetezők, szökőkutak stb. vizének tisztántartása, algamentesítése és fertőtlenítése.

A legionárius betegség esetekkel kapcsolatos epidemiológiai kivizsgálás, továbbá a megelőző és kontroll tevékenység részletes leírását az OEK által kiadott Módszertani levél tartalmazza.

Lepra

BNO10: A30

1. *Kórokozó:* Mycobacterium leprae.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember.

3. *Terjedési mód:* A beteggel hosszú ideig tartó szorosabb együttélés esetén közvetlen érintkezés, cseppfertőzés, esetleg bőrsérüléseken át (tetoválás), csecsemők az anyatejjel.

4. *Lappangási idő:* Hosszú, 7 hónaptól évekig terjedhet, leggyakrabban 3–6 év.

5. *Fontosabb tünetek:* A klinikai kép, a bakteriológiai (baktériumok száma a léziókban) és az immunhisztológiai (leukociták száma, jellege stb.) jellemzők alapján a leprának több típusa különíthető el. A lepromatosus leprára a bőrben, nyálkahártyákon, zsigerekben képződő daganat-szerű sejtszaporulatok (granulomák, lepromák) a jellemzők. A beteg váladékaival nagy számban ürítheti a kórokozókat, járványügyi szempontból ezért ez a forma a legjelentősebb. A tuberculoid formára a bőr foltos elszíneződése és érzéketlenné válása, perifériás idegrendszeri bénulások, szövetelhalások, a végtagok, az arc megcsontosulása a jellemző. A tuberculoid formában a kórokozó a beteg váladékaiban ritkán mutatható ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Kezelt esetekben a fertőzőképesség legkésőbb 3 hónap alatt megszűnik. Kezeletlen esetekben, amíg a kórokozó a váladékokban és a biopsiás mintákban kimutatható.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének és az OEK Járványügyi osztályának telefonon vagy faxon is jelenteni kell.

b) *Elkülönítése:* Csak azokat a betegeket kell kórházba utalni, akiknek a megbízható kezelése otthon nem lehetséges vagy szociális helyzete ezt indokolja. Az előírások szerint kezelt beteg – amennyiben betegségét nem fertőzőnek minősítették – esetében munkaköri korlátozások nem indokoltak.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A beteg ornyálkahártyájáról és a leprás csomókból vett szövetkaparék, festési vizsgálat céljára, egyidejű telefon vagy fax értesítés mellett, haladéktalanul az OEK bakteriológiai osztályára küldendő. Biopsiás vagy boncolási anyagot kórszövettani vizsgálatra 8%-os formalinban a Fővárosi Szent László Kórház Kórbonctani osztályára kell küldeni. A vizsgálati anyag elküldését telefonon előre jelezni kell.

d) *Fertőtlenítés:* Szigorított folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. Az orrváladék és a vele szennyezett tárgyak (zsebkendő) folyamatos fertőtlenítése szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel szoros kapcsolatban lévő családtagokat 5 éven át 12 hónaponként bakteriológiai vizsgálatnak kell alávetni (orrkaparék).

Leptospirosis

BNO10: A27

1. *Kórokozó:* A *Leptospira interrogans* species különböző szerotípusai. Hazánkban a leggyakrabban előforduló típusok: *L. pomona*, *L. hyos*, *L. canicola*, *L. grippotyphosa*, *L. sejroe* és a rendszerint súlyos lefolyású megbetegedéseket okozó *L. icterohaemorrhagiae*.

2. *Fertőzés forrása:* A háziállatok között főleg a sertés, szarvasmarha, kutya, a vadon élő rágcsálók között a patkány, egér, mezei pocok; igen ritkán a laboratóriumi fehér patkány és fehér egér.

3. *Terjedési mód:* A kórokozó rendszerint a bőr és a nyálkahártyák apró sérülésein át hatol az emberi szervezetbe. A fertőzött állatokkal való közvetlen érintkezés révén fertőződhetnek az állatgondozók, vágóhídi és laboratóriumi dolgozók. Az állatok vizeletével fertőzött víz és szennyvíz útján a csatorna- és kikötőmunkások, halászok, bányászok, mezőgazdasági dolgozók és a rizsföldeken dolgozók is fertőződhetnek. A fertőzött patakvizekben és tavakban fürdőző gyermekek között járványok is előfordulhatnak. Ivóvíz útján terjedő fertőzés is lehetséges. Emberről emberre csak kivételesen terjedhet.

4. *Lappangási idő:* 4–20 nap, leggyakrabban 9–10 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A klinikai lefolyás gyakran kétfázisú. Először grippes tünetek, láz, fejfájás, tagfájdalmak jelentkeznek, majd néhány nap múlva a lokalizációnak megfelelően meningeális és vesetünetek, icterus, exanthémák és conjunctivitis. A *L. icterohaemorrhagiae* fertőzés súlyos májkárosodást, sárgaságot, vérzéseket okozhat (*Leptospirosis maligna*, Weil-féle betegség). A többi szerotípus enyhébb lefolyású betegséget okoz (*Leptospirosis benigna*, ilyen pl. népi elnevezéssel a „disznópásztor betegség” az „aratási láz”).

6. *Fertőzőképesség tartama:* A kórokozó a beteg vizeletével hosszabb ideig ürülhet, de emberi fertőzés szempontjából ennek nincs gyakorlati jelentősége.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett, a megbetegedésről értesíteni kell a területileg illetékes hatósági állatorvost is.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, de a szakszerű kezelés érdekében a beteget ajánlatos mielőbb kórházi fertőző osztályon elhelyezni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. 5–10 ml alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérmintát kell az OEK bakteriológiai osztályára vagy a leptospirosis vizsgálatokra kijelölt ÁNTSZ laboratóriumba küldeni. A kórokozó szerotípusát rendszerint csak ismételt vizsgálattal lehet megállapítani, mert az első vérmintában még egyszerre több leptospira típus adhat magas titerű reakciót. A tényleges kórokozóval szemben termelődött ellenanyagok títtere az ismételt vizsgálatkor emelkedik, a többi típusé viszont csökken vagy negatívvá válik. Immunbiológiai vizsgálatra esetleg liquor cerebrospinalis is küldendő. Az OEK-kal történt előzetes megállapodás alapján tenyésztésre is lehet vért küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Rágcsálók elleni védekezés. Az általános egészségügyi és munkaegészségügyi rendszabályok betartása: védőruha, gumicsizma, fertőtlenítőszeres kézmosás, fertőzött anyaggal való munka közben az étkezés és dohányzás megtiltása stb. A legelőkön átfolyó patakokban, az állatok fürdetésére szolgáló felszíni vizekben fürdési tilalom. A fehér patkány és fehér egér tenyészetek leptospira mentesítése az állatok fokozott szelekciója útján.

Listeriosis

BNO: A32

1. *Kórokozó:* *Listeria monocytogenes*.

2. *Fertőzés forrása:* Beteg, illetve kórokozó-hordozó állat és ember, a háziállatok közül elsősorban a juh, kecske, ló, sertés, házi szárnyasok, rágcsálók stb.

3. *Terjedési mód:* A fertőzés a terhesség alatt, diaplacentarisan, illetve szülés közben a magzatvízzel terjed az újszülöttre. További terjedési módok nem teljesen tisztázottak, esetleg közvetlen érintkezés fertőzött állatokkal, a

baktériumot tartalmazó élelmiszerek (tej, tejkészítmény stb.) fogyasztása és számos más tényező (pl. fertőzött takarmány, föld, fekália, egyéb szennyezett anyagok) útján.

4. *Lappangási idő:* Bizonytalan, 1–3 hétre becsülik. A magzat általában az anya megbetegedését követő néhány nap múlva fertőződik.

5. *Fontosabb tünetek:* Leggyakrabban gennyes agyhártyagyulladás vagy septicaemia formájában zajlik le, és az utóbbiból eredően disszeminált góccok keletkeznek a különféle szervekben. Ritkább az oculoglanduláris forma, az encephalitis, agytályog, az anginás és a tifózus forma. Terheseknél többnyire grippeszerű általános tünetek vagy pyelitis formájában fordul elő. Ha a magzat fertőződése a terhesség kezdeti szakában történt, abortus vagy koraszülés következhet be, későbbi fertőzés esetén a csecsemő hányás, hasmenés, gennyes meningitis, pneumonia, sepsis, keringési és légzési elégtelenség tüneteivel betegszik meg. A felnőttek a fertőzést sokszor tünetmentesen vészelik át, de gyengült ellenálló képességű idősebb személyek hajlamosak a manifest megbetegedésre.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Valószínűleg a heveny tünetek fennállásáig. A fertőzött újszülöttek anyja hüvelyváladékával vagy vizeletével ürítheti a kórokozót a szülést követően kb. 7–10 napig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Bejelentendő, kijelentés csak szövődmény előfordulása, valamint fatális kimenetel esetén kötelező.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Beküldhető tenyésztés céljára alvadésgátlóval levett vér, liquor, továbbá genny, méhüri váladék, vizelet. Előzetes megbeszélés után célzott vizsgálatra beküldhető faeces és torokváladék az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének bakteriológiai laboratóriumába, illetve az OEK bakteriológiai osztályára. Biztos diagnózist csak a tenyésztéssel igazolt esetekben lehet kimondani.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő. A fertőzés terjedési mechanizmusára tekintettel – a terjedés megakadályozása érdekében – a beteg, illetve a beteg állatokkal való foglalkozáskor elsősorban a folyamatosan végzendő higiénés kézfertőtlenítésnek, illetve a váladékok fertőtlenítésének van kiemelt jelentősége.

8. *Megelőzés:* Az állategészségügyben és a mezőgazdasági munkakörben higiénés és munkavédelmi szabályok betartása.

Lyme-kór

BNO10: A69.2

1. *Kórokozó:* *Borrelia burgdorferi* spirocheta.

2. *Fertőzés forrása:* Erdei rágcsálók, madarak, emlősök.

3. *Terjedési mód:* Kullancscsípés útján. Emberről emberre nem terjed.

4. *Lappangási idő:* 2–32 nap a kullancscsípés után az erythema migrans (EM) kifejlődéséig.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség korai stádiumában tünetmentes lehet, és esetleg csak a késői manifesztáció jelentkezik. A betegek nagy részében csak egy vagy két szervrendszer érintett. Kezeletlen esetekben a betegség krónikussá válhat és évekig eltarthat.

a) *Korai tünetek:* A betegség legjellegzetesebb klinikai markere a specifikus bőrelváltozás, az ún. erythema migrans, vándorló bőrpír: a fertőzött kullancs csípése helyén vörös macula vagy papula jelentkezik. A vörös szín fokozatosan lividdé válik, a széli részeken tovább terjed az elváltozás, közepén halványuló gyűrűt formál. Ennek átmérője elérheti a 90 cm-t is. Az EM később a test más részén is jelentkezhet, aszimmetrikusan. A bőrpírt általános tünetek is kísérhetik: fejfájás, levertség, láz, izomfájdalmak, regionális nyirokcsomó-duzzanatok. Az EM nem jelentkezik minden betegnél.

b) *Késői tünetek:* Vázizomzati (csont, izom) manifesztációk, leggyakrabban arthritis (főként a nagyízületek). Idegrendszeri manifesztációk: lymphocytas meningitis, facialis paresis, fájdalmas radiculoneuritis (Garin-Bujadoux-Bannwarth syndroma). Ritkán: krónikus neuroborreliosis: encephalomyelitis, radiculomyelitis, krónikus meningitis. Cardiovascularis érintettség: myocarditissal, A-V blockkal járhat. Késői bőrmánifesztáció: acrodermatitis chronica atrophicans.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre közvetlenül nem terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Bejelentendő, kijelentés csak szövődmény előfordulása, vagy fatális kimenetel esetén kötelező.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Szerológiai vizsgálatok előzetes megbeszélést követően az OEK-ben, illetve ezen szerológiai vizsgálatra felkészült ÁNTSZ megyei intézetek laboratóriumában. Szerológiai vizsgálat csak specifikus tünetek jelentkezésekor, és megfelelő anamnézis (ismert kullancsexpozíció vagy legalábbis a páciens mozgástere alapján ennek valószínűsíthetése) esetén indokolt.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* A kullancsok elleni védekezés (riasztószerek, erdei dolgozóknál védőöltözet viselése stb.), a bőrbe fúródott kullancsok mielőbbi eltávolítása.

Lyssa (Rabies)

(Veszettség)

BNO10: A82

1. *Kórokozó:* Rabies vírus (Lyssavírus genus, Rhabdovírus család).

2. *Fertőzés forrása:* A veszettség vírusával fertőzött és azt már ürítő, elsősorban húsevő állat, főként róka, macska, kutya; ritkábban egyéb emlősállatok, mint pl. szarvasmarha, juh, sertés és kisméretű rágcsálók (mókus, denevér stb.).

3. *Terjedési mód:* A veszettség vírusát ürítő állatok okozta harapás, ezen állatok testváladékával – főként nyál-

lal – való közvetlen kontaktus, azaz a vírustartalmú váladékoknak szabad idegvégződéshez (acetilkolin receptor-hoz) jutása pl. sebbe, szem kötőhártyájára való kerülés révén.

4. *Lappangási idő:* Általában 2–8 hét, de 10 naptól több mint 1 évig is tarthat.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség általában mentális depresszióval kezdődik, majd fokozott ingerlékenység, intenzív nyálfolyás, a megmart végtagban jelentkező erős görcsös fájdalom, nyelési görcsök, delírium, encephalitis-re jellemző tünetek, általános paralysis és légzésbénulás-ban exitus.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A klinikai tüneteket megelőző 10 napon belül már megindulhat a vírusürítés, általában azonban a klinikai tünetek megjelenésével egyidőben jelenik meg a vírus, főként a nyálban, és a betegség teljes időtartama alatt kimutatható. Az emberről emberre terjedés megakadályozható, jelentősége nincs.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A kifejlődött emberi veszettség esetét vagy annak gyanúját telefonon, faxon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának, valamint az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének.

b) *Elkülönítés:* A veszettségben szenvedő beteget az intenzív ellátást biztosító kijelölt egészségügyi intézményben (Fővárosi Szent László Kórház) kell elkülöníteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A Rabies vírus kimutatására a betegnél elvégezhető a cornea kaparék immunfluorescens vizsgálata a területileg illetékes regionális Állat-egészségügyi Intézettel történt előzetes megbeszélés után.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A beteg vagy betegsége gyanús személy környezetében szükséges folyamatos fertőtlenítéseknek ki kell terjednie az ápoló személyzet kezeire, valamint a beteg nyálára, illetve ezzel fertőződött használati tárgyakra, elsősorban zsebkendő, evőeszközök, ivóedényzet, egyéb textíliák fertőtlenítésére. A fertőtlenítéshez virucid hatású dezinficiens készítményt kell alkalmazni.

8. *Megelőzés:* A fő rezervoárnak számító rókák, valamint az ebek rendszeres profilaktikus védőoltása, kóbor ebek befogása. Elhullott állatok (elsősorban rókák) érintésének mellőzése. A veszettség-fertőzésre gyanús expozíció (BNO10: Z20,3) körülményeit az e célra rendszeresített, OEK által kiadott Módszertani levélben foglaltak szerint az ellátó orvosnak kell tisztázni, dönteni a védőoltás szükségességéről, és megkezdeni az oltást. A 41/1997. (V. 28.) FM rendelet 429. § (3) bekezdése értelmében minden orvos köteles – amennyiben az ellátás során tudomásra jut – minden kutyától, macskától, vagy vadon élő állattól származó sérülés észlelése esetén az állattartó nevének és lakcímének, illetve az esemény helyszínének közlésével az eset helye szerint illetékes hatósági állatorvost haladé-

ktanul értesíteni. Veszettség-fertőzés gyanúja csak akkor merülhet fel, ha veszett állat harapása által létrejött sebbe, a bőrön lévő nyitott sebbe, vagy sérült nyálkahártyára kerül a vírus. Amennyiben ilyen jellegű expozíció nem történik posztexpozíciós profilaxis nem szükséges. A veszettség-fertőzés bekövetkeztének valószínűsége az expozíció természete és mértéke szerint változik. Az expozíciónak két kategóriája különböztethető meg, ezek: a harapásos és a nem harapásos expozíciók.

Harapásos expozíció

Minden, a fogak által, fedetlen bőrön való áthatolást jelentő expozíció. Minden harapásos sérülés veszettség fertőzésre veszélyes lehet, amennyiben az állat veszettség-gyanús voltát bizonyították, vagy azt egyértelműen nem lehet kizárni.

Nem harapásos expozíció

Ritkán jelent veszettség-fertőzés veszélyt. Amennyiben azonban nyílt seb, vagy sérült nyálkahártya veszett állat nyálával, vagy egyéb fertőzött anyaggal kerül közvetlen kapcsolatba, veszettség-fertőzés szempontjából fertőzési veszélyt jelenthet. Magyarországon tisztított, koncentrált, szövetkulturán előállított, inaktivált, veszettség elleni vakcina van használatban posztexpozíciós oltásra (ritkán, meghatározott munkakörökben preexpozíciós oltásra is). A veszett vagy veszettségre gyanús állat okozta expozíciót követően az állat típusos vagy atípusos viselkedését, az expozíció körülményeit, az állat oltottsági állapotát, a veszettség területi előfordulását figyelembe véve kell dönteni a veszettség elleni specifikus védelem szükségességéről. Az oltás szükségességének elbírálásához általános segítséget nyújt az alábbi táblázat:

Az expozíciót ² okozó állat		Ajánlott kezelés
faja	egészségi állapota	
Kutya, macska	Egészséges, megfigyelhető 14 napig ³	Semmi
	Nem megfigyelhető	Konzultálás az egészségügyi hatósággal. Ha a veszettség gyanúja nem zárható ki, teljes oltási sorozatot kell adni
	Veszettségre gyanús ^{1,3}	Teljes védőoltási sorozat
Róka	Veszettnek tekintendő	Teljes védőoltási sorozat
Egyéb állatok	Egyedi elbírálás és konzultáció javasolt, ha a veszettség gyanúja nem zárható ki, teljes oltási sorozatot kell adni	

Jelmagyarázat:

¹ Veszettségre gyanúsnak tekintendő minden állat, amelyen a betegség tünetei nem kifejezetten mutatkoznak, vagy amely tünet-

mentes, de feltételezhetően veszett állapot marta meg. Veszett állatok teteme is fertőző lehet.

² Az expozíció módja lehet benyálazás bőrön, nyálkahártyán, horzsolás, karmolás, harapás.

³ Ha egészséges állat a megfigyelés ideje alatt veszteségre gyanússá válik, a védőoltási sorozatot azonnal meg kell kezdeni. Ha veszteségre gyanús állat esetében a gyanú a megfigyelési idő alatt zárható, a már megkezdett oltásokat abba kell hagyni.

Veszteség elleni védőoltást nem kell alkalmazni:

- ha az állattal való kontaktus nem járt sérüléssel, benyálazással,
- ha indirekt kontaktus volt,
- ha semmilyen kontaktus nem volt, akármilyen (egészséges, veszteségre gyanús, veszett vagy nem megfigyelhető) az állat egészségi állapota.

A) *Postexpozíciós profilaxis*: Akut fertőzésveszély esetén a legrövidebb időn belül kötelező védőoltási sorozatban kell részesíteni a veszteség-fertőzésre gyanús expozíciót elszenvedett személyeket az alábbi séma szerint:

a) 1-1 adag oltóanyagot kell beadni 5 alkalommal: az első oltás napját (0. nap) követő 3., 7., 14. és 30. napon. Az immunrendszer ismerten hibás működése esetén az első alkalommal 2 adag oltóanyagot kell beadni két különböző testtájékra.

b) Korábban teljes oltási sorozatban részesültek újabb expozíciójukor: 1 éven belül 1 adag, 1-2 éven belül 2 adag oltóanyagot kell beadni a 0. és a 3. napon, 3-5 éven belül 3 adag oltóanyag adása szükséges a 0. a 3. és a 7. napon, 5 év után újabb, teljes oltási sorozat szükséges.

B) *Preexpozíciós profilaxis*: a munkáltató köteles megelőző védőoltási sorozatban részesíteni: A veszteség-fertőzés fokozott veszélyének kitett munkakörökben dolgozókat (pl. veszteség diagnosztikai laboratóriumok dolgozói, ebrendészeti dolgozók) az alábbi oltási séma szerint: 1-1 adag oltóanyagot 3 alkalommal, az első oltás napját (0. nap) követő 30. és 60. napon kell beadni. Emlékeztető oltásokat 1 év múltán, majd további 5 évenként kell alkalmazni. Akut fertőzési veszély esetén újabb oltóanyag adása szükséges, a postexpozíciós profilaxisra vonatkozó pontban ismertetett újabb expozíciók esetén követendő eljárás szerint.

9. *A veszteség-fertőzésre gyanús expozíció és veszteség elleni oltás jelentési rendszere*: Az oltóanyag-szállító az oltóanyag-igény beérkezését követően haladéktalanul megküldi az oltóanyag-igénylő „Adatlap” másolatát faxon/e-mail-ben az ÁNTSZ – orvos rendelőjének helye szerinti illetékes – városi intézetének. Az eset kivizsgálásáról felvett jegyzőkönyvet a sérültet ellátó orvos 24 órán belül köteles megküldeni az ÁNTSZ területileg illetékes városi intézetének. Az oltóorvos az erre rendszeresített formanyomtatványon (Jelentés lyssa elleni védőoltásról) regisztrálja az oltások megtörténtét, majd az oltási sorozat befejezése után 1 példányt küld az ÁNTSZ területileg ille-

tékes városi intézetének. Az egészségügyi hatóság feladata, hogy a gyakorlatban ellenőrizze és támogassa a szakmai elvek (jelen jogszabály és tárgyban kiadott Módszertani Levélben foglaltak) megvalósulását. A dokumentációhoz szükséges nyomtatványokat az ÁNTSZ városi intézete biztosítja.

Madárinfluenza

1. *Kórokozó*: Az orthomyxoviridae családba tartozó, fokozott patogenitású madárinfluenza-vírusok (az influenza A vírus H5, H7, illetve H9 altípusainak fokozottan patogén biotípusai). Az alacsony patogenitású törzseknek a vadon élő víziszárnyasok a rezervoárjai, a fokozott patogenitású törzsek az alacsony patogenitásúakból a baromfik közötti cirkuláció közben, mutáció révén alakulnak ki.

2. *Fertőzés forrása*: A tünetmentes vagy a beteg madár. A magas patogenitású törzseket hordozhatják a vad víziszárnyasok. A házi víziszárnyasok (házi kacsák, házi lúd) ellenállóbbak a többi baromfinál, a házi szárnyasok közül a pulyka, a gyöngytyúk, és a házityúk a legfogékonyabb. Néhány emlős faj (macskafélék) megbetegedésének kórokaiként is kimutatták a vírusokat. A tünetmentes szárnyasok főként a bélsárral, a beteg szárnyasok valamennyi váladékukkal nagy mennyiségben ürítik a kórokozót. A beteg ember és az emlősök fertőzést terjesztő szerepe még nem bizonyított. A beteg ember légúti váladéka tartalmazza a legnagyobb mennyiségben a vírust.

3. *Terjedési mód*: A kórokozó állatról emberre történő terjedése ritkán fordul elő. Az ember beteg vagy fertőzött baromfival, illetve szöveteivel (pl. vérével) történő direkt kontaktus, valamint inhaláció útján fertőződhet. A vírus a légutak, a szem, az orr, illetve a száj – esetleg a bél – nyálkahártyáján keresztül juthat be az emberi szervezetbe. A fertőzött madár bélsárral, légúti váladékkal üríti a vírust, amely a tartási körülményektől függően direkt és indirekt úton terjed tovább. A vadmadarak bélsarukkal, leggyakrabban szennyezett víz révén fertőzik meg a háziállat-állományokat. A baromfik között a direkt kontaktus és a légúti terjedés dominál, de a kontaminált eszközökkel (közös használt ketrec, itató stb.) is terjedhet a kórokozó.

4. *Lappangási idő*: Ember esetében 2-17 nap között változhat, átlagosan 7 nap.

5. *Fontosabb tünetek*: Láz, köhögés, torokfájás, myalgia, esetenként conjunctivitis. Számos halálos kimenetelű esetben a vírus-pneumónia következtében másodlagosan súlyos légzőszervi distressz tünetegyüttes alakult ki. A hasmenés, hasi, illetve mellkasi fájdalom, orr-, illetve nyivérzés is korai tünet lehet.

6. *Fertőzőképesség tartama*: Még nem ismert.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor*:

A) *Teendők a beteggel*:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett. A megbetegedést vagy annak gyanúját azonnal, telefonon is jelenteni kell. A jelentést az ÁNTSZ megbetegedés helye szerinti illetékes megyei intézetének/ügyeletének és az OEK-nek,

illetve az Országos Epidemiológiai Központ ügyeletének is meg kell tenni.

b) *Elkülönítés:* A beteget infektológiai osztályon kell el-
különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A laboratórium értesítését követően légúti, illetve torok-
váladék és vérminta, majd a betegség kezdetétől számí-
tott 10–14 nap múlva újabb vérminta küldendő szeroló-
giai vizsgálatra az OEK Légúti Vírus osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* A fertőtlenítéshez minden esetben ví-
rusinaktíváló (virucid) hatású dezinficienszt kell alkalmaz-
ni. A beteg vizsgálata, ellátása, ápolása előtt, illetve után
az ellátó személyzetnek higiénés kézfertőtlenítést kell vé-
geznie. Az ún. egyfázisú szerek esetén a kéztisztítás és a
kézfertőtlenítés egy munkafázisban történik. A beteg vála-
dékait (köpet, torok váladék, hányadék stb.) váladékelfo-
gó edénybe (hánytál, ágytál, gennytál) fogjuk fel, majd eb-
ben történik a váladék fertőtlenítése. A beteg által használt
mosható textíliákat (zsebkendő, ágynemű, hálóruga, alsó-
nemű, törülköző stb.) fertőtlenítő mosással kell kezelni
vagy ún. beáztatásos módszerrel kell fertőtleníteni. A be-
teggellátásnál, ápolásnál alkalmazott műszerek eszközök
(beleértve az evőeszközt és ivó edényzetet is) fertőtleníté-
sét, és az azt követő tisztítást, valamint a fertőtlenítő moso-
gatást elkülönített helyen, vagy helyiségben kell végezni,
ahol a fertőző anyag, illetve a fertőtlenítő oldat szóródása,
széthurcolása megakadályozható. A fertőző beteg környe-
zetében csak ún. nedves takarítást szabad alkalmazni. (fel-
mosás, lemosás, nedves letörölés stb.)

B) *Teendők a beteg környezetében:* A beteggel/halottal
kapcsolatba került (a beteggel, illetve váladékával közvet-
lenül vagy azzal szennyezett tárgyak révén érintkezett)
személyt 7 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyez-
ni. Járványügyi vizsgálatot kell végezni a közös fertőző
forrástól származó esetleges megbetegedések felderítése
érdekében. Ha a betegnél a virológiai vizsgálatok valószí-
nűsítik, vagy igazolják a fokozottan patogén madárinfluen-
za-vírus kóroki szerepét, akkor családtagjainál, illetve a
vele szoros kapcsolatban lévő, járványügyi megfigyelés
alá helyezett más személyeknél kemoprofilaxist kell alkal-
mazni. A kemoprofilaxist az OEK Járványügyi osztálya-
val történő konzultáció alapján kell kivitelezni.

8. *Megelőzés:* A fertőzés megelőzésére állategészség-
ügyi, általános higiénés és foglalkozás-egészségügyi rend-
szabályokat kell foganatosítani. Beteg állatok gondozásá-
val/kezelésével/megsemmisítésével, illetve madárinfluen-
za-gyanús betegek gondozásával/kezelésével foglalkozók
számára egyéni védőfelszerelést kell biztosítani. A madár-
influenza veszélyének kitett dolgozók egészségi állapotát
naponta kell ellenőrizni. Ilyen munkakörben nem alkal-
mazhatók immunkárosodott, krónikus szív-, illetve tüdő-
betegségben szenvedők, továbbá 62 éven felüliek. Gon-
doskodni kell a fertőzött állatokkal/emberekkel kapcsola-
tba került dolgozók kezének, védőfelszerelésének, a
szennyezett felületeknek a fertőtlenítéséről, a vírustartal-
mú hulladékok, állati tetemek szakszerű ártalmatlanításá-

ról. Az importált fertőzések behurcolásának elkerülése ér-
dekében fontos a betegség által érintett országokba utazók
felvilágosítása.

A fokozottan patogén madárinfluenza-vírus hazai elter-
jedésének veszélye esetén a humán megbetegedésekkel
kapcsolatos surveillance teendőket az OEK Módszertani
útmutatóban határozza meg.

Malária

BNO10: B50-54

1. *Kórokozó:* Plasmodium falciparum (B50), Plasmo-
dium vivax (B51), Plasmodium malariae (B52) és Plasmo-
dium ovale (B53.0). Ismereteseke kevert fertőzések is.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Az Anopheles szúnyogok a fertőzött
ember vérének szívása közben fertőződnek és a sporogo-
nia (ivaros szaporodás) befejeztével, 10–30 nap múlva
válnak fertőzőképessé. Ismételt vérszíváskor a kórokozó a
szúnyog nyálával az emberi vérkeringésbe kerül. A fertő-
zés transzfúzióval, valamint transzplacentaris úton is átvi-
hető.

4. *Lappangási idő:* Plasmodium fajoként változó, álta-
lában 9–14 nap, de lehet több hónap is.

5. *Fontosabb tünetek:* Harmadnapos, negyednapos
vagy mindennapos lázrohamok, melyek hidegrázással
kezdődnek, majd 8–10 óra után izzadással hirtelen meg-
szűnnek. Krónikus maláriában lépmegnagyobbodás, el-
esettség, vérszegénység, reumás jellegű ízületi- és izom-
fájdalmak fordulnak elő. Legsúlyosabb a P. falciparum
malária klinikai lefolyása, toxikus tünetekkel: sárgaság,
haemoglobinuria, delirium, coma stb.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg akkor fertőző-
képes, ha a kórokozó gametocytái a vérben keringenek.
Kezeletlen esetekben a plasmodiumok egy idő múlva el-
hagyják a vérpályát és a májban, valamint a lépben te-
lepsznek meg, ahonnan recidíva esetén újból eláraszt-
hatják a vérkeringést. Így a P. falciparum kb. 1 évig, a
P. vivax kb. 3–4 évig, a P. malariae pedig 20–30 évig is
perzisztálhat a szervezetben. Szakszerűen kezelt bete-
gek fertőzőképessége a klinikai gyógyulás után megszű-
nik. Hazánkban már csak importált esetek fordulnak elő.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Az „Orvos
megjegyzései” rovatban közölni kell, hogy a beteg mely
endémiás országból és mikor érkezett, milyen malária pro-
filaktikumot szedett.

b) *Elkülönítés:* A beteget fertőző kórházi osztályra kell
utalni, hogy a szükséges kezelést elvégezhesék. Gondos-
kodni kell a szúnyogmentes kórházi elhelyezésről.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező.
Diagnosztikus vizsgálat céljára vért kell vastagcsepp és
2 kihúzott készítmény formájában az OEK Parazitológiai
osztályára és az ÁNTSZ területileg illetékes megyei inté-
zetének parazitológiai osztályára küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges, azonban a szúnyogmentességet biztosítani kell.

8. *Megelőzés:* Maláriát terjesztő szúnyogok elleni védekezés. Endémiás országokba utazók esetében javasolt szúnyogháló és szúnyogriasztó szerek használata. A fertőzés elkerülésére a gyógyszeres prevenciót kell alkalmazni. A gyógyszerek helyes megválasztása és adagolása időről időre függ a plasmodium fajtájától és a törzsek esetleges gyógyszer-rezisztenciájától stb. Az aktuális helyzetnek megfelelő ajánlásokat az Egészségügyi Világszervezet időnként közzéteszi, amelyről a külföldre utazó személyeket a nemzetközi oltóhelyek tájékoztatják.

Malleus

(Takonykór)

BNO10: A24

1. *Kórokozó:* Burkholderia (Pseudomonas) mallei.

2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött ló, esetleg egyéb egypatás állat.

3. *Terjedési mód:* A fertőzött állat orr-, torokváladéka vagy bőrfekélyének váladéka útján közvetlen érintkezéssel, de tárgyak (lószerszámok, szalma stb.) is közvetíthetik.

4. *Lappangási idő:* 1–5 nap, néha több.

5. *Fontosabb tünetek:* Heveny alakban a fertőzés helyén tályogok, később fekélyek, erős nátha mellett véres, gennyes fekélyek az orrban, tályogok a vázizomzatban, bronchopneumonia, 15–20 nap alatt exitus. Az idült alakban a csomók lassan fejlődnek, a test különböző részein fekélyek, esetleg – főként a tibián – csontgennyesedések jelentkeznek. Idült alak évekig eltarthat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A klinikai tünetek fennállásáig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Telefonon, faxon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának, valamint az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének. Járványügyi értesítés küldendő a fertőzés helye szerint illetékes hatósági állatorvosnak.

b) *Elkülönítés:* A beteget kijelölt fertőző osztályon (Fővárosi Szent László Kórházban) kell elkülöníteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Haladéktalanul beküldendő váladék (genny) és szerológiai vizsgálatra alvadás gátló nélkül levett vér, egyidejű telefon vagy fax értesítés mellett az Országos Állat-egészségügyi Intézetbe.

d) *Fertőtlenítés:* Szigorított folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges, melyet a megyei intézet ellenőriz. A beteg, valamint a betegségre gyanús személy környezetében folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A folyamatos fertőtlenítésnek a higiénés kézfertőtlenítésen kívül ki kell terjednie a sebváladék, valamint az orr- és torokváladék, illetve ezen váladékokkal kontaminálódott textíliák (zsebkeendő, ágynemű, háló- vagy alsóruházat), valamint evőeszközök és ivóedényzet, esetleg váladékgyűjtő edényzet fertőtlenítésére. A fertőtlenítéshez elsősorban klór ható-

anyagú dezinficienseket kell alkalmazni. Az értéktelen anyagokat (papír, zsebkendő, kötszer stb.) fertőtlenítőszeret tartalmazó, fedhető edényzetben kell gyűjteni, majd égetéssel megsemmisíteni. A beteg gyógyulása, elszállítása vagy elhalálása esetén a környezetben zárófertőtlenítést kell végezni. Ennek a fentiekén kívül ki kell terjednie az ágybetétek, takarók fertőtlenítésére, valamint a kontaminálódott felületekre, helyiségek felszerelési, berendezési tárgyaira is.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg környezetében élő személyeket a beteggel történt utolsó érintkezéstől számított 6 napra járványügyi zárlat alá kell helyezni. A fertőző forrást fel kell kutatni és azt a területileg illetékes hatósági állatorvosnak jelenteni kell.

8. *Megelőzés:* Állat-egészségügyi és munkavédelmi szabályok betartása.

Meningitis purulenta

(Gennyes agyhártyagyulladás)

BNO10: G00

Esetdefiníció: Az agyhártya különböző kórokozók által okozott gennyes gyulladása következtében jelentkező, rendszerint súlyos lefolyású, magas lázzal, fejfájással, hányással, meningeális izgalmi tünetekkel, nyugtalansággal, esetleg eszméletvesztéssel és görcsökkel járó megbetegedés.

1. *Kórokozó:* A betegséget többnyire baktériumok, de ritkán bizonyos gombák és protozoonok okozzák. Újszülött korban a leggyakoribb kórokozó az E. coli és a B-csoportú Streptococcus (S. agalactiae), de nem ritkán a Gram-negatív bélbaktériumok, a staphylococcusok és a Listeria monocytogenes. Csecsemő- és gyermekkorban a N. meningitidis, a H. influenzae (Hib), és a S. pneumoniae, felnőtt korban a S. pneumoniae a leggyakoribb kórokozó, de bármilyen életkorban minden olyan baktérium, amely bakteremiai vagy sepsist képes okozni, gennyes meningitist is okozhat. A gombák közül a Cryptococcus neoformans, a candida fajok okozhatnak agyhártyagyulladást főleg immunhiányos egyéneken. Egyes, szabadon élő amöbfa fajokat is leírták ritka esetek okozóiként.

Epidemiológiai szempontból a cseppfertőzéssel terjedő betegségeknek [N. meningitidis, H. influenzae (Hib) stb.] van elsősorban jelentősége.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó személy.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, fertőzött kórházi légtérben porfertőzés, kontakt úton orr-, torok-, köldökváladékkal, fertőzött kézzel, fertőzött ápolási kellékek és műszerek útján, újszülötteknél anyától, szülőutakon való áthaladás közben. Haematogen szóródás távoli gennyes gócból (septicaemia), közeli gócok áttérése (mastoiditis, otitis media, melléküreg-gyulladások). Traumák esetében közvetlen fertőzés (koponyatörés stb.). Amöbás gennyes agyhártyagyulladás szennyezett fürdővíztől.

4. *Lappangási idő:* 2–5 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Rendszerint súlyos lefolyás, magas láz, fejfájás, hányás, meningeális tünetek, nyugtalanság, eszméletlenség, görcsök. Szövődmény: agytályog, sepsis, peritonitis, scrotalis tályog, süketség, újszülött korban hydrocephalus. Kezeletlen esetekben a letalitás nagy. Különösen súlyos lefolyású a felnőttek *S. pneumoniae* és az újszülöttek *S. agalactiae*, illetve *E. coli* fertőződése.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Függ a fertőzés módjától. Amíg a kórokozó az orr-, torokváladékokban, illetve szekunder meningitis esetén a primer góccokban megtalálható. Bélfertőzés esetén, amíg az ürítés tart.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A mikrobiológiai vizsgálatokkal tisztázott végleges diagnózist a beteg kijelentésekor kell közölni.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházban kell elkülöníteni, cseppfertőzéssel terjedő fertőzés esetében (*N. meningitidis*, *Hib* stb.) fertőző osztályon.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Liquort, vért, esetleg gennyet a primer gócból (otitis media stb.) kell tenyésztésre küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetébe, illetve az OEK bakteriológiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Az orr-, torokváladékot, a gennyes góccok váladékát, valamint az ezekkel szennyezett tárgyakat, anyagokat folyamatosan fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Nosocomiális eredetű fertőzés előfordulása esetén kórházhigiénés előírások, a meningitises betegek környezetének célzott szűrővizsgálata (orr-, torokváladék), a pozitív esetek elkülönítése. Szülészeti, újszülött és csecsemőosztályokon a kontaktok járványügyi megfigyelése és (szükség szerint) felvételi zárlat, az utolsó érintkezéstől számítva 6 napig. A beteg környezetében fertőzőforrás kutatás.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés szabályok, kórházhigiénés rendszabályok betartása. A gennyes góccok időbeni szanálása.

Meningitis epidemica

(Meningitis cerebrospinalis epidemica)

BNO10: A39

1. *Kórokozó:* *Neisseria meningitidis* (Meningococcus) különböző szerocsoportjai, melyek elterjedtsége, dominanciája földrajzilag különböző. Az A szerocsoport jelentősebb, a C kisebb járványokat okozhat, nálunk a főleg sporadikus eseteket okozó B szerocsoport a legelterjedtebb. A W-135, az X, Y és a Z szerocsoportok kevésbé virulensek, bár ezen fertőzések is lehetnek súlyos kimenetelűek.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, ritkán közvetlen érintkezés útján.

4. *Lappangási idő:* 2–10 nap, leggyakrabban 3–4 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, rendszerint hidegrázás, fejfájás, magas láz, hányás, elesettség, igen súlyos meningeális izgalmi tünetek, eszméletlenségig fokozódó tudatzavar, a liquor zavaros, gennyes. Ritkán fulmináns sepsis képében zajlik le a fertőzés bőrvérékenység, mellékvesevérzés, collapsus is előfordulhat (Waterhouse-Friderichsen syndrome) a meningeális tünetek megjelenése előtt. Idős egyéneknél a láz hiányozhat csak az eszméletzavar kifejezett, a meningeális tünetek elmosódottak lehetnek.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A lappangási szak végétől kezdődően addig, amíg a kórokozó az orr-, torokváladékkal ürül. Adequát terápiakezelés megkezdését követő 24 óra múlva az orr-garatüregből eltűnnek a kórokozók.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházban, fertőző osztályon kell elkülöníteni a gyógykezelés időtartamára.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A sterilén vett cerebrospinalis folyadékot az anyagvételt követő 1–2 órán belül el kell juttatni az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének bakteriológiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. Elsősorban az orr-, torokváladékot és az ezzel szennyezett anyagokat kell fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg közvetlen környezetében élőket 8 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. Zárt közösségekben, igen szoros kontaktus esetén a betegek környezetében élőket antibiotikum profilaxisban (rifampicin) javasolt részesíteni. Egyéves kor alatt 5 mg/tskg, 1–12 éveseknek 10 mg/tskg, felnőtteknek 600 mg adandó 12 óránként 2 napon keresztül. Nosocomiális eredetű előfordulás esetén az érintett ápolási egységben 8 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. Antibiotikus prevenció esetén külön korlátozó intézkedésekre nincs szükség.

8. *Megelőzés:* A cseppfertőzéssel terjedő betegségek megelőzésére vonatkozó általános szabályok betartása. A fertőzés aspecifikus megelőzése mellett bizonyos szerocsoportok (az A, a C, az Y és a W) által okozott fertőzések védőoltással is megelőzhetők. Az oltás általában a nemzetközi utazásokkal kapcsolatban ajánlott, abban az esetben, ha az utazó meningococcus-fertőzésekkel erőteljesen érintett területet látogat, és a fertőződésének veszélyét egyéb körülmény is növeli (helyi lakosokkal való intenzív kapcsolat).

Haemophilus influenzae okozta meningitis

BNO: G 00.0

1. *Kórokozó:* A B típusú *H. influenzae* (Hib).

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés. A behatolási kapu leggyakrabban az orr-, garatüreg.

4. *Lappangási idő:* Valószínűleg rövid, 2–4 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Rendszerint hirtelen kezdet, láz, hányás, letargia, meningeális izgalmi jelek: csecsemőknél elődomborodó kutacs, idősebbeknél tarkókörtöttség. A meningitis kialakulása előtt otitis media vagy sinusitis gyakran előfordul.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Mindaddig, míg a kórokozó jelen van. Megfelelő antibiotikum terápia megkezdését követő 24–48 óra múlva a fertőzőképesség megszűnik.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Meningitis purulenta megnevezéssel bejelentésre kötelezett. A kijelentőlapon fel kell tüntetni a laboratóriumi vizsgálat eredménye alapján megállapított aetiológiai diagnózist.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházban (fertőző osztályon) kell elkülöníteni a gyógykezelés időtartama.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Minden meningitis esetén kötelező. Liqueur és vér küldendő az ÁNTSZ területileg illetékes mikrobiológiai laboratóriumába a kórokozó kitenyésztésére.

d) *Fertőtlenítés:* Az orr-, torokváladékra kiterjedő folyamatos fertőtlenítés szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg környezetében élő, 6 éven aluli gyermekeket 5 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A 6 évesnél fiatalabb gyermekeket ellátó/gondozó intézményekben mindenki számára – kivéve a védőoltott gyermekeket – ajánlott 4 napon át az antibiotikum (rifampicin naponta 1 alkalommal 20 mg/ttkg) prevenció. Amennyiben a beteg családjában a betegen kívül is van 6 éven aluli fogékony kisgyermek, abban az esetben mindenki számára (a felnőtteknek is) ajánlott a fenti módon az antibiotikus prevenció.

8. *Megelőzés:* A cseppfertőzéssel terjedő betegségek általános megelőzése, valamint aktív immunizálás.

Meningitis serosa

(Meningitis aseptica, savós agyhártyagyulladás)

BNO10: G03.0

1. *Kórokozó:* Különféle enterovírusok (Coxsackie A és B vírus egyes szerotípusai, echovírus (A87.0), enterovírus 71 (A85.0), a herpesvírus (B00.3), adenovírusok (A85.1), LCM vírus (A87.2), CMV (B25.8) stb. Az aetiológia sokszor ismeretlen marad. Meningitis serosa előfordulhat különböző fertőző betegségek (morbilli, influenza, parotitis epidemica) esetén. A kullancsencephalitis, más arbovírus fertőzések esetén és leptospirosisban a savós agyhártyagyulladás a betegség egyik tünete, sokszor egyetlen tünete is lehet. A szövődményes és tüneti előfordulást a megfelelő fejezetek ismertetik.

2. *Fertőző forrás:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó ember, kullancsencephalitis és leptospirosis esetében a kórokozó-hordozó vagy beteg állat.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, székletszóródás, közvetlen érintkezés, a kórokozótól függően. A zoonózisok esetében az ott ismertetett fertőzési mechanizmussal.

4. *Lappangási idő:* A kórokozótól függően 2–9 nap, esetleg több is.

5. *Fontosabb tünetek:* A klinikai lefolyás változatos. Ha a gyulladásos folyamat csak a lágy agyburokra korlátozódik, a meningeális tünetek dominálnak. Hirtelen kezdet, láz, fejfájás, szédülés, tarkómerevség, hányás vagy hányinger, néha bőrkiütések, petechiák. A liquor tiszta, nagy nyomással ürül, a fehérjesszint és a sejtszám emelkedett, a cukorszint normális. Az üledékben lymphocyták, kezdetben esetleg granulocyták is vannak. Ha a gyulladásos folyamat az agyvelőre is áttér, ami gyakori eset, meningoencephalitis a diagnózis. Ilyenkor a meningeális tünetek az encephalitis tüneteivel együttesen jelentkeznek. Gyógyulás után maradvány tünetekre lehet számítani: hosszabb ideig fejfájás, fáradékonyság, alvászavarok, meningoencephalitis esetében kóros reflexek.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A kórokozó szerint változik.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A meningeális szövődmények nyilvántartásba vétele érdekében a meningitist akkor is külön be kell jelenteni, ha más, egyébként bejelentendő fertőző betegség szövődményeként jelentkezett. Ilyenkor a bejelentőlapon az „Orvos megjegyzései” rovatban fel kell tüntetni, hogy a beteget más fertőző betegséggel (mumpsz, rubeola stb.) már bejelentették. A kijelentőlapon a laboratóriumi vizsgálat eredményét közölni kell, s azt is, ha az aetiológia tisztázatlan maradt.

b) *Elkülönítés:* Fertőző osztályon, a heveny tünetek lezajlásáig.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Vírusizolálás céljára a lehető legkorábbi időpontban (az első napokban) legalább 2 egymást követő napon székletet, torokmosó folyadékot, liquort, alvadésgátló nélkül, sterilen vett vért, majd 3–4 hét múlva ismételt vérmintát kell küldeni az OEK Virologiai főosztályára, illetve az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének virológiai laboratóriumába. A szerológiai vizsgálatoknak csak a savópárban észlelt titeremelkedés esetén vagy IgM osztályú ellenanyag kimutatása esetén van diagnosztikus értéke. Igen fontos a kísérlőiraton a kórokozóra utaló gyanú megjelölése, mert kizárólag a célzott vizsgálat teszi lehetővé a laboratórium munkáját.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg váladékait és a velük fertőzött tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok.

Mononucleosis infectiosa

(Pfeiffer-féle mirigyláz)

BNO10: B27

1. *Kórokozó:* E-B (Epstein-Barr) vírus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember és a tünetmentes üritő.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen orális érintkezés, cseppfertőzés, nyálal, fertőzött kéz útján.

4. *Lappangási idő:* 4–6 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, torokgyulladás, esetleg tüszős vagy lepedékes tonsillitis, generalizált lymphadenopathia, lépmegnagyobbodás, jellegzetes vérképváltozás (atípusos lymphociták felszaporodása). Ritkábban morbiliform vagy rubeoliform exanthema és enanthema is észlelhető. Az esetek kisebb részében sárgasággal és májfunctio eltéréssel járó hepatitis alakulhat ki. Igen ritka szövődmény a meningoencephalitis, valamint a lépruptura. A gyermekek betegsége többnyire igen enyhe, esetleg abortív lefolyású.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a klinikai tünetek fennállnak, azonban az esetek egy részénél a vírusürítés hosszú ideig is eltarthat. A kontagiozitás valószínűleg csekély.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető az illetékes kórház laboratóriumával történt előzetes megbeszélés alapján. A Paul-Bunnell reakció elvégzésére alvadásgátló nélkül vett vért kell a kórházi laboratóriumba küldeni, 3 éves kor alatt gyakori a negatív eredmény, így eddig az életkorig elvégzése szükségtelen. A betegség alatti titeremelkedés alátámasztja a diagnózist, de a típusos tünetek mellett a szerológiai próba negatív is maradhat. Az OEK Virologiai főosztályával történt előzetes megbeszélés után alvadásgátló nélkül, sterilen vett vér küldhető vírusszerológiai vizsgálat céljára.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők a folyamatos higiénés kézfertőtlenítésen kívül az orr- és a torokváladék fertőtlenítésére is terjedjenek ki. Ennek során mindazon eszközöket (evőeszközök, ivóedényzet stb.), valamint használati tárgyakat, játékokat és textíliákat (elsősorban zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törülköző), melyek a váladékokkal fertőződhetnek, virucid hatású dezinficienssekkel kell a fertőzőképesség megszűnéséig folyamatosan fertőtleníteni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok betartása.

Morbilli

(Kanyaró)

BNO10: B05

1. *Kórokozó:* Paramyxovírus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés.

4. *Lappangási idő:* 8–13 nap, a kiütések megjelenéséig 13–15 nap, de gamma-globulin adása után 21 napig is elhúzódhat.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, hurutos tünetek (conjunctivitis, rhinitis, pharyngitis, bronchitis), Koplik foltok. Exanthemák: piros, kissé kiemelkedő kiütés az arcon, a mellen, majd a törzsön és a végtagokon. A lábadozás ide-

jén korpádzó hámlás és barnás pigmentáció észlelhető. Szövődmények: otitis media, pneumonia, ritkán encephalitis.

6. *Fertőzőképesség:* A beteg már a lappangási idő utolsó napjaiban fertőzőképes, legfertőzőbb a hurutos tünetek idején. A kiütések megjelenésével a fertőzőképesség fokozatosan csökken és a kiütések megjelenésétől számított 5–6. napon megszűnik.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* Kötelező.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A kanyarós vagy arra gyanús betegről vírusszerológiai vizsgálat céljára alvadásgátló nélkül vett vért kell az OEK Virologiai főosztályára küldeni. Az első vizsgálati anyag levételétől számított 1 hét múlva újabb vérminta küldendő. Diagnosztikus értéke a savópár vizsgálata alapján megállapított titeremelkedésnek vagy a specifikus IgM osztályba tartozó ellenanyagok kimutatásának van.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők a folyamatos higiénés kézfertőtlenítésen kívül az orr- és a torokváladék fertőtlenítésére is terjedjenek ki. Ennek során mindazon eszközöket (evőeszközök, ivóedényzet stb.), valamint használati tárgyakat, játékokat és textíliákat (elsősorban zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törülköző), melyek a váladékokkal fertőződhetnek, virucid hatású dezinficienssekkel kell a fertőzőképesség megszűnéséig folyamatosan fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Megbetegedés előfordulása esetén a beteg környezetében élő, 1967 után született, 15 hónaposnál idősebb, oltási vagy újraoltási dokumentációval nem rendelkező személyeket élő, attenuált kanyaróvírus tartalmú oltóanyaggal kell oltani. Gyermekek és ifjúsági közösségekben kanyaró megbetegedés előfordulása esetén a revakcinációról, annak kiterjesztéséről az OEK Járványügyi osztályával történt előzetes egyeztetést követően kell dönteni. A kanyarós beteg fogékonynak tekinthető környezetéből passzív immunizálásban részesítendő gamma-globulinnal az expozíciót követő 6 napon belül 0,25 ml/tskg (16%-os oldat) adásával: a 15 hónaposnál fiatalabb, ezért aktív immunizálásban még nem részesíthető kisgyermek, illetve azon, korábban oltásra kötelezett, kanyarón át nem esett, kanyaró ellen nem oltott személyek, akiknél az aktív immunizálás ellenjavallt.

8. *Megelőzés:* Élő, attenuált, vírus tartalmú vakcinával való oltás az életkorhoz kötött kötelező oltások keretében. Óvodába, általános és középiskolába, továbbá felsőfokú oktatási intézménybe kizárólag védőoltásban (újraoltásban) részesített gyermek/felnőtt vehető fel. Oltási dokumentációval nem rendelkező személyt oltásban kell részesíteni.

Multirezisztens kórokozók (a továbbiakban: MRK) által okozott nosocomiális fertőzések

1. *Kórokozók:* Az Országos Epidemiológiai Központ által kiadott tájékoztató kiadványban megadottak szerint

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Kórokozótól függően direkt vagy indirekt kontaktus útján, cseppfertőzéssel, esetleg közös terjesztő tényezők (pl. infúzió, gyógyszer) közvetítése révén.

4. *Fontosabb tünetek:* Az adott kórokozóra és infekcióra jellemző tünetek.

5. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Bejelentésre kötelezett. Az EFRIR központi adatbázisába történő bejelentkezéssel és az esetre vonatkozó adatok rögzítésével.

Esetdefiníció: Olyan kórokozók által okozott nosocomiális fertőzések, amelyek egy vagy több, az elpusztításukra hagyományosan alkalmazott antimikrobiális szerrel (antimikrobiális szercsoporttal) szemben rezisztenciát mutatnak. Nosocomiális eredetűek azok a fertőzések, melyeket a beteg, a személyzet vagy a látogató az egészségügyi intézményben az ellátás, a munka, illetve a látogatás során szerez.

b) *Elkülönítés:* A kórokozónak, illetve kórformának megfelelően szükséges a fertőzött és kolonizált ápoltak elkülönítése. Az elkülönítés során a standard izoláció (kézfertőtlenítés, egyszerhasználatos kesztyű, védőruha), illetve a kontakt izoláció szabályai követendők: külön kórterem (kohorsz izoláció lehetséges), személyre szóló ápolási eszközök biztosítása. Az ilyen beteg vizsgálatait a kórteremben kell végezni, amennyiben egyéb vizsgálatok és beavatkozások céljából a beteget más osztályra, intézménybe kell átvinni, a fogadó osztályt/intézményt előzetesen értesíteni kell. Az izolált személy az izoláció teljes időtartama alatt nem hagyhatja el a kórtermet. Az izolált személyhez lehetőség szerint külön ápolószemélyzetet kell biztosítani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező a kórokozó kitenyésztésére irányuló vizsgálat, valamint az antibiogramm meghatározás. Halmozott előfordulás esetén a törzseket az ÁNTSZ területileg illetékes regionális laboratóriumába kell beküldeni.

d) *Fertőtlenítés:* A fertőzött/colonizált beteg környezetében megelőző (folyamatos) és zárófertőtlenítést kell végezni. A beteg ápolásához használt eszközöket, a beteg használati tárgyait használatukat követően fertőtleníteni/sterilizálni kell. Az izoláció feloldását követően a zárófertőtlenítést széles spektrumú fertőtlenítő szerrel kell elvégezni.

7. *Teendők a beteg környezetében:*

A fertőzöttek és kolonizáltak szűrését, elkülönítését az OEK „Tájékoztató”-ban meghatározottak szerint a kórokozónak, illetve kórformának megfelelően kell végezni.

8. *Megelőzés:* A feleslegesen alkalmazott antibiotikum prevenció vagy kezelés elkerülése, mivel ez rezisztens

kórházi törzsek kialakulásához vezet; aktív infekciókontroll (eszközös beavatkozások és ápolási folyamatok szabályozása és ellenőrzése; izolációs szabályok betartása; az asepsis-antisepsis szabályainak betartása).

Nosocomiális véráramfertőzés

1. *Kórokozók:* A véráramfertőzések során a leggyakrabban izolált kórokozók: koaguláz-negatív staphylococcusok, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter spp, Klebsiella pneumoniae, Candida spp stb.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Direkt vagy indirekt. A kórokozó terjedhet a nem megfelelően fertőtlenített/sterilizált, vagy utólag kontaminálódott diagnosztikus, terápiás eszközök révén.

4. *Fontosabb tünetek:* Véráramfertőzés (szepszis) a szervezetben infekció hatására kialakuló szisztémás válaszreakció, megjelenési formájában megfelel a „szisztémás gyulladásos válasz szindrómának” (Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS), amelynek fő tünetei a 38 °C fok feletti vagy 36 °C fok alatti testhőmérséklet, 80/perc vagy a feletti pulzusszám, 20/perc vagy a feletti légzésszám, 12000/mm³ feletti vagy 4000/mm³ alatti fehérvérsejt-szám.

5. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Bejelentésre kötelezett. Az EFRIR központi adatbázisába történő bejelentkezéssel és az esetre vonatkozó adatok rögzítésével.

Esetdefiníció: Az OEK által megjelentetett Tájékoztató (Nosocomiális fertőzések megelőzése I.) szerint: A véráramfertőzés akkor minősíthető nosocomiálisnak, ha a klinikai tünetek a beteg egészségügyi ellátását követően, legalább 48 óra múlva kezdődnek.

b) *Elkülönítés:* A beteget általában nem szükséges elkülöníteni, a standard izoláció szabályait kell betartani. Multirezisztens kórokozók (pl. MRSA, VRE, ESBL termelő Gram-negatív baktériumok) esetén indokolt/szükséges a beteg elkülönítése a kontakt izoláció szabályai szerint.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Diagnosztikus vizsgálatra a haemokultúrát egy lázas periódusban, három alkalommal különböző testtájáról kell venni. A centrális vénás katéterrel összefüggő véráram fertőzés esetén két helyről, a katéteren keresztül a centrális vénából, és ezzel egy időben valamelyik perifériás vénából kell a vért levenni. Halmozott előfordulás esetén a törzseket az ÁNTSZ területileg illetékes regionális laboratóriumába kell beküldeni.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg vérével, testváladékaival szennyezett eszközöket, tárgyakat fertőtleníteni/sterilizálni kell.

7. *Megelőzés:* Az asepsis szabályainak szigorú betartása a katéter behelyezése, illetve az ezzel kapcsolatos minden tevékenység során.

Ornithosis

BNO10: A70

1. *Kórokozó:* Chlamydia psittaci.

2. *Fertőzés forrása:* Különböző madárfajok, papagáj, nálunk elsősorban a háziszárnyasok, fiatal kacsák, galamb, pulyka, csirke és liba, igen ritkán az ember.

3. *Terjedési mód:* Légúti, a fertőzött szárnyasok tolla, pihéje, a fekáliájukkal szennyezett por, különösen a kopasztás alkalmával. Közvetlen érintkezéssel, fertőzött piszkos kezek révén, peroralisan. A fertőzött állat csípése, karmolása útján is terjed. Emberről emberre kivételesen a légúti fertőzések mechanizmusa szerint terjedhet.

4. *Lappangási idő:* 4–15 nap, leggyakrabban 10 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hidegrázás, magas láz, fejfájás, tagfájdalmak, mellkasi szűrés, köhögés, köpetürítés, az esetek többségében csak röntgenvizsgálattal kimutatható pneumonia, gyorsult vörösvérsejt-süllyedés.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Általában a klinikai gyógyulásig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A megbetegedésről a területileg illetékes hatósági állatorvost értesíteni kell.

b) *Elkülönítés:* A beteget a klinikai gyógyulásig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldendő alvadásgátló nélkül vett vér a betegség első 10 napján, valamint 21–25 napja között az OEK Virologiai főosztályára vagy az ÁNTSZ területileg illetékes intézetének víruslaboratóriumába. Diagnosztikus értéke csak a savópár vizsgálata alapján megállapított titeremelkedésnek van. Az erőteljes antibiotikum kezelés késleltetheti az ellenanyagválasz kialakulását, ezért ha a második vérminta eredménye is negatív, újabb minták küldendőek be 2 hetes időközzel a betegség 6. hetéig.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. Baromfitenyésztéssel, tollfeldolgozással, diszmadár-kereskedéssel, madarak gondozásával, tartásával foglalkozók a munka után higiénés kézfertőtlenítést kötelesek végezni, illetve indokolt esetben orr-, szájmascsk vagy légzésvédő viselése is szükséges. A fertőzött madarak csípése, karmolása esetén a seb azonnali ellátása, fertőtlenítőszeres sebtoilette végzése is feltétlenül indokolt. Betegség vagy annak gyanúja esetén az elkülönített beteg összes váladékát, ürülékét elegyítéssel módszerrel, váladékokkal kontaminálódott textiliákat (ágynemű, hálóruga stb.), valamint az eszközöket, tárgyakat beáztatásos módszerrel, elsősorban klór hatóanyagú dezinficiens oldatával kell fertőtleníteni. A beteg ápolója viseljen orr-szájmascskot. A fertőző forrásként szereplő madarakat el kell pusztítani, a tetemeiket azonnal 10%-os klórmészoldatba kell helyezni, majd erre alkalmas helyen elégetni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés és munka-egészségügyi rendszabályok betartása a baromfifeldolgozó és baromfinevelő üzemekben (elszívóberendezések stb.). Az ál-

lat-egészségügyi ellenőrzésre kötelezett áruk nemzetközi forgalmára vonatkozó előírások betartása.

Paratyphus

(Paratífusz)

BNO10: A01.4

1. *Kórokozó:* Salmonella paratyphi-A (A01.1), Salmonella paratyphi-B (A01.2), Salmonella paratyphi-C (A01.3).

2. *Fertőzés forrása:* Beteg vagy kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* A fertőzöttek székletével, vizeletével terjed, közvetlen érintkezés, tej, egyéb élelmiszerek, ivóvíz, legyek, tárgyak közvetítésével.

4. *Lappangási idő:* 1–10 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A hastífusztól klinikailag általában alig különíthető el (láz, lépmegnagyobbodás, roseola stb.), de lezajlásában annál enyhébb. Gastroenteritises tünetek vezethetnek be, enyhe esetben a tifózus forma esetleg nem is alakul ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A betegség tartama alatt, gyakran a gyógyulást követően is mindaddig, amíg a kórokozó a széklettel vagy a vizelettel ürül. Tartós kórokozó-hordozás is kialakulhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Az írásbeli jelentésen kívül telefonon, faxon is jelenteni kell az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének, valamint az OEK Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Kötelező, kórházi fertőző osztályon. A beteget addig kell elkülöníteni, amíg a klinikai tünetek megszűnése és az antibiotikus terápia befejezését követő 48 óra múlva, egymást követő napokon vett 3 széklet és vizeletminta vizsgálata negatív eredményt nem ad. Ha a vizsgálatsorozatból egy is pozitív, az elkülönítés megszüntethető, de a gyógyultat járványügyi ellenőrzés alatt kell tartani mindaddig, amíg a kórokozó hordozása meg nem szűnik. A járványügyi ellenőrzés alatt álló személyeket el kell tiltani a 0–6 éves gyermekek közösségének látogatásától vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörtől, a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztás végzésétől; illetve hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, ételek, italok kezelésétől; közétkeztetésben, vízművekben való foglalkoztatástól; anyatej adásától, illetve anyatej kezeléstől. A beteg, illetve kórokozó-ürítő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszer, ital kivételét is meg kell tiltani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus célra beküldendő széklet és vizelet, továbbá steril, alvadásgátló nélkül vett vér. (Javasolt kereskedelmi haemocultura palackokba vett vér beküldése is.) Az első mintákat lehetőleg az antibiotikum terápia megkezdése előtt a betegség első napjaiban kell venni. A vizsgálato-

kat – ha a tenyésztés negatív eredményű – célszerű 3 héten belül többször megismételni, akkor is, ha a beteg időközben antibiotikum kezelésben részesül. A kórokozó kitegyesztése a beteg váladékaiból igazolja, az ismételt szerológiai vizsgálatokban észlelt titeremelkedés megerősíti a diagnózist. Felszabadító és ellenőrző vizsgálat céljára székletet és vizeletet kell küldeni [lásd a 7. A) b) pontban foglaltakat]. A paratífusból gyógyult és az elkülönítés alól felszabadított személynél az utolsó pozitív leletől számított 1 éven át havonta egy alkalommal széklet- és vizeletvizsgálatot kell végezni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg vagy arra gyanús személy környezetében a folyamatos fertőtlenítésnek ki kell terjednie mindazon eszközre, tárgyra, felületre, mely széklettel, vizelettel szennyeződött vagy szennyeződhetett. Legfontosabb a kéz fertőtlenítése, melyet folyamatosan a fertőzés megszűntéig mind a betegnek, mind pedig az ápoló személyeknek végezniük kell főleg a WC-használat után, étkezések előtt, illetve a betegellátás, betegápolás befejeztével. Igen fontos a beteg által használt WC, illetve árnyékszék, ágytál, vizeletgyűjtő edény (kacsa) tartalmának váladék-fertőtlenítő szerrel való elegyítése, magának az edényzetnek, WC-kagylónak, ülőkének stb. beáztatásos, lemosó módszerrel történő dezinfekciója. Ugyanígy folyamatosan fertőtleníteni kell a beteg által használt evő- és ivóedényzetet, evőeszközöket, ételmaradékot. Beáztatással, illetve fertőtlenítő mosással kell fertőtleníteni a beteg, illetve az ápoló személyzet által használt textíliákat (ágynemű, hálóruga, védőköpeny, törülköző stb.). A betegszoba padlózatát, esetleg kontaminálódott bútorzatát, egyéb tárgyait is fertőtleníteni kell. Rovarmentességet biztosítani kell.

B) Teendők a beteg környezetében:

A beteggel érintkezett személyeket 14 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és ezen időre ki kell tiltani a 7. A) b) pontban felsorolt foglalkozásokból és intézményekből. A beteggel érintkezett és járványügyi megfigyelés alá helyezett személyek foglalkozásukat/tevékenységüket, illetve közösségek látogatását csak akkor folytathatják, ha a megfigyelési idő második hetében elkezdett, egymást követő napokon vett 2 széklet- és vizeletminta vizsgálata negatív eredményt adott. 0–6 éves gyermekek közösségében történt megbetegedés esetén 14 napi felvételi zárlatot kell elrendelni. Ha a megbetegedést kórházi osztályon észlelték, a beteg elkülönítése után a vele érintkezett ápolókat és az ápoló személyzetet, 14 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni és el kell végezni a széklet- és vizeletvizsgálatokat. Az esemény, továbbá az osztály adottságaitól függően 14 napos felvételi zárlat is elrendelhető. Megbetegedés vagy tünetmentes ürítés esetén értelemszerűen az előző pontokban felsoroltak szerint kell eljárni (elkülönítés, járványügyi ellenőrzés, munkából való kitiltás stb.). Ha a beteggel érintkezett ápolók alapbetegsége megengedi, hazabocsáthatók, de otthonukban a járványügyi megfigyelést folytatni kell, s ezt zárójelentésükre fel kell jegyezni, a lakóhely szerint illetékes városi

intézet egyidejű értesítése mellett. A fertőzés forrását fel kell kutatni. A beteg környezetében kórokozó-hordozásra irányuló székletsűrő vizsgálatot kell végezni. A felderített pozitív személyeket járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, s velük kapcsolatos eljárásokat és laboratóriumi vizsgálataikat e rendelet 30. § (2)–(6) bekezdésében foglaltak szerint kell elvégezni.

A kórokozógazda lakásváltoztatásáról vagy haláláról háziorvosa értesíti a területileg illetékes városi intézetet. Az utóbbi jelenti az eseményt a területileg illetékes megyei intézetnek (majd ez az OEK Járványügyi osztályának), valamint lakáscímváltozás esetén megküldi a kórokozógazda nyilvántartási lapját az új lakóhely szerint illetékes városi intézetnek.

A kórokozó-ürítők és kórokozógazdák felszabadítására (járványügyi ellenőrzésük megszüntetésére) vonatkozó eljárások:

A) A kórokozó-ürítő felszabadítására vonatkozó vizsgálatokat

a) meg lehet indítani, ha laboratóriumi ellenőrző vizsgálatai legalább 6 hónapon át folyamatosan negatívak;

b) meg kell indítani, ha az ellenőrző vizsgálatok egy éven át folyamatosan negatívak.

A felszabadító vizsgálat 8 egymás után következő héten át végzett heti 1 identifikált széklet és vizelet bakteriológiai vizsgálatából áll. Ha ezek mind negatívak és e vizsgálatok után vett duodenális váladék vizsgálata is negatív, a baktériumürítő járványügyi ellenőrzése megszüntethető.

B) A kórokozógazda felszabadító vizsgálatait akkor lehet megindítani, ha 1/2 évi ellenőrző vizsgálatai legalább két éven át állandóan negatív eredményűek voltak, és a kórokozógazda kéri a járványügyi ellenőrzés megszüntetését.

A felszabadító vizsgálat 6 hónapon át havonta 2 alkalommal (összesen tehát 12) személyes ellenőrzés mellett vett széklet- és vizeletminta bakteriológiai vizsgálatából áll. Ha ezek, valamint a vizsgálatok után végzett duodenális váladékvizsgálat is kivétel nélkül negatív eredménnyel zárult, a kórokozógazdát fel kell szabadítani. A felszabadított kórokozógazdát még további egy évig havonta egy alkalommal laboratóriumilag ellenőrizni kell.

8. Megelőzés:

Általános egészségügyi rendszabályok betartása: Az élelmiszerek, italok higiénés kezelése és forgalmazása, megfelelő település és környezet-egészségügyi feltételek (jó ivóvízellátás, szennyvízelvezetés és -tisztítás, szemétkelés stb.) biztosítása, egészségnevelés, felvilágosítás, magas fokú személyi higiéné, kórokozó-hordozók felkutatása és járványügyi ellenőrzése.

Parotitis epidemica

(Mumpsz, járványos fültőmirigy-gyulladás)

BNO10: B26

1. *Kórokozó:* A Paramyxovírusok családjához tartozó mumpsz vírus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, esetleg fertőzött tárgyak közvetítésével.

4. *Lappangási idő:* 14–21 nap, leggyakrabban 18 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, a nyálmirigyek, elsősorban a fültőmirigy, néha csak az áll alatti mirigy alig fájdalmas duzzanata. A betegek 75%-ánál kétoldali parotitis alakul ki oly módon, hogy először egyoldali, majd 1–5 nap múlva másik oldali duzzanat is létrejön. A fertőzések nagy része tünetmentesen zajlik le. Generalizált fertőzés következményeként jelentkezhet: meningoencephalitis, pubertáskoron túl orchitis, ritkán oophoritis, pancreatitis. Ezek néha parotitis nélkül is előfordulhatnak.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A lappangási idő végétől a nyálmirigyek duzzanatának fennállásáig. A beteg a klinikai tünetek kezdete előtt 48 órával a legfertőzőbb.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteg körül:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget a klinikai tünetek teljes megszűnéséig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Az első alvadásgátló nélkül, sterilen vett vérmintát a betegség korai szakában, a másodikat két hét múlva kell beküldeni az OEK Vírusdiagnosztikai osztályára. Diagnosztikus értéke az IgM osztályba tartozó ellenanyagok kimutatásának, illetve a négyszeres titeremelkedésnek van.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, valamint a megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges legfontosabb fertőtlenítési teendő – a folyamatos kézfertőtlenítésen kívül – az orr- és torokváladék, a köpet, illetve az ezekkel szennyeződött tárgyak, textíliák folyamatos fertőtlenítése, melyet a fertőzés megszűnéséig kell végezni. Ennek elsősorban ki kell terjednie a zsebkendőkre, ágyneműre, hálórúhára, valamint az evőeszközökre, ivóedényzetre, a beteg körüli bútorzat felületeire, a padlózatra. A betegszobát – a levegő csíraszámának csökkentése céljából – gyakran kell szellőztetni. A betegség lezajlása, illetve a fertőzőképesség megszűnése után az egész betegszobára kiterjedő zárófertőtlenítést kell végezni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Közösségi esetek/halmozódások előfordulása esetén a megbetegedési veszély elhárítása céljából a fogékony személyeket aktív immunizálásban kell részesíteni az OEK Járványügyi osztályával történő előzetes megbeszélés alapján.

8. *Megelőzés:* Védőoltás, életkorhoz kötött, kötelező védőoltások végzése.

Pertussis

(Szamárköhögés)

BNO10: A37

1. *Kórokozó:* Bordetella pertussis.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, ritkán közvetlen érintkezés vagy tárgyak révén.

4. *Lappangási idő:* Általában 7–10 nap, ritkán 21 napig terjedhet.

5. *Fontosabb tünetek:* 1–2 heti hurutos szak után a köhögés jellegzetessé válik: rohamokban jelentkezik, a szaggatott, erőltetett kilégzést hangos, húzó belégzés követi (convulsiv szakasz). Fiatal csecsemőknél az expirium végén apnoe állhat be. A rohamok gyakran hányással fejeződnek be. Az oltatlan csecsemők megbetegedése súlyos lefolyású lehet. Szövődmények: pneumonia, pneumothorax. A pertussis ellen oltottak és felnőttek között gyakori az atípusos, enyhe, abortív megbetegedés. A pertussishoz hasonló, de általában enyhébb lefolyású betegség a parapertussis, melynek kórokozója a B. parapertussis. Az ún. pertussis syndromát, a pertussisnak megfelelő klinikai képet egyéb kórokozók is okozhatnak: pl. adenovírusok, para-influenzavírusok, RS vírusok stb.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Legfertőzőbb a hurutos szakban, a jellegzetes köhögés kifejlődése előtt. A görcsös szaktól kezdve a fertőzőképesség fokozatosan csökken és a betegség kezdetétől számított 5. hét után kezeletlen esetekben is megszűnik.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget el kell különíteni az oltatlan csecsemőktől, gyermekektől, de a bakteriális szuperinfekció elkerülése érdekében lehetőleg a felnőttektől is. Antibiotikum terápiában részesített beteg esetében a terápia a megkezdését követő 5–7. napon a fertőzőképesség megszűnik. Az elkülönítés tehát az antibiotikum terápia megkezdésétől számított 1 hét után feloldható.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A klinikai diagnózis megerősítése, parapertussistól és egyéb kórokozók által okozott pertussis syndromától való elkülönítés céljából savópár küldendő az OEK-be. Az első – alvadásgátló nélkül, sterilen vett – vérmintát a gyanú felvetésekor az antibiotikus kezelés megkezdése előtt, a másodikat 4–5 héttel később kell beküldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő. A fertőző beteg, valamint a megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges legfontosabb fertőtlenítési teendő – a folyamatos kézfertőtlenítésen kívül – az orr- és torokváladékok, a köpet és a gennyes váladékok, illetve ezekkel a váladékokkal szennyeződött tárgyak, textíliák folyamatos fertőtlenítése, melyet a fertőzés megszűnéséig kell végezni. Ennek elsősorban ki kell terjednie a zsebkendőkre, ágyneműre, hálórúhára, valamint az evőeszközökre, ivóedényzetre, a beteg körüli bútorzat felületeire, a padlózatra. A betegszobát – a levegő csíraszámának csökkentése céljából – gyakran kell szellőztetni. A betegség lezajlása, illetve a fertőzőképesség megszűnése után az egész betegszobára kiterjedő zárófertőtlenítést kell végezni.

B) Teendők a beteg környezetében:

a) A beteggel érintkezett 6 éven aluli gyermekeket 14 napi időre járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A hurutos gyermeknél orvosi vizsgálatot kell végezni. A beteggel érintkezett, oltatlan vagy életkoruknak megfelelően csak részben oltott gyermekeket bölcsődék, óvodák, bentlakásos gyermekintézmények és iskolák látogatásától 14 napra el kell tiltani.

b) A megbetegedés B) a) pontban felsorolt gyermekközösségekben való előfordulása esetén a beteg izolálása után a gondozottakat 14 napra járványügyi megfigyelés alá kell venni, a korának megfelelően hiányosan oltott gyermekek számára 14 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. A beteggel otthonában, gyermekintézményben érintkezett, pertussis ellen 1 évnél régebben oltott, 6 évesnél fiatalabb korú gyermekeket antibiotikum profilaxisban javasolt részesíteni.

c) Kórházi osztályon előfordult megbetegedés esetén a pertussisos beteg elkülönítése után 14 napi időre járványügyi megfigyelés alá kell helyezni a 6 éven aluli oltatlan, vagy részlegesen oltott betegeket. A járványügyi megfigyelés alatt álló ápoltak alapbetegségük gyógyulása után a kórházból hazabocsáthatók, de a megfigyelést az otthonukban is folytatni kell. A zárójelentésben fel kell tüntetni a kontaktus tényét és az esetleges kemoprofilaxis elvégzését. A kórteremben felvételi zárlatot kell elrendelni minden 1 éven aluli, valamint olyan 1–6 éves gyermek számára, aki korának megfelelően hiányosan oltott.

8. *Megelőzés:* Életkorhoz kötött kötelező védőoltások.

Pestis

BNO10: A20

1. *Kórokozó:* Yersinia pestis.

2. *Fertőzés forrása:* Vadon élő rágcsálók, patkány, fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* A pestist a fertőzött állatról, igen ritkán a fertőzött emberről a patkánybolha (*Xenopsylla cheopis*) vagy más bolha viszi át emberre. Beteg állattal történt közvetlen érintkezés, beteg állat harapása által is előfordultak emberi megbetegedések. A tüdőpestis cseppfertőzéssel terjed.

4. *Lappangási idő:* 2–6 nap, néha hosszabb, primér tüdőpestisnél 1–3 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség hirtelen magasra emelkedő lázzal, zavartsággal, delíriumig fokozódó nyugtalansággal kezdődik. A kórokozó leggyakrabban bolha csípése révén kerül az ember szervezetébe, ennek következtében ún. bubopestis fejlődik ki, azaz a behatolási kapuhoz közeli nyirokcsomó megnagyobbodása, gyulladása jön létre. A bubopestises betegek egy részénél a folyamat generalizálódik, a septicaemia következtében pestis-pneumonia fejlődhet ki. A tüdőpestis epidemiológiai jelentősége abban áll, hogy a beteg már nem csupán a bolha közvetítésével, hanem közvetlenül, cseppinfekció révén is fertőzőképes: a környezetében lévő személyeknél elsődleges

tüdőpestis alakulhat ki. Az elsődleges septicaemiás formában lokális elváltozás nincs.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre általában tüdőpestis esetében terjed a fertőzés. Ez esetben a betegség egész fennállása alatt rendkívül fertőző. A bolhák hónapokig fertőzőek maradnak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A megbetegedést vagy annak gyanúját telefonon, faxon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának és az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének. Az esetet az OTH jelenti az Egészségügyi Világszervezetnek.

b) *Elkülönítés:* A beteget rovartalanítás után a kijelölt kórházban (Fővárosi Szent László Kórház) kell elkülöníteni. Az elkülönítés egyedi: egy helyiségben csak egy beteget szabad elhelyezni. A beteg ápolását csak erre kijelölt személy végezheti. A beteg ápolója ápolás közben csak egyszerhasználatos zárt védőruhát használhat. A betegellátás során arcvédőt kell viselni. A beteg elkülönítése bubopestis esetében megszüntethető a hatásos antibiotikum kezelés megkezdését követő 3. nap után, tüdőpestisnél az adekvát antibiotikum terápia 3. napját követően, ha a beteg klinikai állapota is javult.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra bubopestis esetén gennyet, tüdőpestis esetében köpetet kell – egyidejű telefon vagy fax értesítés mellett – haladéktalanul, külön gépkocsin az OEK bakteriológiai osztályára küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Szigorított folyamatos és zárófertőtlenítés végzendő, melyet az ÁNTSZ illetékes megyei intézete ellenőriz. Szigorított, folyamatos fertőtlenítésnek kell alávetni az elkülönítő helyiséget, annak minden felületét, valamennyi berendezési tárgyát. A beteg ágyneműje egyszerhasználatos kell hogy legyen. Ennek hiányában a textilágynemű mosodába nem kerülhet, csak égetésre. A beteg csak kórházi fehérneműt használhat, és használat után ezt is el kell égetni. A fertőtlenítésre elsősorban klór hatóanyagú dezinficienset kell alkalmazni, az egyes dezinficiensnél megadott alkalmazási koncentrációk felső értékeit figyelembe véve megnyújtott expozíciós idő mellett. Az elkülönítő helyiségben csak egyszerhasználatos papírtörülköző használható.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel érintkezett személyeket 7 napra szigorított járványügyi megfigyelés (zárlat) alá kell helyezni, és kemoprofilaxisban részesíteni, tetracyclinnel (15–30 mg/tskg/nap) vagy szulfonamiddal (40 mg/tskg/nap) egy héten keresztül.

8. *Megelőzés:* Patkányok és bolhák irtása, főleg kikötőkben, járműveken.

9. *Eljárás nemzetközi forgalomban:* Vízi jármű esetében a dunai egészségügyi felügyeletről szóló 1/1966. (XI. 5.) EüM–BM–KPM együttes rendeletben foglaltak szerint kell eljárni. Fertőzött vagy fertőzésre gyanús hajó

(repülőgép) utasait a megérkezéskor rovarmentesíteni kell, és 6 napos járványügyi megfigyelés alá kell helyezni.

Poliomyelitis

(Heveny gyermekbénulás)

BNO10: A80

1. *Kórokozó:* Poliovírus 1, 2, 3 típusa.

2. *Fertőző forrás:* A tünetmentes vírusürítő, valamint a beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Főleg enterális úton, kisebb mértékben cseppfertőzés útján terjed, közvetlen érintkezéssel, fertőzött élelmiszerek, tárgyak és szennyvíz közvetítésével.

4. *Lappangási idő:* 3–35 nap, általában 7–14 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A poliovírus fertőzések túlnyomó többségükben tünetmentesek maradnak. A megbetegedéssel járó fertőzések igen nagy része abortív formában zajlik le 1–3 nap alatt, enyhe enterális vagy légúti huruttal, fejfájással. Ha ezután a prodromalis szak után a klinikai tünetek nem szűnnek meg, 2–3 napos intervallum után kifejlődik a preparalitikus szak, meningealis izgalmi tünetekkel (láz, fejfájás, hányás, gerincfájdalmak, aluszékonyság vagy nyugtalanság, a liquorban a meningitis serosára jellemző tünettől). Ha a betegség tovább fejlődik, a paralitikus szakban megjelennek a bénulások. Rendszerint erős izzadás, izomgyengeség és izomfájdalmak vezetnek a bénulásokhoz, de előfordulhat, hogy a rövid prodromum után hirtelen kifejlődő bénulás az első észlelt tünete a betegségnek. A bénulás petyhüdt típusú, rendszerint aszimmetrikus.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a széklettel és a torokváladékkal ürül. A vírus a torokváladékkal a fertőzést követő 3. naptól kb. a 10. napig, a széklettel a 3. naptól kb. 4 héten át ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Telefonon, faxon is jelentendő az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetnek és az OEK Járványügyi osztályának. A virológiailag megerősített esetet az OTH jelenti az Egészségügyi Világszervezetnek.

b) *Elkülönítés:* A beteget 4 hétig a Fővárosi Szent László Kórházban kell elkülöníteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldendő a betegség korai szakában 3 egymást követő napon vett székletminta és garatöblítő folyadék (torokmosó folyadék), 1–2 liquor minta, valamint akut és rekonvaleszcens savó (intervallum legalább 21 nap, alvadésgátló nélkül, sterilen vett vér) kizárólag az OEK Virológiai főosztályára. Halállal végződött esetekben a lehető legrövidebb időn belül elvégzett szekció anyagából agy és gerincvelő mintákat kell küldeni, kizárólag az OEK Virológiai főosztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A kórházban elkülönített beteg környezetében folyamatos fertőtlenítést kell végezni, mely terjedjen ki – folyamatosan végzett kézfertőtlenítésen kívül – a beteg

összes váladékára (orr-, torokváladék, hányadék) és ürülékére (széklet, vizelet), valamint minden olyan eszközre (evőeszköz, ivóedényzet stb.) tárgyra (ágytál, vizeletgyűjtő edény, hánytál), textíliára (ágynemű, takaró, hálóruga, törülköző, védőköpeny stb.), valamint a betegszoba padló, esetleg falfelületeire, bútorzatára, egyéb felszerelési és berendezési tárgyaira.

A beteg elszállítása után az otthoni, esetleg más (üdülő stb.) környezetében élők által használt WC-t, árnyékszéket 14 napig folyamatosan fertőtleníteni kell, valamint a WC használata után kézfertőtlenítést kell végezni. A beteg kórházi, valamint otthoni környezetében virucid hatással is rendelkező dezinficienset kell alkalmazni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg környezetében élőket 14 napra járványügyi megfigyelés alá kell venni, és székletüket fertőtleníteni kell. Egyedi járványügyi vizsgálattal tisztázni kell, hogy a beteg vagy annak családjában, intézeti környezetében kapott-e valaki élő, attenuált vírustartalmú vakcinát. Rendkívüli esetben az OEK és az ÁNTSZ döntése az irányadó.

8. *Megelőzés:* Védőoltás. Életkorhoz kötött oltások végzése.

Q-láz

BNO10: A78

1. *Kórokozó:* Coxiella burnetii.

2. *Fertőzés forrása:* Házi állatok, főként tehenek, juhok, kecskék, kisebb vadon élő állatok (pl. borz) rágcslók.

3. *Terjedési mód:* Leggyakoribb a légúti fertőzés, a váladékokkal fertőzött por belégzése útján, istállókban, gyapjú- és szőrmefeldolgozás közben stb. A kullancs ürüléke is fertőzhet ilyen módon. Közvetlen érintkezés a fertőzött házi állatokkal, azok húásával, bőrével, tej útján. Elvetelt állatok abortumának szövetei.

4. *Lappangási idő:* Rendszerint 2–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, magas láz, száraz köhögés, izomfájdalmak, fejfájás: Pneumonia kevés fizikális elváltozással, de röntgenvizsgálattal kimutatható. Krónikus lefolyás, endocarditis is előfordulhat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre általában nem terjed, pneumonia esetében előfordulhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldhető diagnosztikus vizsgálat céljára a betegség első napjaiban és 3 héttel később alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérminta az OEK Virológiai főosztályára. Mivel a Q-láz hazánkban igen ritka, ha savópár nem küldhető vizsgálatra, egyetlen rekonvaleszcens vér vizsgálatának is lehet diagnosztikus értéke.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő. Elsősorban az orr-, torokváladékokat, köpetet, egyéb váladékokat, valamint az ezekkel szennyezett tárgyakat kell fertőtleníteni. Kullancsok ellen is kell védekezni.

8. *Megelőzés:* Általános egészségügyi rendszabályok betartása, az istálló- és tejhigiénia szabályainak megtartása.

Rubeola

(Rózsahimlő)

BNO10: B06

Congenitalis rubeola syndroma (CRS)

BNO10: P35.0

1. *Kórokozó:* A Togaviridae család, Rubivírus genusát alkotó Rubeola vírus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és tünetmentes fertőzött személy.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, ritkábban a beteg váladékaival frissen szennyezett tárgyak révén.

4. *Lappangási idő:* 14–21 nap, leggyakrabban 16–18 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A tünetmentes átvészelés gyakori. A betegség, főleg felnőtteken hurutos tünetekkel járó 1–4 napos bevezető szakkal kezdődik, ez gyermekeken hiányozhat. Az exanthema az arcon jelentkezik, majd 1–3 nap alatt végig halad a testen és elhalványodik. Rózsaszínű, maculo-papulosus, pár milliméter nagyságú, nem konfluáló elemek alkotják. A kiütés morbillihez vagy scarlatinához hasonló is lehet. Nyirokmirigyek duzzanata a fül mögött, a tarkón. A rubeolával fertőzött újszülöttek (congenitalis rubeola) jellemző tünetei: szem-, szív-, csontfejlődési rendellenesség, halláskárosodás, szellemi visszamaradottság, halvaszületés, koraszülés stb., melyek közül egyesek már a születéskor észlelhetők, mások azonban esetleg csak később (halláskárosodás).

6. *Fertőzőképesség tartama:* A fertőzőképesség a kiütések megjelenése előtt kb. 1 héttel kezdődik és a kiütések megjelenése után mintegy 4 napig tart. Rubeolás fertőzéssel született újszülöttek hónapokig üríthetik a vírust, és fertőzőképesek lehetnek.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A CRS 2 éves korig bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget oltatlan gyermekektől és terhes nőktől távol kell tartani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A diagnózis tisztázása céljából alvadésgátló nélkül, sterilen vett két vérmintát kell küldeni az OEK Vírusdiagnosztikai osztályára: az első a betegség kezdetekor, a másodikat két hét múlva. Rubeola-gyanús klinikai tüneteket mutató, vagy a rubeola fertőzésnek kitett, terhességük első három hónapjában lévő nőktől ugyancsak két vérmintát szükséges küldeni az OEK Virologiai Főosztályára. Az első vérmintát az expozíciót követő 7 napon belül, ha pedig rubeola-gyanús tünetek jelentkeznek a terhesen, a kiütés megjelenését követő 3 napon belül kell levenni. A második vérmintát az expozíció vagy a kiütés megjelenése utáni 10–14 nap között kell levenni.

A HAG titeremelkedés vagy rubeola specifikus IgM osztályú ellenanyagok jelenléte friss rubeola fertőzést mutat.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő. A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők a folyamatos kézfertőtlenítésen kívül az orr- és torokváladékok, a bőrlaesiók tartalmának fertőtlenítésére terjedjen ki. Ennek során mindazon eszközöket (evőeszközök, ivóedények stb.), tárgyakat (játékok stb.) textíliákat (zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törülköző), melyek a váladékokkal fertőződtek vagy fertőződhetnek, virucid hatású dezinficiensekkel kell a fertőzőképesség megszűntéig folyamatosan fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

a) A rubeolás beteg környezetében élő 15 hónaposnál idősebb (koránál fogva védőoltásra kötelezett), de oltási dokumentációval nem rendelkező személyeket védőoltásban kell részesíteni. Passzív immunizálás nem javasolt.

b) A betegekkel érintkezett terhes nők felderítése. A terhességük első 3 hónapjában lévő expozíciónak kitett gravidák fogékonyságát, illetve esetleges fertőződését vírusserológiai vizsgálattal kell ellenőrizni.

c) *Közösségi esetek/halmozódások előfordulása esetén* oltások kiterjesztésében az OEK Járványügyi osztályával történt előzetes megbeszélés alapján kell dönteni.

8. *Megelőzés:* Védőoltás. Életkorhoz kötött kötelező oltások végzése.

Salmonellosis

BNO10: A02

1. *Kórokozó:* A Salmonella genus különféle szerotípusai, a S. typhi, a S. paratyphi-A-B-C kivételével.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy tünetmentesen fertőzött állat, elsősorban a fertőzött háziállatok (sertés, szarvasmarha), házi és vadon élő szárnyasok, továbbá a rágsálók, valamint a beteg vagy kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Leggyakrabban fertőzött állati eredetű élelmiszerek, főleg tojás, tojáskészítmények, baromfi, tökehús, húskészítmények stb. fogyasztása, ha nem történt kellő hőkezelés, pasztörözés vagy ha az élelmiszerek utólag szennyeződtek szállítás, feldolgozás és tárolás közben. Az emberről emberre közvetlen érintkezés, piszkos kéz és fertőzött tárgyak útján való terjedés ritka, főleg csecsemők, kisgyermekek és idős emberek kollektíváiban fordul elő (pl. intézeti járványokban). A fertőzést ritkán ivóvíz is terjeszthet.

4. *Lappangási idő:* 1–3 nap, kontakt fertőzés esetében hosszabb, salmonellák okozta ételfertőzésben 6–48 óra.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdődő fejfájás, hasi fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés, híg, vizes és esetleg véres széklet, csaknem minden esetben láz. A folyadékvesztesség következtében főleg csecsemőknél súlyos exsiccatio alakulhat ki. Előfordul septicaemia helyi tünetek nélkül vagy helyi gennyes lokalizációval járó (meningitis, osteomyelitis, pneumonia, arthritis) elváltozás.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a széklettel a kórokozó ürül. A klinikai gyógyulás után a kórokozó ürítés néha hónapig, sőt évekig is eltarthat. (Az antibiotikumok adása az ürítést meghosszabbíthatja még akkor is, ha az alkalmazott szer a laboratóriumban hatékonynak bizonyul.)

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* A beteget el kell különíteni. A klinikai gyógyulást követően székletbakteriológiai ellenőrző (felszabadító) vizsgálatot kizárólag azon személyeknél kell elvégezni, akik 0–3 éves gyermekek közösségébe járnak vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörben dolgoznak, akik szociális, illetve egészségügyi intézmények ápolottjai/gondozottjai, akik a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztást végeznek; illetve, akik hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszereket, ételeket, italokat kezelnek: közétkeztetésben, vízművekben dolgoznak; anyatejet adnak vagy anyatejet kezelnek. Az ilyen személyek a közösség/intézmény látogatását, illetve foglalkozásukat/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a gyógyulás után két nap múlva elkezdett, két egymást követő napon levett egy-egy székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredménnyel jár. A pozitív személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha a székletbakteriológiai vizsgálatuk egy alkalommal negatív eredményt ad. A beteg, illetve a kórokozó-ürítő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, italok kivételét meg kell tiltani.

c) *Járványügyi laboratórium vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra székletet kell küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes bakteriológiai laboratóriumába, lehetőleg a betegség korai szakában. Felszabadító vizsgálatra a 7. A) b) pontban meghatározott esetekben van szükség.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg vagy arra gyanús személy környezetében a folyamatos fertőtlenítésnek ki kell terjednie mindazon eszközre, tárgyra, felületre, mely széklettel, vizelettel szennyeződött vagy szennyeződhetett. A legfontosabb teendő a kéz fertőtlenítése, melyet folyamatosan a fertőzés megszűntéig mind a betegnek, mind pedig az ápoló személyeknek végezniük kell főleg a WC-használat után, étkezések előtt, illetve a betegellátás, betegápolás befejeztével. Igen fontos a beteg által használt WC, illetve árnyékszék, ágytál tartalmának váladékfertőtlenítő szerrel való elegyítése, magának az edényzetnek, WC-kagylónak, ülőkének stb. beáztatásos, lemosó módszerrel történő dezinfekciója. Ugyanígy folyamatosan fertőtleníteni kell a beteg által használt evő- és ivóedényzetet, evőeszközöket, ételmaradékot. Beáztatással, illetve fertőtlenítő mosással kell fertőtleníteni a beteg, illetve az ápoló személyzet által használt textíliákat (ágynemű, hálórúha, védőköpeny, tö-

rülköző stb.). A beteg, valamint az ápoló személyzet folyamatos kézfertőtlenítése mellett, a betegszoba padlózatának, esetleg kontaminálódott bútorzatának, egyéb tárgyainak dezinfekciója képezze a beteg vagy a betegségre gyanús személy környezetének fertőtlenítését.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteg családi vagy intézményi környezetében élő személyeket 7 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A járványügyi megfigyelés alá helyezett azon személyeket, akik a 7. A) b) pontban megjelölt közösségekbe/intézménybe járnak, illetve munkakört/tevékenységet folytatnak, a közösség/intézmény látogatásától, illetve munkakörüktől/tevékenységüktől el kell tiltani. A közösség/intézmény látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket abban az esetben folytathatják, ha a megfigyelési idő alatt az egy alkalommal vett székletminta bakteriológiai vizsgálata negatív eredményt adott. A szűrővizsgálat során pozitívnak bizonyult személyeket a kórokozó-hordozás időtartamára járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, és a fenti közösségek/intézmények látogatását, illetve munkakörüket/tevékenységüket csak akkor folytathatják, ha székletbakteriológiai vizsgálat eredménye negatívvá válik. Gyermekeközösségekben, intézményekben előforduló halmozott, járványos megbetegedések esetén (0–3 éves korig) 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni a szükség szerinti kiterjedésben, és el kell végezni valamennyi gyermek és dolgozó székletvizsgálatát. Ezen gyermekintézményekben a baktériumürítőket ki kell tiltani, illetve a bentlakásos intézményekben el kell különíteni, amíg székletvizsgálati eredményük negatív eredményt nem ad.

Kórházi osztályon észlelt megbetegedés esetén az újszülött, koraszülött és csecsemőosztályokon az érintett ápolási egységre, halmozott előfordulás esetén az egész osztályra 7 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. El kell végezni a beteggel érintkezett személyek székletvizsgálatát és a tünetmentes kórokozó-ürítő ápolottakat el kell különíteni, a dolgozókat ki kell tiltani, amíg a székletvizsgálatok negatív eredményt nem adnak. Alapbetegségüktől függően a tünetmentes kórokozó-ürítőket haza lehet bocsátani, de a járványügyi ellenőrzést otthon folytatni kell. Ezért a beteg zárójelentésében fel kell tüntetni azt a dátumot, amikor az elbocsátott a salmonellosisban szenvedő beteggel utoljára érintkezett. Erről a városi intézetet is értesíteni kell. Egyéb kórházi osztályon a fenti rendszabályokat csak ismételt megbetegedések (kórházi járvány) esetén kell alkalmazni.

8. *Megelőzés:* Az állati eredetű élelmiszerek megfelelő hőkezelése, különös tekintettel a baromfi, a tojás, a tej, tojásos készítményekre, az élelmezés és konyhatechnológiai előírások betartása és ellenőrzése, az élelmiszerek megfelelő tárolása, szállítása, az élelmiszer-kezelők oktatása, hasmenéses betegek eltávolítása az élelmiszerek, italok kezelésétől, betegek ápolásától, a beteg állatokkal (kedvtelésből tartott állatok) való közvetlen kontaktus elkerülése, a lakosság felvilágosítása, jó személyi higiénés gyakorlat.

Scarlatina

(Vörheny)

BNO10: A38

1. *Kórokozó:* Az A-csoportú *Streptococcus pyogenes* erythrogen toxint termelő törzse.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és tünetmentes kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, ritkábban tárgyak, tej közvetítésével.

4. *Lappangási idő:* Általában rövid (1–3 nap), ritkán hosszabb (maximum 8 nap).

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, hányás, torokfájás, tonsillitis follicularis, pontozott enanthema „málnanyelv”. Az exanthema kicsi, tűszúrásnyi, élénkpiros, a száj körüli terület azonban halvány marad. Az akut szövődmények ritkák. A kezelés hatására a tünetek néhány nap alatt elmúlnak, 24–48 óra múlva *Streptococcus* mentessé válik a beteg. Így a gyors kórokozó-mentesség kialakulása miatt kelő immunitás nem feltétlenül alakul ki, ennek megfelelően ismételt megbetegedések előfordulhatnak.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg a lappangási időben már fertőzhet. Az adequat terápiában nem részesített beteg 10–21 napig, a penicillinnel kezelt beteg 1–2 napig fertőzőképes.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Bejelentendő, kijelentés csak szövődmény előfordulása, valamint fatális kimenetel esetén kötelező.

b) *Elkülönítés:* A beteget otthonában vagy kórházban (fertőző osztályon) kell elkülöníteni 6 napig, és a beteget penicillinkezelésben kell részesíteni 10 napig.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Általában nem szükséges.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. Elsősorban az orr-, torokváladék, a gennyes váladékok és az ezekkel szennyezett tárgyak fertőtlenítését kell elvégezni. 0–6 éves gyermekközösségekben előfordult megbetegedés esetén kiemelt jelentősége van a tárgyak, játékok – a 3 napos penicillin prevenciót követő – folyamatos és zárófertőtlenítésének.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel érintkezett személyeket nem szükséges orális penicillin prevencióban részesíteni. Munkaköri korlátozás, illetve gyermekközösségek látogatásától való eltiltás, továbbá az érintett gyermekközösségekben felvételi zárlat elrendelése sem szükséges.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok betartása.

Schistosomiasis

(Bilharziasis)

BNO: B65

1. *Kórokozó:* *Schistosoma haematobium*, *Schistosoma mansoni*, *Schistosoma japonicum*.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember és az endémiás trópusi területeken néhány emlős faj.

3. *Terjedési mód:* Fertőzött vizelettel, illetve széklettel a peték a vízbe kerülnek. A további fejlődésben édesvízi csigák a köztigazdák. Endémiás területeken, megfelelő körülmények között lezajló fejlődés után, a kialakult fertőzőképes lárvák elhagyják a köztigazda csigákat. A vízben szabadon úszó lárvák az emberbe a sértetlen kültakarón át hatolnak be, vízben való fürdés, mosakodás, mosás, moscsaras vagy öntözött területeken való munka, mezítlábjárás vagy a fertőzött víz ivása közben.

4. *Lappangási idő:* 2–6 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* A lappangási idő végén étvágytalanság, hát- és végtagfájdalom, láz, máj- és lépnyagbőbódás, hányinger, hányás, leukocytosis, eosinophilia. Hólyag-schistosomiasisban („egyiptomi vérvizelés”) kezdetben fájdalomtalan, mikroszkópos haematuria, később, különösen az utolsó cseppek kivizelésekor, fájdalomérzés, makroszkópos haematuria. *Schistosoma mansoni* és *Schistosoma japonicum* okozta „távol-keleti schistosomiasis”-ban toxikus dysenteria. Idült és kezeletlen esetekben az érintett szervek körüli kötőszövet-szaporodás miatt súlyos, pangásos állapot alakul ki.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a peték ürülése észlelhető.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Diagnosztikus vizsgálatra beküldhető 24 óráig gyűjtött vizelet vagy annak teljes üledéke, illetve székletminta az ÁNTSZ illetékes megyei intézetébe, illetve az OEK Parazitológiai osztályára. A kísérőiraton indokolt a fertőződés feltételezett helyének (ország) a megjelölése.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Panaszcsepp esetén a trópusi területről érkezők szűrővizsgálata a fertőzöttség felderítése és gyógykezelése céljából. Endémiás területeken az édesvizekben (folyókák, tavak, vízgyűjtők) való fürdést, mosást, mosakodást és a mezítlábjárást kerülni kell.

Súlyos, akut légúti tünetegyüttes

(Sever Acute Respiratory Syndrome – SARS)

1. *Kórokozó:* A SARS-coronavírus

2. *Fertőzés forrása:* A tünetmentes állat, illetve a beteg ember. A vírus rezervoárja feltehetően egy Dél-Kínában honos denevér faj. A vírust a legnagyobb mennyiségben a beteg ember légúti váladéka tartalmazza. A fertőzőképesség a betegség második hetében a legkifejezettebb.

3. *Terjedési mód:* Az ember direkt kontaktus, cseppfertőzés, illetve fertőzött állat nyers vagy nem kellően hőkezelt húsnak, szerveinek fogyasztása révén fertőződhet.

4. *Lappangási idő:* Emberben átlagosan 5 nap (minimum 2 naptól maximum 10 napig) terjed.

5. *Fontosabb tünetek:* Influenzaszerű prodromális tüneteket követően hidegrázás, láz, rossz közérzet, myalgia, fejfájás, esetenként hasmenés jelentkezik. A második héten száraz köhögés, nehézlégzés, és az esetek 70%-ában

vizes hasmenés alakul ki. Az atípusos pneumoniára jellemző fokozatos kezdet, száraz köhögés, szegényes hallgatózási lelet már a légúti tünetek jelentkezése előtt, a 3–4. napon észlelhető. A rgt-lelet a klinikai állapotnál súlyosabb képet mutat: az egyoldali, perifériás elváltozásként kezdődő foltos beszűrődések később multiplex elváltozásokká, majd tejüvegszerű árnyékká progrediálnak. A pneumónia a súlyos esetekben respirációs distressz szindrómává fejlődik. A vér oxigéntelítettségének csökkenése gyorsan progrediál, és a beteg állapota az esetek kb. 20%-ában intenzív terápiás ellátást igényel. Már a megbetegedés kezdetén lymphopenia alakul ki, néha thrombocytopenia és megnyúlt alvadási idő észlelhető. Időskorúaknál a betegség atípusos formában is jelentkezhet (láztalan lefolyás stb.). Gyermekek ritkábban érintettek, és náluk a betegség enyhébb formáját észlelték. A letalitás az eddig regisztrált megfigyelések alapján 10% körüli.

Esetdefiníciók:

Gyanús eset (SARS-riasztás): Olyan személy, aki a SARS klinikai bizonyítékaival rendelkezik, vagyis:

akinél jelen vannak a SARS klinikai tünetei – a 38 °C vagy annál magasabb láz, és az alsólégúti panaszok (köhögés és/vagy légzési nehézség) –, továbbá atípusos pneumónia/respirációs distressz szindróma rgt-jelei láthatók, és más diagnózis nem ad teljes magyarázatot a tünetek-re/megbetegedésre.

vagy

aki tisztázatlan okú, akut légúti megbetegedés következtében meghalt, és a pneumónia vagy respirációs distressz szindróma kórbonctani jeleit észlelték, és más diagnózis nem ad teljes magyarázatot a tünetekre/megbetegedésre.

ÉS a megbetegedés kezdetét megelőző 10 napban egy vagy több epidemiológiai körülmény állt fenn az alábbiak közül:

- olyan munkakörben történik foglalkoztatás, ahol fokozott kockázata van a SARS-coronavírussal való expozíciónak (a fertőzőképes vírussal való laboratóriumi tevékenység; közvetlen vagy közvetett kapcsolat olyan állatokkal, melyek hordozhatják a vírust);

- szoros kapcsolat (ápolás, együttélés/lakás, légúti vagy egyéb testváltékaival történt expozíció) olyan SARS gyanús személlyel, akinek kivizsgálása folyamatban van;

- utazás vagy tartózkodás olyan területen, ahol SARS-járvány fordult elő.

VAGY

A SARS klinikai bizonyítékaival rendelkező kettő/több egészségügyi dolgozó megbetegedése ugyanazon egészségügyi intézményben/egységben egy 10 napos időszakon belül;

VAGY

Egy 10 napos időszakon belül SARS klinikai bizonyítékaival rendelkező három/több személy megbetegedése, akik epidemiológiai kapcsolatban vannak egy egészségügyi intézménnyel/egységgel (dolgozók, betegek, látogatók).

Előzetesen pozitív SARS-eset

Olyan személy, aki a SARS klinikai bizonyítékaival rendelkezik.

ÉS megfelel a laboratóriumi SARS-esetdefiníciónak is (a vizsgálatot a nemzeti referencia laboratóriumban végezték el).

Valószínűsített eset:

Egy olyan személy, aki rendelkezik a SARS klinikai bizonyítékaival, és epidemiológiai kapcsolatban áll egy „előzetesen pozitív SARS-eset”-tel vagy egy megerősített esettel.

VAGY

Egy olyan, „nem igazolható eset”, amely epidemiológiai kapcsolatban áll egy „előzetesen pozitív SARS-eset”-tel vagy egy megerősített esettel.

Megerősített eset: Olyan személy, aki a SARS klinikai bizonyítékaival rendelkezik,

ÉS a nemzeti referencia laboratóriumban elvégzett vizsgálat alapján a laboratóriumi SARS-esetdefiníciónak megfelelő eset, melyet a WHO Nemzetközi SARS Referencia és Megerősítő Laboratóriumában is igazoltak.

VAGY „előzetesen pozitív SARS-eset” volt olyan országban/területen, ahol a feltárt fertőzési lánc legalább egy esetét a WHO Nemzetközi SARS Referencia és Megerősítő Laboratóriumában a nemzeti laboratóriumtól függetlenül igazolták.

VAGY egy személy, aki rendelkezik a SARS klinikai bizonyítékaival és epidemiológiai körülményeivel,

ÉS az „előzetesen pozitív SARS-eset”-nek megfelelő vizsgálatok a nemzeti referencia laboratóriumban vagy a kijelölt regionális laboratóriumban történtek meg az alábbi eredménnyel:

- a) a SARS-coronavírus elleni antitesteket egy savómintában kimutatták;

- b) a SARS-coronavírus genetikai állományát egy alkalommal elvégzett PCR vizsgálattal egy savómintában azonosították.

Nem igazolható eset:

Olyan személy, aki rendelkezik a SARS klinikai bizonyítékaival, akinél – ha elvégezték – az első laboratóriumi vizsgálat eredménye negatív, és a személy a továbbiakban követhetlenné vált.

VAGY

Olyan meghalt személy, akinél a halált megelőző információk megfelelnek a SARS klinikai bizonyítékainak,

ÉS akinél a kórbonctani lelet megfelel a SARS-coronavírus által okozott pneumónia vagy respirációs distressz szindróma kórbonctani képének, de SARS-coronavírus irányában nem végeztek laboratóriumi vizsgálatot, vagy az nem volt teljes.

VAGY akinél sem kórbonctani vizsgálatot, sem laboratóriumi vizsgálatot nem végeztek.

6. Fertőzőképesség tartama: A beteg ember légúti váladéka a fertőzést követő 5. naptól tartalmazza a vírust, a vírusürítés megszűnésének időpontja még nem ismert.

7. Teendők a betegség előfordulásakor:

A) Teendők a beteggel:

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A betegség vagy annak gyanúja sürgősséggel is azonnal telefonon, faxon jelentendő, ha megfelel az alábbi esetdefiníciók valamelyikének. A jelentést az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének/ügyeletének és az OEK-nek, illetve az OEK ügyeletének [06 (30) 343-8626] is meg kell tenni. Az első importált esetet és az első hazai eredetű megbetegedést jelenteni kell az Európai Uniónak és a WHO-nak. A további esetek aggregált adatait az OEK-nek naponta kell jelenteni az EU felé.

b) *Elkülönítés:* A kijelölt fekvőbeteg osztályon/Fővárosi Szent László Kórházban, az erre kijelölt kórtermekben kell elhelyezni. Előzetesen konzultálni kell az OEK Járványügyi osztályával. Kórházi elkülönítésre részben a szükségessé váló intenzív terápia (gépi lélegeztetés stb.), részben a gyorsabb, pontosabb diagnosztikus lehetőségek, részben a szigorúbb elkülönítés miatt van szükség.

c) *Diagnosztikus járványügyi mikrobiológiai vizsgálat:* Kötelező. Torokváladék/légúti váladék mintát, bronchoalveoláris mosófolyadékot, 5 ml natív és 5 ml alvadásában heparinnal gátolt vérmintát, haemokultúrát, vizeletmintát, illetve post mortem vett szövetmintákat (lehetőség szerint fagyasztott metszeteket) kell az OEK illetékes laboratóriumának – munkaidőn kívül az OEK ügyeletének – előzetes tájékoztatását követően, a biztonságos mintacsomagolás és -szállítás szabályai szerint biztonsági szállítódobozban, futárral eljuttatni.

B) *Teendők a beteg környezetében:* Azon személyt, aki olyan beteggel/annak légúti váladékával került szoros kontaktusba, aki az esetdefiníció szerint gyanúsíthatóan, valószínűsíthetően vagy igazoltan e súlyos légúti tünetegyüttesben szenved, a beteggel történt utolsó kontaktustól számított 10 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. Ezen időszak alatt otthonában kell tartózkodnia, látását naponta kell mérnie, és jeleznie kell kezelőorvosának, ha egészségi állapotában bármilyen változás áll be. A megfigyelt tünetmentes személy diagnosztikus, illetve szűrővizsgálata nem szükséges.

8. Megelőzés:

Foglalkozási eredetű expozíció megelőzése:

a) A betegek gondozásával/kezelésével foglalkozók számára egyéni védőfelszerelést kell biztosítani.

b) A SARS veszélyének kitett dolgozók egészségi állapotát naponta kell ellenőrizni. Ilyen munkakörben nem alkalmazhatók immunkárosodott, krónikus szív-, illetve tüdőbetegségben szenvedők, továbbá 62 éven felüliek.

c) Gondoskodni kell a fertőzött személyekkel kapcsolatba került dolgozók kezének, védőfelszerelésének, a szennyezett felületeknek a folyamatos fertőtlenítéséről, a vírustartalmú hulladékok szakszerű ártalmatlanításáról.

Staphylococcus infekciók

BNO10: A41.0-A41.2, A48.3, B95.6-95.8, I33, J15.2, L00, L01, L02, M00.0, M86, O85, O91.1, P36.2, P39.8, T81.4

A *Staphylococcus aureus* szinte minden emberi szervben okozhat gennyes folyamatokat helyi fertőzés vagy septicaemia útján kialakult másodlagos góccok formájában. Sporadikusan és intézeti járványokban fordul elő. Járványügyi intézkedésekre csak az utóbbi esetben van szükség.

Az epidemiológiai szempontból fontosabb megbetegedések a kórokozó behatolási kapujától függően a következők:

1. *A bőr megbetegedései:* Folliculitis, furunculus, carbunculus, panaritium, abscessus, fonal- és műtési seb gennyedése, gennyedő decubitus, *Staphylococcus scarlatoid*, Ritter kór (toxikus epidermalis necrolysis- „leforrázott bőr” szindróma), impetigo, pemphigus neonatorum. Az utóbbi kórkép az újszülöttek intézeti fertőzése és járványosan terjed.

2. *Légúti megbetegedések:* Mandulagyulladás, melléküreg-gyulladások, tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás. A tüdőgyulladás többféle módon keletkezhet, úgy mint légúti staphylococcus fertőzés, mint septicaemiás másodlagos góc (pl. tüdőtályog) és mint különböző fertőző betegségekhez csatlakozó társfertőzés pl. morbilli vagy influenza szövődménye.

3. *Enterális megbetegedések:* Csecsemőkori enterocolitis staphylococcica járványosan is előforduló kórkép, az emésztőszervek gennyes megbetegedései, mint postoperatív fertőzések (peritonitis stb.) és ételmérgezés (*Staphylococcus toxaemia*).

4. *A húgy-ivarrendszer megbetegedései:* A húgyszervek, az emlő, a méh *Staphylococcus* fertőzései lehetnek sporadikus vagy kórházi fertőzések következményei. A vetéléssel, szüléssel és a gyermekágyal összefüggő szövődmények (pl. febris puerperalis) rendszerint nosocomialis fertőzések.

5. *Érzékszervek megbetegedései* közül leggyakrabban otitis media előfordul elő.

6. *A Staphylococcus septicaemia:* Rendszerint nem önálló kórkép, valamely lokális fertőzés generalizálódása következtében jön létre, és különböző szervekben hozhat létre gennyes gyulladásokat (osteomyelitis, endocarditis, meningitis stb.). A kórházi járványokban egyszerre többféle klinikai manifesztáció is előfordulhat.

7. *Toxicus shock syndrome:* A *Staphylococcus aureus* toxicus shock syndrome toxin-1-et termelő törzsei okozák. Tünetek: magas láz, hányás, hasmenés, hypotensio, sock.

I. Staphylococcus aureus okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül

BNO10: A41.0, B 95.6

1. *Kórokozó:* *Staphylococcus aureus*.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* A kórokozó-hordozó vagy beteg orr-, torok-, hüvelyváladéka, köpete, gennyes sebváladéka, köldökcsonk és szemváladéka, széklete útján. Gyakori az

autoinfekció. Leggyakrabban piszkos kéz, de csepp- és porfertőzés, közvetlen érintkezés, élelmiszerek (ételmérgezés) útján is terjed a kórokozó. Szoptatás közben az anya, az újszülött, illetve a csecsemő egyaránt fertőzhetik egymást. A kórokozó nagy elterjedtsége miatt a személyi higiéné hiánya sporadikus megbetegedéseket és közösségekben előforduló járványokat okozhat.

4. *Lappangási idő:* A különböző kórformáktól függően általában 3–30 nap, leggyakrabban 4–10 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A bevezetés 1–7. pontjában felsorolt Staphylococcus okozta megbetegedésekben a különböző lokalizációk szerint a klinikai tünetek rendkívül változatosak. Helyi gennyes gócból folyamatos terjedés vagy haematogen szóródás következtében sokféle klinikai forma alakulhat ki. A beteg általános állapotától függően az enyhe fertőzések is a súlyosabb klinikai formákba mehetnek át. A kórházi járványügyi intézkedések szempontjából fontosabb megbetegedéseket a jelen fejezet végén, a II. és III. pont tartalmazza (jelentés, elkülönítés stb.).

6. *Fertőzőképesség tartama:* A klinikai tünetek, illetve a kórokozó-hordozás fennállásáig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő az 1 éven aluli csecsemők és a gyermekágyas nők megbetegedése staphylococcusosként, valamint az ételmérgezés enteritis infectiosaként.

b) *Elkülönítés:* Sporadikus, otthoni megbetegedés esetén nem szükséges, de a beteget a gennyes bőrtünetek (gennyes sebek, panaritium, furunculosis stb.) vagy tonsillitis tartamára el kell tiltani a terhes és szoptató anyák és csecsemők gondozásától, ki kell tiltani 0–6 éves gyermekek intézményéből, kórházi műtői, szülészeti és csecsemőosztályokról, közfogyasztásra szánt élelmiszerek (fagylalt, cukrászati termékek és a hentesáru stb.) kezelésétől. Csecsemőotthonban a beteget el kell különíteni (a II. Staphylococcus fertőzések a kórházi szülészeti és csecsemőosztályokon fejezetben leírtak szerint). Ha a beteg kórházi kezelést igényel, kórházba kell szállítani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus célból és antibiotikum érzékenység meghatározására genny, orr- és torokváladék, szem- és fülváladék, hüvelyváladék, széklet, vizelet, széptikus betegektől vér, az elhaltakból boncolási szövetminta stb. küldhető az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatosan fertőtleníteni kell a gennyes váladékokat és az azokkal fertőzött kezet, tárgyakat (zsebkendő, kötszerek, babaápolási kellékek).

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Fertőzőforrás kutatás. A beteg környezetében talált betegekkel a 7. A) b) pont szerint kell eljárni.

8. *Megelőzés:* Rendszeres kézmosás, a bőr tisztán tartása, saját tisztálkodási eszközök használata, a sérülések megfelelő ellátása. Általános higiénés rendszabályok, a

tonsillitis, a bőrgennyedések (lábszárfekély, furunculosis stb.) időben való orvosi kezelése, a tünetmentes kórokozó-hordozók megfelelő higiénés magatartásának oktatása. A feleslegesen alkalmazott antibiotikus prevenció vagy kezelés kerülése, mivel az elősegíti a rezisztens törzsek elterjedését.

II. Staphylococcus fertőzések a kórházi szülészeti és csecsemőosztályokon

BNO10: L00, L01.0, L08.0, L51.2, O85, O91.1,

Az 1–4., továbbá a 6. pontban foglaltak megegyeznek a I. fejezetben (I. Staphylococcus aureus okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül) foglaltakkal.

5. *Fontosabb tünetek:* A perinatalis fertőzések az anyát és az újszülöttet egyaránt érinthetik. Az anyáknál febris puerperalis, mastitis, az újszülötteknél pemphigus neonatorum, Ritter kór („leforrázott bőr” szindróma), conjunctivitis, köldökcsomk gennyedés, külső hallójárat-gyulladás, furunculosis, enteritis, pneumonia és ezeknek a betegségeknek a súlyos, septicaemiás következményei jelentkezhetnek, meningitis, osteomyelitis stb. Kórházhigiénés hiányosságok következtében az osztályon a fertőzés gyorsan terjedhet, és staphylococcosis járványok alakulhatnak ki különböző lokalizációs formákkal. A csecsemőosztályokon hasonló megbetegedések és járványok fordulhatnak elő. Különösen veszélyeztetettek a koraszülöttek és a leromlott állapotban lévő betegek.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett „staphylococcosis” összefoglaló diagnózissal, zárójelben a klinikai formát is fel kell tüntetni [pl. Staphylococcosis (pemphigus neonatorum)].

b) *Elkülönítés:* A beteget el kell különíteni. Az elkülönítés módját a helyi lehetőségek mellett a klinikai forma és a fertőzés terjedési módja is meghatározza. Sporadikus esetben (légzőszervi, bőr, illetve enterális kórformánál) a beteget helyben úgy kell elkülöníteni és ápolását megszervezni, hogy szobatársait ne fertőzhesse. Ápolásához maszkot, kötényt, egyszerhasználatos kesztyűt, ágy melletti kézferőtlenítési lehetőséget kell biztosítani. Halmozódás esetén a betegeket vagy fertőző osztályon vagy legalább külön helyiségben, külön ápoló- és takarítószemélyzet, valamint külön ápoló- és takarítóeszközök biztosításával kell elhelyezni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Egyedi és halmozott esetben egyaránt kötelező. A Staphylococcus aureus törzs közelebbi identifikálására az antibiogramot és a fágtypust is meg kell határozni. Vizsgálatra a kórformától függően gennyes váladék, köpet-, orr-, torokváladék, széklet, anyatej, liquor stb. küldendő az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg váladékait és az ezekkel fertőzött tárgyakat (zsebkendő, kötszer, pelenka, fürdőkád, mosdószer, törülköző, műszerek, csecsemőápolási cikkek, evőkészlet, poharak stb.) folyamatosan fertőtleníteni

kell. A beteg kezelése előtt és után gondos fertőtlenítőszeres kézmosás, a helyiségek szellőztetése, a berendezési tárgyak és felületek fertőtlenítőszeres lemosása.

B) Teendők a beteg környezetében:

Fertőzőforrás kutatás. Két összefüggő megbetegedés esetén a beteg környezetében lévő ápoltnál és a személyzet tagjainál fizikális vizsgálattal a fertőző elváltozásokat kell kutatni, és a járványtörzs kimutatása céljából el kell végezni az orr-, torokváladék, a talált fertőző elváltozás mikrobiológiai vizsgálatát. Az ápoló személyzet kórokozó-hordozónak bizonyult tagjai, amennyiben csak a járványtörzset ürítik, a járványban megbetegedettek ellátásával foglalkoztathatók, egyébként kitiltandók. A pozitív ápoló személyt a kórokozó-hordozástól mentesíteni kell. A bakteriológiai identifikálás alapján a járványtörzset ürítő ápolókat külön ápoló és takarító személyzet, valamint külön ápoló- és takarítóeszközök biztosításával kell elkülöníteni, amíg a fertőzésük helyéről vett két minta mikrobiológiailag negatívvá nem válik. A személyi vizsgálatokat ki kell egészíteni a környezet fertőzöttségi vizsgálatával is (levegő, tárgyak, tisztálkodási és ápolási kellékek, az ápolónők kezének fertőzöttsége stb.). Súlyos járványban az érintett osztály/részleg zárata is elrendelhető. A kórházi járványok terjedési mechanizmusának a felderítését, a járványügyi vizsgálatot az ÁNTSZ illetékes megyei intézete végezze, és annak eredménye szerint intézkedjék.

8. *Megelőzés:* A kórházhigiénés és veszélyeshulladék kezelésére vonatkozó rendszabályok szigorú betartása, valamint annak rendszeres ellenőrzése, aktív infekció-kontroll szükséges. Fertőtlenítőszeres kézmosás, asepsis-antisepsis szabályainak betartása, gumikesztyű, maszk viselése, köpenyváltás a fertőzött helyiségekben stb. A kórházi dolgozók kis elváltozással (fertőzött hámlás, súlyosabb acne, paronychia, otitis externa stb.) sem dolgozhatnak a közvetlen betegellátásban gyógyulásukig. Az osztályra felvett betegeket lehetőleg csoportos forgórendszerben kell elhelyezni („cohort”-rendszer), az újszülötteket lehetőleg anyjukkal egy szobában („rooming in”), hazabocsátásukat minél hamarabb biztosítani kell. El kell kerülni az antibiotikumok felesleges alkalmazását, mert rezisztens kórházi törzsek kialakulásához vezethet. Az újszülöttek ápolásához 1%-os hexachlorophen hintőport kell alkalmazni, s ezt célszerű az újszülöttek kórházból való elbocsátása után egy ideig otthon is folytatni. Tekintettel arra, hogy a lappangási idő hosszú, a betegség gyakran csak a kórházból való elbocsátás után jelentkezik, másrészt a kórokozó ürítése egy ideig még a klinikai gyógyulása után is megmaradhat, célszerű a járványok megelőzése érdekében a veszélyeztetett betegeket, szülő nőket és újszülötteket a kórházból mielőbb elbocsátani.

III. Staphylococcosis az egyéb műtéti és belgyógyászati osztályokon

Az 1–4., továbbá a 6. pontban foglaltak megegyeznek a I. fejezetben (I. Staphylococcus aureus okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül) foglaltakkal.

5. *Fontosabb tünetek:* A sebészeti, urológiai, nőgyógyászati, orr-fül-gége és bőrgyógyászati osztályokra gyakran kerülhetnek Staphylococcus fertőzésben szenvedő betegek, illetve tünetmentes kórokozó-hordozók, akikről fertőzések indulhatnak ki. Kórházhigiénés hiányosságok miatt műtét és kezelés közben is fertőződhet a beteg (a műtői és kötőzői asepsis hiánya, valamint egyéb eszközös beavatkozások következtében). A fertőzés különösen a leromlott állapotban lévő betegeket fenyegeti, és azokat, akik immunszuppresszív kezelésben részesülnek, illetve diabetes mellitusban szenvednek. Hajlamosító tényező minden tartós eszközös beavatkozás (tartós intravénás vagy húgyúti katéteres, vagy infúziós kezelés stb.). A széles spektrumú antibiotikumok adása Staphylococcus enteritist okozhat. A helyi gócból septicaemia alakulhat ki, gennyes áttételekkel. A klinikai tünetek tehát – a staphylococcus fertőzések lokalizációjának megfelelően – igen sokfélék lehetnek.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) Teendők a beteggel:

a) Jelentés: A kórházi fertőzés a nosocomialis fertőzések bejelentése szerint jelentendő.

b) Elkülönítés: A beteget a többi betegtől el kell különíteni. Methicillin Rezisztens Staphylococcus Aureus (MRSA) fertőzött beteget külön helyiségben kell ápolni, lehetőség szerint fertőző osztályon kell elkülöníteni. Amennyiben egyéni elkülönítésre korlátozottan van csak lehetőség, több MRSA fertőzött személy egy kórteremben is ápolható, ha más fertőző betegségben nem szenvednek. MRSA fertőzött beteg ápolásához külön ápoló és takarító személyzet, külön ápolási és takarítási eszközök biztosítandók; szennyes textil, ételmaradék, egyéb hulladék veszélyes hulladékként kezelendő.

c) Járványügyi laboratóriumi vizsgálat: Kötelező. A törzs pontos meghatározásához (antibiogram, fagtypus) a kórformától függő váladékot kell küldeni vizsgálatra az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumba.

d) Fertőtlenítés: Lásd II. 7. d) pontnál.

B) Teendők a beteg környezetében:

Fertőzőforrás kutatást kell végezni. Járvány esetén a klinikai tüneteket mutató, illetve tünetmentes, kórokozó-hordozó ápolókat és a személyzet érintett tagjait fel kell kutatni, az ápolókat el kell különíteni, a dolgozókat a munkakörükben ki kell tiltani, és a kórokozó-hordozástól mentesíteni kell. A dolgozó csak akkor állítható vissza a betegellátásba, ha a gyógykezelést követően 48 óra múlva levett vizsgálati minta bakteriológiai eredménye MRSA negatív. El kell végezni a környezeti fertőzöttségi vizsgálatokat is, felül kell vizsgálni a gyógyítási és ápolási technológiát.

8. *Megelőzés:* Be kell tartani az asepsis-antisepsis szabályait, döntő a higiénés kézfertőtlenítés következetes betartása. Lehetőség szerint infekció-kontroll felügyeletet kell működtetni, kerülni kell a tartós vénás és húgyúti katéterezést, idegen testek hosszú időre történő szervezetbe juttatását, elkerülhetetlen esetben azokat gyakran kell cserélni (48–72 óránként). A fekvőbeteg-ellátó intézetben ki

kell dolgozni az antibiotikum politikát, célzott terápiát kell alkalmazni, kerülni kell a megalapozatlan, túlzottan széles spektrumú antibiotikus kezelést.

Strongyloidosis

BNO10: B78

1. *Kórokozó:* Strongyloides stercoralis.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember, esetleg fiatal kutya, macska.

3. *Terjedési mód:* A féreg biológiai sajátosságai miatt a fertőzés terjedhet egyrészt közvetlen érintkezéssel, piszkos kéz, kontaminált tárgyak, fürdővíz stb. közvetítésével, másrészt a külvilágban lezajlott fejlődés után a fertőzőképes lárvákkal szennyezett talaj útján.

4. *Lappangási idő:* A lárváürítés megjelenéséig 2–4 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzés felnőtt korban gyakran tünetmentes, de az idült fertőzöttség enteritist, cholecystopathiát, allergiás tüneteket idézhet elő. Csecsemő- és kisgyermekkorban, általános fejlődési visszamaradás mellett gyakoribbak a tünetek, a lárvavándorlás okozta gócos pneumónia, hasmenés tenezmussal, allergiás bőrijelenségek. A bőrön át behatoló lárvák papulosus exanthemat válhatnak ki. A fertőzést eosinophilia kíséri, amely a 30–70%-ot is elérheti.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a bélben a lárvák jelen vannak.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő.

b) *Elkülönítés:* 0–6 éves gyermekintézményben, kórházi gyermekosztályon, a beteg vagy fertőzött gyermeket az egészségesektől, illetve a többi ápolttól el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Nem kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra beküldhető székletminta az ÁNTSZ területileg illetékes intézetébe, illetve az OEK Parazitológiai osztályára. A kísérőíraton ajánlatos feltüntetni az eosinophilia mértékét. A beteg környezetére ártalmatlannak csak akkor tekinthető, ha a gyógykezelés után egy héttel, majd 1 hónap múlva elvégzett 3-3 ellenőrző laboratóriumi vizsgálat negatív eredményt adott.

d) *Fertőtlenítés:* Indokolt esetben a beteg fehérneműit hőkezeléssel, használati tárgyait formalin vagy klórtartalmú fertőtlenítőszerrel javasolt folyamatosan fertőtleníteni.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A fertőző góc felkutatása és szanálása. Ajánlatos szűrővizsgálatot végezni a beteg otthoni környezetében, valamint abban az esetben, ha megbetegedés gyermekintézményben fordult elő.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok betartása. Székletszóródás megakadályozása.

Taeniasis

(Galandférgesség)

BNO10: B68

Cysticercosis

BNO10: B69

1. *Kórokozó:* Taenia saginata és Taenia solium.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Nyers vagy nem kellően sült, főzött borsókás hús fogyasztása útján. Ha Taenia solium petéi jutnak peroralisan az emberbe, a vékonybélben kikelő lárvák a bőr alatti kötőszövetbe, izomzatba, agyba stb. jutva cysticercosist okozhatnak.

4. *Lappangási idő:* 8–12 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Az intestinalis formáknál általános tünetek, gyomor-bélpanaszok, émelygés, idegesség, féregizék ürítése. Cysticercosisban a lárvák megtelepedési helyétől függően idegrendszeri, szív és látási zavarok, többnyire súlyos klinikai lefolyással.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a férgek a bélben jelen vannak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálat céljára féregpete, kimutatására székletet, illetve az ürült proglottisokat 4–8%-os formalin oldatban kell az ÁNTSZ illetékes megyei intézete laboratóriumába, illetve az OEK Parazitológiai osztályának küldeni. A cysticercosis kimutatására szövetkimetszés végezhető. Az elmeszesedett cysticercusokat a röntgenvizsgálat derítheti fel.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel együtt a borsókás húsból fogyasztó személyek esetén egyszeri laboratóriumi székletvizsgálatot kell végezni. Ha azonban köztük olyan foglalkozású van, aki gazdaállatokat fertőzhet (pl. állatgondozó), vagy aki a T. solium petéinek ürítése révén emberi cysticercosis forrása lehet (pl. konyhai dolgozó), háromszori székletvizsgálatra van szükség.

8. *Megelőzés:* Húsételek nyersen való fogyasztásának kerülése, székletszóródás megakadályozása. Állat-egészségügyi rendszabályok a 41/1997. (V. 28.) FM rendelet 652. §-a szerint.

Tetanus

(Merevgörcs)

BNO10: A33.35

1. *Kórokozó:* Clostridium tetani.

2. *Fertőzés forrása:* Állat, ritkán ember.

3. *Terjedési mód:* Fertőzött talajjal szennyezett tárggyal történt sérülés, sebfertőzés, újszülötteknél köldökfertőzés, ritkán műtéti fertőzés.

4. *Lappangási idő:* 4 naptól 3 hétig. A hegszövetben vagy idegentestben maradt spórák késői megbetegedést is okozhatnak.

5. *Fontosabb tünetek:* Fokozatosan kialakuló izomme-revség (trismus, risus sardonicus, opisthotonus), amelyhez

rohamokban jelentkező izomgörcsök társulnak. Néha a tünetek csak a fertőzési hely körüli izmokban észlelhetők.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre nem terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Újszülötteknél észlelt tetanus megbetegedésről járványügyi értesítést kell küldeni az illetékes fővárosi/megyei szülész szakfelügyelő főorvosnak.

b) *Elkülönítés:* A beteget a szakszerű gyógykezelés biztosítása céljából a tetanusos betegek kezelésére felkészült intenzív osztállyal rendelkező kórházba kell szállítani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető, azonban a vizsgálatnak nincs diagnosztikus jelentősége.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Aktív immunizálás, a sérülések elkerülése, megfelelő sebkezelés, általános higiénés rendszabályok betartása. A leghatásosabb védekezés a védőoltás. A gyermekek az életkorhoz kötött kötelező védőoltások (DPT, di-te) keretében, a felnőttek szervezett, illetve alkalmoszerű önkéntes oltások révén részesülnek specifikus védelemben. A védettséghez kétoltásos alapimmunizálás és legalább egyszeri újraoltás szükséges. A tetanusz fertőzésre gyanús sérülések alkalmával a sebészi ellátáson kívül a sérülteket védőoltásban is részesíteni kell (Lásd: Védőoltási Módszertani Levél).

Toxoplasmosis

BNO10: B58

1. *Kórokozó:* Toxoplasma gondii.

2. *Fertőzés forrása:* Kevés kivétellel valamennyi állat lehet fertőző forrás, azonban kiemelt jelentősége a macskának van. A terhesség alatti friss fertőzés esetén a terhes nőtől a magzat is fertőződhet.

3. *Terjedési mód:* A kórokozó a fertőzött állatok nem kellően hőkezelt vagy nyers húsanak fogyasztása révén, valamint a macska (macskafélék) ürülékének közvetítésével terjed. A magzat transzplacentáris úton fertőződik.

4. *Lappangási idő:* 2–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Felnőttekben gyakori a tünetmentes vagy tünetszegény fertőzés. Akut megbetegedés esetén a tünetek igen változatosak lehetnek: grippéhez hasonló légúti elváltozások, pneumonia, láz, végtagfájdalmak, nyirokcsomó duzzanatok, myocarditis, encephalitis, chorioretinitis stb. Különösen súlyos lefolyású az immunszuppresszív kezelés közben jelentkező toxoplasmosis, és az AIDS-hez társult opportunist toxoplasma fertőzés. A méhen belüli korai fertőzés abortuszt, a későbbi fertőzés koraszülést, veleszületett toxoplasmosist (congenitalis toxoplasmosis BNO10: P37.1) okozhat. Az újszülöttnél icterus, idegrendszeri elváltozások (hydrocephalus, agyi meszesedések, idiotia, görcsös állapotok) és szemkárosodás utalhatnak intrauterin toxoplasma fertőzésre.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre nem terjed (kivéve a magzat fertőződését).

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus vizsgálatra alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérminta beküldendő az OEK Parazitológiai osztályára vagy a vizsgálat elvégzésére kijelölt ÁNTSZ laboratóriumba.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Nyers hús fogyasztásának mellőzése. Terhes nők egészségügyi felvilágosítása, szűrővizsgálata. Megfelelő személyi higiéné. Kerülni kell a macskák ürülékével szennyezett tárgyakkal, talajjal történő közvetlen érintkezést; nyers, félig sült/főzött húsok fogyasztását. A kedvtelésből tartott állatokkal kapcsolatban az általános higiénés szabályokat fokozottan be kell tartani.

Trachoma

BNO: A71

1. *Kórokozó:* Chlamydia trachomatis A, B, Ba, C szerotípusai.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg, aki szemváladékával – kezeletlen esetben évekig – üríti a kórokozót.

3. *Terjedési mód:* A betegség többnyire kontakt úton terjed, de szerepet játszhatnak az átvitelében a közösen használt tárgyak (törülköző, mosdóvíz, gyermekek esetében a játékok stb.). A kórokozó által okozott – esetenként tünetmentes – genitális folyamat következtében a szülés közben is bekövetkezhethet a fertőzés. A fogékonyság általános.

4. *Lappangási idő:* 5–25 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség conjunctivitissal, keratoconjunctivitissal kezdődik, krónikus tünetei a trachoma csomó (folliculus), pannusképződés, papillaris hypertrophia, a szemhéjak deformálódása, a pillaszőrök befordulása (trichiasis), végül bekövetkezhethet látáscsökkenés, vakság.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg a conjunctiván és a corneán lévő elváltozások fennállásáig fertőz. A betegség következtében nem jön létre immunitás, így az egyén nem védett a reinfekcióval szemben.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A trachoma észlelése vagy annak gyanúja esetén a beteget szemészeti szakrendelésre kell küldeni.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, a higiénés szabályok betartása elegendő.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A diagnózis felállításához a kórokozó kimutatása és szerotípusának meghatározása feltétlenül szükséges. A betegségre gyanús személytől conjunctiva kaparékot kell küldeni speciális transzport közegben az OEK bakteriológiai osztályára. A vizsgálatot a laboratóriummal előzetesen egyeztetni szükséges.

d) **Fertőtlenítés:** Folyamatos fertőtlenítés végzendő. Elsősorban a szem- és az orrváladékokat és az ezekkel szennyezett tárgyakat, fehérneműt kell fertőtleníteni.

8. **Megelőzés:** A betegek felkutatása, környezetük szemeszteti szűrővizsgálata. Előzetes és időszakos szűrővizsgálat minden olyan kollektívában, ahol a fertőzés veszélye fennállhat (pl. hajléktalan otthonok, menedékesek és menekülteket befogadó állomások stb.). A személyi higiénés rendszabályok betartása.

Trichinellosis

(Trichiniasis, Trichinosis, Trichinelliasis)

BNO10: B75

1. **Kórokozó:** Trichinella fajok, elsősorban a Trichinella spirális.

2. **Fertőzés forrása:** Trichinellával fertőzött sertés, vad-disznó.

3. **Terjedési mód:** A fertőzött hús vagy húsrú nyersen vagy elégtelenül főzött-sütött állapotban való fogyasztása. Leggyakrabban a vaddisznó húásával kevert füstölt sertéskolbász fogyasztása a fertőzés oka.

4. **Lappangási idő:** 2–28 nap, leggyakrabban 7–10 nap.

5. **Fontosabb tünetek:** Manifeszt megbetegedésben enterális tünetek jelentkeznek, majd láz alakul ki, mely elérheti a 39–40 °C-t, intermittáló vagy continua típusú. Izom- és ízületi fájdalmak, nagyfokú szemhéjödéma, nehézlégzés, toxikus idegrendszeri tünetek, myocardium károsodás észlelhető. Eosinophilia, emelkedett szérumszintű enzimértékek mutathatók ki.

6. **Fertőzőképesség tartama:** Emberről emberre nem terjed.

7. **Teendők a betegség előfordulásakor:**

A) **Teendők a beteggel:**

a) **Jelentés:** Be- és kijelentésre kötelezett. Járványügyi értesítést kell küldeni a fertőzött hús származási helye szerint területileg illetékes városi intézetnek és a megyei (fővárosi) állat-egészségügyi és élelmiszer-ellenőrző állomásnak.

b) **Elkülönítés:** Nem szükséges.

c) **Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:** Kötelező. Beküldendő alvadésgátló nélkül vett vérminta az OEK Parazitológiai osztályára.

d) **Fertőtlenítés:** Nem szükséges.

e) **Egyéb teendők:** Ember trichinellás megbetegedése esetén a fertőződés forrásának megkeresése – az ÁNTSZ bevonásával – a megyei (fővárosi) állat-egészségügyi és élelmiszer-ellenőrző állomás feladata.

B) **Teendők a beteg környezetében:**

A beteg környezetében, háztartásában élőkől és mindazoktól, akik feltehetően a fertőzött húsból fogyasztottak, diagnosztikus vizsgálatra alvadésgátló nélkül vett vérmintát kell küldeni az OEK Parazitológiai osztályára.

8. **Megelőzés:** Nem ellenőrzött magánvágásból vagy vadászatból származó sertés, illetve vaddisznó húsnak vagy hústermékek (kolbász, sonka nyersen vagy nem kellően

sütött, főzött állapotban) fogyasztásának kerülése. Az állategészségügyről szóló 41/1997. (V. 28.) FM rendelet 640., illetve 694. §-ának betartása.

Tuberculosis

(Gümőkór)

BNO10: A15-A19

1. **Kórokozó:** Mycobacterium tuberculosis complex.

2. **Fertőzés forrása:** Beteg ember, beteg állat (pl. szarvasmarha).

3. **Terjedési módja:** Leggyakrabban cseppfertőzés, nagyon ritkán enterális (pl. fertőzött tej) közvetlen kontaktus. A penetráció többnyire belégzés útján történik, ritkán a tápcsatornán keresztül, illetve közvetlen kontaktus révén pl. genitáliák, bőr.

4. **Lappangási idő:** A konverzió legkorábban 3 hét után igazolható.

5. **Fontosabb tünetek:** Lokalizációtól függően igen változatosak. Leggyakoribb manifesztáció (kb. 90–95%) a pulmonális forma. Korai tünetek: köhögés, hőemelkedés, verejtékezés, étvágytalanság, néha haemoptoe. Tuberculin próba általában hyperegiás reakciót mutat, a köpet bakteriológiai vizsgálat (Ziel-Nielsen-festés) lehet pozitív, de negativitás sem zárja ki a betegség jelenlétét. Tenyésztéses vizsgálat szintén lehet pozitív, de negativitás sem zárja ki az aktív megbetegedést. Mellkasi rtg. felvételen általában infiltratív, néha nodularis elváltozás(ok) láthatók.

Késői tünetek: köhögés, jelentős testsúlyvesztés, esetleg toxikus tünetek, haemoptoe, a mellkasi rtg. felvételen üreges (kaverna) elváltozások, egy- vagy kétoldali nodularis disseminációk, infiltrációk láthatók. Köpet bakteriológiai vizsgálata általában mikroszkóposan és tenyésztéssel is pozitív.

Egyéb lokalizációk meningitis, pleuritis tuberculosa, perifériás és centrális (mediastinalis, mesenterialis) nyirokcsomók, csont-izületi, urogenitális, bél, bőr, gége, szem stb. lehetséges. A pulmonális és extrapulmonális kórfarmák izoláltan, de kombináltan is előfordulnak. A bakteriológiai bizonyítás testváladékokból, punctátumokból (liquor, exudatum, genny, vizelet stb.) kísérelhető meg. Szöveti vizsgálat igazolhatja a klinika gyanút.

6. **Fertőzőképesség tartama:** Ha a köpet (esetleg vizelet) mikroszkópos vizsgálata saválló pozitivitást jelez, a beteg fertőző. Hatékony gátlószerekkel gyógykezelés mellett legkorábban 4 hét elteltével várható a fertőzőképesség megszűnése (de lehet később is).

7. **Teendők a betegség előfordulásakor:**

A) **Teendők a beteggel:**

a) Aktív tbc-s megbetegedés vagy annak alapos gyanúja esetén a beteget a területileg illetékes tüdőbeteg-gondozóba – fekvőbeteg esetén a pulmonológiai osztályra kell irányítani. A tüdőgondozó az aktív tbc-s beteget nyilvántartásba veszi (törzsregiszter), és haladéktalanul megkezdi a kontaktok felkutatására és gondozásba vételére előírt feladatai végrehajtását (kontaktok szűrése, fertőzőforrás kutatása, kemoprofilaxis stb.).

b) Pulmonális kórforma esetén a mikroszkóposan is saválló baktériumot ürítő beteg gyógykezelését pulmonológiai osztályon kell elkezdni. Szövődmény (pl. vérzés), illetve súlyos kísérőbetegség – ahol a gyógyszeres kezelés beállítása problémás lehet – szintén indikációja a kórházi ápolásnak.

c) Extrapulmonális tbc esetén a lokalizációs szerint illetékes (pl. urológiai, nőgyógyászati, szemészeti, bőrgyógyászati, orthopediai stb.) osztályon kezelhető a beteg a szükséges diagnózis, illetve műtét idején. Gyógyszeres utókezelés a tüdőgondozó feladata, szakkonzultáció igénybevételével.

d) A kötelező bejelentést a tüdőgondozó teljesíti a Tbc. Surveillance Központba a nyilvántartásba vételkor, majd a jelentési rendszerben előírt időközben a változásról, illetve a beteg gyógyulásakor.

A post mortem diagnosztizált eseteket a boncolást végző patológus jelenti a TS központba és a területileg illetékes tüdőgondozóba (járványügyi teendők elvégzése érdekében).

B) *Elkülönítés:* Mikroszkópos vizsgálattal igazolt saválló baktériumot ürítő tbc-s beteget a nem tbc-s betegektől elkülönített osztályon vagy részlegen kell ápolni. Ha ez nem lehetséges, a fertőző betegeket külön kórteremben szabad csak elhelyezni a fertőzőképességük ideje alatt.

C) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező (köpet, illetve testváladékok mikroszkópos és tenyésztéses bakteriológiai vizsgálata, illetve szövettani vizsgálat). A bakteriológiai vizsgálatokat a tbc tenyésztő állomások végzik.

D) *Fertőtlenítés:* A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők közül legfontosabb a beteg köpetének, bronchus-, torok- és orrváladékának, indokolt esetben vizeletének fertőtlenítése. Ennek során a váladékokon kívül mindazon tárgyat, eszközt, anyagot fertőtleníteni kell, melyek fertőződtek vagy fertőződhettek. Mivel a fertőzést okozó mycobacteriumok ellenállóképessége mind a fizikai (elsősorban hőhatás), mind pedig a kémiai hatásokkal szemben meghaladja a baktériumok vegetatív formáinak ellenálló-képességét, sőt megközelíti a baktériumspórák rezisztenciáját: a váladékok, illetve a tárgyak, eszközök, anyagok fertőtlenítésére vagy tuberkulocid vagy sporocid hatású fertőtlenítőszereket kell alkalmazni. Ezek hiányában – általában – 2-3-szorosára megnövelt koncentrációjú, lehetőleg klór hatóanyag-tartalmú dezinficienset kell alkalmazni, arányosan megnövelt expozíciós idő mellett.

8. Megelőzés:

a) BCG-vakcináció,

b) közvetlen kontaktok körében a kemoprevenció, 30 év alattiakról, illetve konverzió esetén a kemoprofilaxis,

c) lakossági ernaőfőnykőpsűrés.

Tularemia

BNO10: A21

1. *Kórokozó:* Francisella tularensis.

2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött mezei nyúl, hörcsög, patkány, egér és egyéb rágcsálók, valamint más vadon élő állatok, esetleg egyes háziállatok is.

3. *Terjedési mód:* Fertőzött állatokkal való érintkezés, vadak nyúzása, fertőzött hús fogyasztása, szűrőlegyek, kullancsok, fertőzött ivóvíz, fertőzött permet (pl. a cukorgyárakban répamosás közben) és por útján is. A fertőzött kullancs egész életén át fertőzőképes marad. A rágcsálók egyéb ektoparazitái (bolhák, tetvek) és szúnyogok is közvetíthetik a fertőzést. A kórokozó sértetlen bőrön és nyálkahártyán át is bejuthat az emberbe.

4. *Lappangási idő:* 1–14 nap, leggyakrabban 3–5 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A betegség hirtelen kezdődik borzongással, lázzal, fájdalmakkal. A fertőzés behatolási helyétől függően különböző kórformák alakulhatnak ki: cutanoglanduláris, oculoglanduláris, oralglanduláris, abdominalis és thoracalis forma. A főbb tünetek a klinikai formának megfelelően: a kórokozó behatolási helyén (pl. a kézen), rendszerint alig fájdalmas, nehezen gyógyuló fekély, a regionális nyirokcsomók fájdalmas duzzanatával és később elgennyedésével, kifehélyesedésével, a szemhéjak duzzanata, conjunctivitis, angina, gastroenterális tünetek, „grippe”-re utaló tünetek, pneumonia, a környéki nyirokcsomók duzzanatával. Enterális fertőzés esetében a hastífuszhoz hasonló tünetek.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a váladékokkal a kórokozók ürülnek, rendszerint a klinikai tünetek fennállásáig. Emberről emberre csak igen ritkán terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Járványügyi értesítés a fertőzés helye szerint illetékes hatósági állatorvosnak.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldendő 5 ml alvadésgátló nélkül, sterilen vett vér az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumba vagy az OEK bakteriológiai osztályára az agglutinációs vizsgálat elvégzésére. Pozitív eredmény csak a betegség második hetétől várható. Negatív esetben a vizsgálatot célszerű megismételni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatosan fertőtleníteni kell a sebváladékot és ezzel szennyeződött anyagokat, tüdőtularemia esetén a köpetet.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A fertőző forrást fel kell kutatni, ennek szükségességéről a területileg illetékes hatósági állatorvost értesíteni kell.

8. *Megelőzés:* A járványos terület lakosságának felvilágosítása. Kellő óvatosság a mezei nyulak és a szőrmefeldolgozás céljára gyűjtött hörcsögök nyúzása közben. A nyúlhús alapos megfőzése vagy megsütése. Beteg állatot megfogni, megnyúzni, húsát fogyasztani nem szabad. A mezei állatok, nyulak, rágcsálók ürülékével fertőzött tárgyak fertőtlenítése. Az ilyen fertőzésnek kitett források, kutak vize ivásra nem használható. A cukorgyárakban a répamosás közben keletkező permet elleni védelem szükséges. A kullancsok és a vérszívó legyek ellen védekezni kell.

Typhus abdominalis

(Hastífusz)

BNO10: A01.0

1. *Kórokozó:* Salmonella typhi.2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó ember.3. *Terjedési mód:* Orális fekális úton, közvetlen érintkezés, ivóvíz, tej, egyéb élelmiszerek, tárgyak közvetítésével.4. *Lappangási idő:* 3–30 nap, leginkább 1–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Lépcsőzetesen emelkedő láz, amely continua típusúvá válik, majd fokozatos leázatlagnodás. Fejfájás, ködös állapot, középen bevont, szélén piros nyelv. A törzsön halvány roseolák, lépmeagnagyobbodás, relatív bradycardia, típusos vérkép (leukopenia, relatív lymphocytosis). A has diffúze érzékeny, csak ritkán jelentkezik hasmenés. Szövődmények: bélvérzés, a fekélyek perforációja, peritonitis, pneumonia. A klasszikus klinikai lefolyást módosíthatja a beteg életkora, korábbi védőoltások és a diagnózis felállítása előtt adott antibiotikumok. Mindezek sokszor megnehezítik a betegség felismerését. Csecsemők és kisgyermekek hastífusza eltér a felnőttek megbetegedésétől, gyakran csak a magas láz az egyetlen tünet (lázás eclampsia, meningeális jelek). E korban gyakran jelentkezik hányás és hasmenés is.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A betegség tartama alatt, gyakran a gyógyulást követően is mindaddig, amíg a széklettel vagy vizelettel a S. typhi ürül. Tartós kórokozó hordozás is kialakulhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Az írásbeli jelentésen kívül az esetet telefonon, faxon is jelenteni kell az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének, valamint az OEK Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Kötelező, kórházi fertőző osztályon. A beteget addig kell elkülöníteni, amíg a klinikai tünetek megszűnése és az antibiotikus terápia befejezését követő 48 óra múlva elkezdett, egymást követő napokon vett 3 széklet- és vizeletminta vizsgálata negatív eredményt nem ad. Ha a vizsgálatsorozatból egy is pozitív, az elkülönítés megszüntethető, de a gyógyulást járványügyi ellenőrzés alatt kell tartani mindaddig, amíg a kórokozó hordozása meg nem szűnik. A járványügyi ellenőrzés alatt álló személyt el kell tiltani a 0–6 éves gyermekek közösségének látogatásától vagy ilyen közösségekben, intézményekben gyermekek ellátásával kapcsolatos veszélyeztető munkakörte, a közvetlen betegellátás során étel- és gyógyszerkiosztás végzésétől; illetve hőkezelés nélkül közvetlenül közfogyasztásra kerülő élelmiszerek, ételek, italok kezelésétől: közétkeztetésben, vízművekben való foglalkoztatástól; anyatej adásától, illetve anyatej kezeléstől. A beteg, illetve kórokozó-ürítő lakásából (háztartásából) közfogyasztásra kerülő élelmiszer, ital kivételét is meg kell tiltani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Diagnosztikus célra beküldendő széklet, vizelet és steri-

len, alvadésgátló nélkül vett vérminta. (Javasolt kereskedelmi haemocultura palackokba vett vér beküldése is.) Az első mintákat lehetőleg az antibiotikum terápia megkezdése előtt a betegség első napjaiban kell venni. A vizsgálatokat – ha a tenyésztés negatív eredményű – célszerű 3 héten belül többször megismételni, akkor is, ha a beteg időközben antibiotikum kezelésben részesül. A kórokozó váladékokból való kitenyésztése és az ismételt szerológiai vizsgálatokban észlelt titeremelkedés megerősíti a klinikai diagnózist. Felszabadító és ellenőrző vizsgálat céljára székletet és vizeletet kell küldeni [lásd a 7. A) b) pontban foglaltakat]. A hastífusból gyógyult és az elkülönítés alól felszabadított személynél az utolsó pozitív lelettől számított 1 éven át havonta egy alkalommal széklet- és vizeletvizsgálatot kell végezni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg vagy arra gyanús személy környezetében a folyamatos fertőtlenítésnek ki kell terjednie mindazon eszközre, tárgyra, felületre, mely széklettel, vizelettel szennyeződött vagy szennyeződhetett. Legfontosabb a kéz fertőtlenítése, melyet folyamatosan a fertőzés megszűntéig mind a betegnek, mind pedig az ápoló személyeknek végezniük kell főleg a WC-használat után, étkezések előtt, illetve a betegellátás, betegápolás befejeztével. Igen fontos a beteg által használt WC, illetve árnyékszék, ágytál tartalmának váladékfertőtlenítő szerrel való elegyítése, magának az edényzetnek, WC-kagylónak, ülőkének stb. beáztatásos, lemosó módszerrel történő dezinfekciója. Ugyanígy folyamatosan fertőtleníteni kell a beteg által használt evő- és ivóedényzetet, evőeszközöket, ételmaramékat. Beáztatással, illetve fertőtlenítő mosással kell fertőtleníteni a beteg, illetve az ápoló személyzet által használt textíliákat (ágynemű, hálóruga, védőköpeny, törülköző stb.). A betegszoba padlózatát, esetleg kontaminálódott bútorzatát, egyéb tárgyait is fertőtleníteni kell. Rovarmenestességet biztosítani kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel érintkezett személyeket 21 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni és ezen időre ki kell tiltani a 7. A) b) pontban felsorolt foglalkozásokból és intézményekből. A beteggel érintkezett és járványügyi megfigyelés alá helyezett személyek foglalkozásukat/tevékenységüket, illetve közösségek látogatását csak akkor folytathatják, ha a megfigyelési idő második-harmadik hetében elkezdett, egymást követő napokon vett 2 széklet- és vizeletminta vizsgálata negatív eredményt adott. 0–6 éves gyermekek közösségében történt megbetegedés esetén 21 napi felvételi zárlatot kell elrendelni. Ha a megbetegedést kórházi osztályon észlelték, a beteg elkülönítése után a vele érintkezett ápolókat és az ápoló személyzetet 21 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni, és el kell végezni a vizelet- és székletvizsgálatokat. Az esemény, továbbá az osztály adottságaitól függően 21 napos felvételi zárlat is elrendelhető. Megbetegedés vagy tünetmentes ürítés esetén értelemszerűen az előző pontokban felsoroltak szerint kell eljárni (elkülönítés, járványügyi

ellenőrzés, munkából való kitiltás stb.). Ha a beteggel érintkezett ápoltak alapbetegsége megengedi, hazabocsáthatók, de otthonukban a járványügyi megfigyelést folytatni kell, s ezt zárójelentésükre fel kell jegyezni, a lakóhely szerint illetékes városi intézet egyidejű értesítése mellett. A beteg elkülönítése után a családi és munkahelyi környezetében élő személyeket aktív immunizálásban kell részesíteni. A fertőzés forrását fel kell kutatni. A beteg környezetében kórokozó-hordozásra irányuló széklet szűrővizsgálatot kell végezni. A felderített pozitív személyeket járványügyi ellenőrzés alá kell helyezni, s velük kapcsolatos eljárásokat és laboratóriumi vizsgálataikat a jogszabály 30. § (2)–(6) bekezdésében foglaltak szerint kell elvégezni.

A kórokozógazda lakásváltoztatásáról vagy haláláról háziorvosa értesíti a területileg illetékes városi intézetet. Az utóbbi jelenti az eseményt a területileg illetékes megyei intézetnek (majd ez az OEK Járványügyi osztályának), valamint lakáscímváltozás esetén megküldi a kórokozógazda nyilvántartási lapját az új lakóhely szerint illetékes városi intézetnek.

A kórokozó-ürítők és kórokozógazdák felszabadítására (járványügyi ellenőrzésük megszüntetésére) vonatkozó eljárások:

A) A kórokozó-ürítő felszabadítására vonatkozó vizsgálatokat

a) meg lehet indítani, ha laboratóriumi ellenőrző vizsgálatai legalább 6 hónapon át folyamatosan negatívak;

b) meg kell indítani, ha az ellenőrző vizsgálatok egy éven át folyamatosan negatívak.

A felszabadító vizsgálat 8 egymás után következő héten át végzett heti 1 identifikált széklet és vizelet bakteriológiai vizsgálatából áll. Ha ezek mind negatívak és e vizsgálatok után vett duodenális váladék vizsgálata is negatív, a baktériumürítő járványügyi ellenőrzése megszüntethető.

B) A kórokozógazda felszabadító vizsgálatait akkor lehet megindítani, ha félévenkénti ellenőrző vizsgálatai legalább két éven át folyamatosan negatív eredményűek voltak, és a kórokozógazda kéri a járványügyi ellenőrzés megszüntetését.

A felszabadító vizsgálat 6 hónapon át havonta 2 alkalommal (összesen tehát 12) személyes ellenőrzés mellett vett széklet- és vizeletminta bakteriológiai vizsgálatából áll. Ha ezek, valamint a vizsgálatok után végzett duodenális váladékvizsgálat is kivétel nélkül negatív eredménnyel zárult, a kórokozógazdát fel kell szabadítani. A felszabadított kórokozógazdát még további egy évig havonta egy alkalommal laboratóriumiilag ellenőrizni kell.

8. Megelőzés:

A) Általános egészségügyi rendszabályok betartása: Az étel- és italok higiénés kezelése és forgalmazása, megfelelő település- és környezet-egészségügyi feltételek (jó ivóvíz-ellátás, szennyvízelvezetés és -tisztítás, szemétkelés stb.) biztosítása, egészségnevelés, felvilágosítás, magas fokú személyi higiéné, kórokozó-hordozók felkutatása és járványügyi ellenőrzése.

B) *Védőoltás:* Védőoltásban kell részesíteni – a B) pontban leírtakat is figyelembe véve – 1–60 éves korig:

a) azokat, akik *S. typhi* kórokozó-hordozó (kórokozó-ürítő vagy kórokozógazda) környezetében élnek,

b) azokat, kik foglalkozásuk következtében vagy egyéb okból a *S. typhi* fertőzés veszélyének fokozottabban vannak kitéve (kórházi fertőző osztályok, laboratóriumok, fertőtlenítő intézetek dolgozói, csatornamunkások, mélyépítő dolgozók stb.) mindaddig, amíg a veszélyeztetettségük fennáll.

Typhus exanthematicus

(Kiütéses tífusz)

BNO10: A75.0 és A75.1

1. *Kórokozó:* *Rickettsia prowazekii*.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember a heveny szakban vagy a késői recidíva idején (Brill-Zinsser-féle betegség BNO10: A75.1).

3. *Terjedési mód:* A ruhatetű terjeszti. A ruhatetű a beteg vérének szívásakor fertőződik. A rickettsiák a tetű bélhámjában elszaporodnak, és annak székletével ürülnek. Az ember a tetű ürülékét vakarózáskor a bőrébe dörzsöli, ritkán porfertőzés is előfordulhat, beszáradt ruhatetű-ürülék belégzése útján.

4. *Lappangási idő:* 1–2 hét, leggyakrabban 12 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Többnyire hirtelen kezdet, magas lázzal, erős fejfájással, szédüléssel, kábultsággal. A vérnyomás jelentősen csökken, a 4–7. napon a törzsön és a végtagokon kiütések jelennek meg, melyek kezdetben roseolaszerűek, később pirosabbá, majd barnássá válnak és közepükön pontszerű bevérzés látható. Idegrendszeri tünetek (apathia, delírium) is kialakulnak. A heveny szak kb. 2 hétig tart, az abortív esetek gyakoriak. A betegség lezajlása után latens állapotban rickettsiák maradhatnak a szervezetben, s ezek évek múlva késői recidívát okozhatnak: Brill-Zinsser betegség. A recidíva nincs ruhatetvek jelenlétéhez kötve, de ha a beteg ruhatetves, abban az esetben fertőzőképes, környezetére veszélyes. A Brill-Zinsser betegség klinikai lefolyása rendszerint enyhe.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A beteg vére a lázas szakban és utána még 2–3 napig fertőz. A ruhatetű a vérszívás után 5–10 nap múlva kezdi a kórokozókat üríteni, s két hét múlva rendszerint elpusztul. Beszáradt ürüléke 6 hónapig fertőzőképes maradhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. Telefonon vagy faxon is jelentendő az OEK Járványügyi osztályának és az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének. Ugyanígy kell eljárni a Brill-Zinsser betegség esetén is.

b) *Elkülönítés:* A beteget azonnal ható módszerrel történt tetvetlenítés után kórházban fertőző osztályon kell elkülöníteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. Beküldendő 5 ml alvadásgátló nélkül levett vér a Weil-Félix

reakció elvégzésére az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumába, illetve 5 ml szintén alvadésgátló nélkül vett vér pedig komplementkötési reakció céljára az OEK Virologiai főosztályára. A Weil-Félix reakció nem specifikus a kórokozó kimutatására (Brill-betegségben negatív, de Proteus-fertőzésben pozitív), ezért önmagában még pozitív ($> 1:200$) esetben sem diagnosztikus értékű. Ekkor vett újabb vérmintával a specifikus rickettsia komplementkötési reakció ad biztos diagnózist. A pozitív reakcióról a beküldőt, az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetét és az OEK Járványügyi osztályát telefonon vagy faxon azonnal értesíteni kell.

d) *Fertőtlenítés:* Szigorított folyamatos és zárófertőtlenítés végzendő, melyet a városi intézet ellenőriz. A fertőző beteg vagy arra gyanús személy környezetében azonnal folyamatos fertőtlenítés megkezdése szükséges. A tetűmentesítésen kívül fertőtleníteni kell a beteg vagy az erre gyanús személy környezetét (lakását, tartózkodási helyét), fehérneműjét, alsóneműjét, ágyneműjét stb., valamint a beteggel érintkezésbe került és járványügyi megfigyelés alá vont személyeket is. A beteg vagy arra gyanús személy, illetve kontakt személyek testét 2%-os Liquor kresoli saponatus oldattal kell lemosni. A textíliák fertőtlenítésére elsősorban a hőhatáson alapuló fertőtlenítési módszereket (kifőzés, áramló vízgőz, túlnyomásos gőz stb.) kell alkalmazni. Kémiai fertőtlenítő eljárásokhoz (beáztatás stb.) aldehid hatóanyagú dezinficiensek alkalmazása indokolt.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Tetvességi vizsgálat, szükség esetén tetvetlenítés azonnal ható módszerekkel a városi intézet irányításával, a tetűmentes állapot fenntartása. A beteg környezetében élő személyeket 15 napra járványügyi zárlat alá kell helyezni. A lázasnak talált és a betegsége gyanús személyektől ugyanúgy kell vért vizsgálatra beküldeni, mint ahogy az a beteg esetében történt. Fertőzőforrás-kutatást kell végezni.

8. *Megelőzés:* Ruhafertőtlenítés elleni védekezés rendszeres tetvességi vizsgálatok, tetvetlenítés és az eltetvesedés megakadályozása. A tetvetlenítést végző egészségügyi dolgozók védőruházatot és egyéni védőfelszerelést kötelesek viselni. A Brill-Zinsser betegség csak ruhafertőtlenítésben fertőző, s ilyenkor ugyanúgy kell eljárni a beteg környezetében mint kiütéses tifusz esetében. Ha azonban a késői recidíva tetűmentes környezetben jelentkezik, s ez járványügyi vizsgálattal kétséget kizáróan megállapítható, nincs szükség tetvetlenítésre és különleges korlátozó intézkedésekre a beteg környezetében.

Varicella

(Báranyhimlő)

BNO10: B01

1. *Kórokozó:* A Varicella-Zoster vírus, V-Z-vírus.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, a beteggel való közvetlen érintkezés, váladékokkal frissen szennyezett tárgyak útján.

4. *Lappangási idő:* 2–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Mérsékelt lázzal, enyhe közérzeti zavarokkal kezdődik. A test különböző részein foltos kiütések (maculák) keletkeznek, melyekből rövidesen papula, majd tiszta bennékű hólyag (vesicula) alakul ki. A bennék rövidesen megzavarosodik, pusztulává alakul, végül pörkösödéssel gyógyul. Jellemző tulajdonsága a varicellának, hogy az exanthemák nem egyszerre jelennek meg, hanem fokozatosan terjednek el, és ezért egyidejűleg fejlődésük különböző stádiumait lehet megfigyelni, ugyanazon a testrészen is. A nyálkahártyán az enanthema rendszerint kifeléelyesedik. A varicella hólyagok szuperinfekció következtében elgennyedhetnek. Szövődmények: pneumonia, encephalitis.

A Varicella-Zoster vírus a varicella gyógyulása után az esetek egy részében az intervertebrális ganglionokban latens formában megmarad, és később reaktiválódhat (Herpes zoster BNO10: B02). Az idegrendszeri lokalizációnak megfelelően, fájdalmas kezdet után, a varicellához hasonló elváltozások jelennek meg. Ritka esetben a gyulladásos folyamat a motoros idegsejtekre is áttérhet és bénulásokat okozhat. A kiütések pörkösödéssel gyógyulnak. A betegség rendszerint felnőtt korban fordul elő. A beteg vérében V-Z vírus elleni ellenanyagok találhatók.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Az első tünetek megjelenésétől számítva a pörkök beszáradásáig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Bejelentendő, kijelentés csak szövődmény előfordulása, valamint fatális kimenetel esetén kötelező.

b) *Elkülönítés:* A varicellás és herpes zosteres beteget a gyermekektől a pörkök beszáradásáig, de legalább az eruptio megjelenésétől számított 1 hétig el kell különíteni. Herpes zosteres beteg környezetében a fogékony gyermekek varicellában megbetegedhetnek. Kórházi előfordulás esetén a beteget haza lehet bocsátani további elkülönítésre, ha alapbetegsége ezt megengedi, ha ez nem lehetséges, fertőző osztályra kell áthelyezni. A bakteriális szuperinfekció elkerülése érdekében gennyes bőrgyulladásokban, tonsillitisben stb. szenvedő felnőttet el kell távolítani a beteg környezetéből.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Nem szükséges.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők a folyamatos kézfertőtlenítésen kívül az orr- és torokváladékok, a bőrlaesiók tartalmának fertőtlenítésére terjedjen ki. Ennek során mindazon eszközöket (evőeszközök, ivóedények stb.), tárgyakat (játékok stb.), textíliákat (zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törülköző), melyek a váladékokkal fertőződtek, vagy fertőződhetnek, virucid hatású dezinficiensekkel kell a fertőzőképesség megszűntéig folyamatosan fertőtleníteni.

B) Teendők a beteg környezetében:

a) A beteggel érintkezett, varicellán át nem esett 6 éven aluli gyermekeket 21 napra járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. Amennyiben a járványügyi megfigyelés ideje alatt klinikai tünetek jelentkeznek, orvoshoz kell fordulni.

b) 6 éven aluli közösségben 21 napi felvételi zárlatot kell elrendelni varicellán át nem esett gyermekek részére. Ilyen gyermeket a felvételi zárlat ideje alatt csak akkor lehet felvenni, ha szülő a felvilágosítás ellenére is, írásban kéri azt.

c) Teendők kórházban észlelt megbetegedés esetén:

Kórházi gyermekosztályon előfordult megbetegedés esetén a beteggel érintkezett, varicellán át nem esett gyermekeket az utolsó érintkezéstől számított 21 napi időre járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A kontakt személyek alaptermészetes gyógyulása után a kórházból ezen idő alatt is kiengedhetők, de a járványügyi megfigyelést otthonukban folytatni kell. A zárójelentésen ezért fel kell tüntetni a kontaktus tényét és az utolsó érintkezés napját. Az osztályon a varicellán át nem esett gyermekek részére 21 napos felvételi zárlatot csak abban az esetben kell elrendelni, ha a kontakt betegeket – alaptermészetes gyógyulása után – az érintkezéstől számított 12 napon belül nem tudják hazabocsátani, vagy a további ápolásra szorulókat máshol izolálni. A fertőzés veszélyének kitett, legyengült, varicellán még át nem esett beteg gyermekek számára javasolt a passzív immunizálás specifikus immun-globulinnal, mely kivédi vagy enyhíti a megbetegedést, amennyiben az expozíciót követő 96 órán belül beadásra kerül.

d) Azon anyák újszülöttjeinek, akiknél a varicella klinikai tünetei a szülést megelőzően 5 nappal vagy a szülés után 48 órával jelentkeznek, varicella-zoster immun-globulin adása javasolt.

8. *Megelőzés:* Élő, attenuált vírust tartalmazó vakcinával a leukémia-ellenes kezelésben részesülő vagy szervátültetésre kerülő egyének oltása javasolt. (Az immunhiányos betegeket ápoló egészségügyi dolgozók védőoltása is indokolt.)

Variola

(Fekete himlő)

BNO10: B03

Az utolsó természetes úton szerzett himlő megbetegedés 1977 októberében Szomáliában fordult elő. A globális eradikációról szóló bizonyítványt két évvel később írták alá, melyet 1980 májusában az Egészségügyi Világszervezet Közggyűlése is deklarált.

1. *Kórokozó:* A Poxviridae család Chordopoxviridae alcsaládjának Orthopoxvirus nemzetségébe tartozó Poxvirus variolae.

2. *Lappangási idő:* 7–17 nap, leggyakrabban 12–14 nap. A kiütések 2–4 nappal később jelennek meg.

3. *Terjedési mód:* A kórokozó természetes körülmények között a betegek légúti váladékával, cseppfertőzéssel terjed. A fertőzés bekövetkezhet a beteg légúti váladékaival,

továbbá a bőr- és nyálkahártya-elváltozások tartalmával történő közvetlen érintkezés, illetve a váladékokkal szennyezett tárgyak közvetítésével is. A beszáradt váladék pora légáramlat útján távolabbi helyiségekbe is elkerülhet. Biológiai fegyverként történő alkalmazásának legvalószínűbb módja a kórokozó aerosol formájában a légtérbe történő kijuttatása.

4. *Klinikai kép:* A betegségnek két fő formáját írták le: Variola major (vera), a letalitás 20–40%, vagy ennél magasabb. Variola minor (alastrim), melyet a variolavírus gyengébb virulenciájú változata okozott. A kórkép megfelel a variola verának, de annál jóval enyhébb lefolyású, a letalitás 1% alatti. A betegség ritka, de minden esetben halálos végű formája a primer haemorrhagiás variola. A himlő heveny klinikai tünetei vírusfertőzésre, leginkább influenzára emlékeztetnek, többnyire hirtelen kezdet, magas láz, fejfájás, szédülés jellemzi a prodromális szakot. A kezdeti tünetek után két-három nappal a láz leesik, és megjelennek a **kiütések**. A bőrelváltozások szabályos fejlődést mutatnak: előbb gombostűfejnyi lapos foltocskák jelennek meg, amelyek később papulává nőnek, majd vesiculává alakulnak. A vesicula többrekeszes, beleszúrásra nem esik össze. A kiütések megjelenésétől számított 5. napra a hólyagocskák bennéke zavarossá válik és kialakul a himlős pustula. Az orr és a száj nyálkahártyáján megjelenő elváltozások kifelé nyílnak, ennek következtében nagymennyiségű vírus jut a szájba és a torokba. A himlő felismerését elősegítő **egyéb klinikai tünetek:** 2–4 napos, nem-specifikus bevezető lázas szak, izomfájdalom, a kiütés az arcon és a végtagokon (a tenyéren és a talpon is) a legsűrűbb, ellentétben a varicella kiütéseinek dominánsan törzsi lokalizációjával. A kiütés rendszerint 1–2 héten belül pörkösödik, a varicella kiütéseitől eltérően – amelyek fokozatosságot mutatnak – a himlős kiütések azonos stádiumban vannak.

Esetdefiníciók:

Gyanús eset:

a) Olyan személy, akinél himlőre gyanús klinikai tüneteket észlelnek.

b) Olyan személy, akinél atípusos tüneteket észlelnek, azonban epidemiológiai kapcsolatba hozható egy igazolt, vagy egy valószínűsíthető esettel.

Valószínűsíthető eset: Olyan személy, akinél himlőre gyanús klinikai tüneteket észlelnek, és:

vagy elektronmikroszkópos, vagy PCR vizsgálattal orthopoxvírus jelenlétét igazolták a beteg vizsgálati anyagában,

vagy epidemiológiai kapcsolatba hozható igazolt, vagy valószínűsíthető esettel.

Megerősített eset: A betegség kezdeti fázisában lévő olyan személy, akinél a klinikai tünetek a himlőre jellemzőek és a laboratóriumi vizsgálat az alábbiak közül legalább egy módszerrel sikeres volt:

vagy elektronmikroszkópos vizsgálattal variola vírus kimutatása;

vagy PCR módszerrel a variola vírus DNS-ének kimutatása, majd szekvenálása.

A diagnózis laboratóriumi kritériumai

Egy klinikai mintából a himlővírus izolálása.

VAGY

A mintában polimeráz láncreakció (PCR) módszerrel a variola vírus DNS-ének azonosítása, majd szekvenálása.

VAGY

Egy klinikai mintában a Variola vírus kimutatása negatív-festéses elektronmikroszkópos vizsgálattal.

5. *A fertőzőképesség időtartama:* Az első klinikai tünetek megjelenésétől a pörkök leválásáig, általában négy-öt hétig tart. A beteg a korai szakban a legfertőzőbb.

6. *Teendők a betegség előfordulásakor*

A) *Teendők a beteggel*

a) *Jelentés:* Be- és kijelentésre kötelezett. A megbetegedés gyanúját az írásbeli jelentés megtételén kívül telefonon, faxon azonnal jelenteni kell az OEK-nek és az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének. Munkaidőn túl és munkaszüneti időben az OEK Járványügyi ügyeletének és az ÁNTSZ ügyeletnek, akik értesítik az Országos Tisztifőorvosi Hivatal ügyeleti szolgálatát. Az országos tisztifőorvos jelentést tesz az Egészségügyi Minisztérium Járványügyi Védelmi Munkabizottságának. A betegség vagy annak gyanúja jelentendő az Európai Unió illetékes hatóságainak és a WHO-nak.

b) *Elkülönítés:* A beteget vagy a betegségre gyanús személyeket az országos tisztifőorvos által esetenként kijelölt kórház fertőző osztályán kell elkülöníteni a pörkök leválásának befejeződéséig. Szükség esetén a beteg szállítását csak erre kijelölt betegszállító jármű és kijelölt személyzet végezhetik. A beteget vagy a betegségre gyanús személyeket egyedileg kell elkülöníteni: egy helyiségben csak egy beteget szabad elhelyezni. Járvány esetén több beteg is elhelyezhető egy szobában. Az izoláló kórteremnek speciális szellőztetés feltételeivel kell rendelkezni. A beteg ápolását csak az erre kijelölt személyek végezhetik. A beteg ápolása, gondozása során teljes védőruházatot [egyszerhasználatos, nedvességet át nem eresztő köpeny vagy overall, arcvédő maszk, légzésvédő (ha a dolgozó nem oltott), védőkesztyű stb.] kell viselni.

c) *Fertőtlenítés:* A beteg vagy a himlő megbetegedésre gyanús személy környezetében szigorított, folyamatos és szigorított zárófertőtlenítést szükséges végezni, amelyet az egészségügyi hatóságnak a helyszínen kell ellenőrizni. A folyamatosan végzett kézfertőtlenítésen kívül legfontosabb fertőtlenítő teendők: az orr- és torokváladék, a bőr gennyes, pörkös váladékainak, ezekkel a váladékokkal szennyezett tárgyakkal (evőeszköz, ivóedény stb.), textíliáknak (zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törölköző stb.), valamint a betegszoba bútorainak folyamatos fertőtlenítése. A folyamatos fertőtlenítést, illetve a beteg ápolását, gondozását különös figyelemmel és gondossággal kell végezni, mert a beszáradt vírus, különösen a gennyes, pörkös váladékban hosszabb ideig fertőzőképes marad. A szigorí-

tott, folyamatos fertőtlenítést „virucid” hatással rendelkező dezinficienssekkel kell végezni.

d) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Kötelező. A laboratóriumi vizsgálathoz szükséges anyagokat (hólyagbennék, orr-, garatöblítő folyadék, pörk, vér) az OEK Virologiai Főosztályának munkatársai veszik le és szállítják a laboratóriumba. (Variolára irányuló diagnosztikus laboratóriumi vizsgálat csak 4-es fokozatú biztonsági laboratóriumban történhet.) A virológiai vizsgálatokat csak himlő ellen védett (preparált) személyek végezhetik.

B) *Teendők a beteg környezetében:* Sürgősen fel kell kutatni, és jegyzékbe kell venni mindazokat, akik a beteggel vagy a betegségre gyanús személlyel közvetlenül érintkeztek. (Minden a beteggel kapcsolatba került egészségügyi dolgozó primer kontaktusnak tekintendő.) Az elsődleges kontaktusokat azonnal védőoltásban kell részesíteni és 18 napi időtartamra szigorú járványügyi megfigyelés alá kell helyezni. A karantén céljára szolgáló intézményt az ÁNTSZ jelöli ki. A primer kontaktusok között már lehetnek olyan személyek, akiknél olyan klinikai tünetek jelentkeznek, melyek megfelelnek a himlő prodromális stádiumának. Ezeket a személyeket azonnal himlő gyanúsaknak kell minősíteni és az erre kijelölt egészségügyi intézményben kell elhelyezni. A beteggel közvetve érintkezetteket (ún. másodlagos kontaktusok) gondosan fel kell kutatni, védőoltásban részesíteni és 18 napig járványügyi megfigyelés alá kell helyezni.

7. *Megelőzés:* A himlővírus újbóli megjelenése esetén szükséges teendőket az Egészségügyi Minisztérium az ún. Nemzeti Himlő-felkészülési Tervében kell szabályozni. A tervet öt évente felül kell vizsgálni.

Yersiniosis

(Intestinalis yersiniosis)

BNO10: A04.6

Extraintestinalis yersiniosis

BNO10: A28.2

1. *Kórokozó:* Yersinia enterocolitica és Yersinia pseudotuberculosis.

2. *Fertőzés forrása:* A yersiniák rezervoárjai az állatok, ritkán ember. A patogén Y. enterocolitica esetén a sertés a fő fertőző forrás; gyakori a tünetmentes (pharyngealis) kórokozó-hordozás, különösen a téli hónapokban. Az Y. pseudotuberculosis széles körben elterjedt számos madár és emlősfaj, főleg a rágcsálók és kisemlősök körében.

3. *Terjedési mód:* Fecal-oral, fertőzött vízzel, élelmiszerekkel, valamint a fertőzött állatokkal vagy emberrel történő kontaktus révén.

4. *Lappangási idő:* 3–7 nap, általában 10 napnál kevesebb.

5. *Fontosabb tünetek:* Heveny, főleg enterális infekció formájában fellépő betegség, amelynek azonban számos más klinikai megjelenése is lehet. Az Y. enterocolitica elsősorban gastroenterocolitises syndromát hoz létre, az esetek 10–30%-ában véres hasmenés jelentkezik, a többi fer-

tőző enterocolitistól csak bakteriológiai vizsgálattal lehet elkülöníteni. Az *Y. pseudotuberculosis* inkább akut mesenterialis nyirokcsomó-gyulladást okoz: az appendix tájékán erős fájdalom jelentkezik, idősebb gyermekekben és felnőttekben ez appendicitis irányába tereli a gyanút. Az *Y. pseudotuberculosis* fertőzés legsúlyosabb formája a septicæmia.

6. *A fertőzőképesség tartama*: A kórokozó a széklettel a tünetek fennállásáig ürül, rendszerint 2–3 hétig. Kezeletlen esetekben a kórokozóürítés 2–3 hónapig is eltarthat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor*:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett.

b) *Elkülönítés*: Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat*: Kötelező. A betegől székletet és alvadágától nélkül, sterilen vett vérmintát kell az OEK bakteriológiai osztályára vagy az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába küldeni, a titeremelkedés a diagnózist megerősíti. Appendectomy esetén megnagyobbodott nyirokcsomót és az appendix tartalmát lehet beküldeni bakteriológiai vizsgálatra. A nyirokcsomók szövettani vizsgálata is alátámaszthatja a diagnózist.

d) *Fertőtlenítés*: Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőzés megelőzésénél, illetve a fertőző beteg környezetében elsősorban a kéz folyamatos fertőtlenítése a legfontosabb teendő. Lakásban tartott háziállatok (elsősorban kutya, macska) esetében az állatok tartózkodási helyének, illetve székletének, vizeletének, ezek átmeneti gyűjtésére szolgáló edényzet, homok, perlittartalmának fertőtlenítése ugyancsak kiemelt fontosságú. Ügyelni kell ezen váladékok szóródásának megakadályozására, illetve az ezekkel kontaminálódott felületek (padlózat stb.), illetve tárgyak (pl. bútorkárpit stb.) gondos és folyamatos fertőtlenítésére.

8. *Megelőzés*: A lakosság felvilágosítása: a hús- és élelmiszer-kezelés higiénés szabályainak betartása, nyers sertéshús fogyasztásának mellőzése. Vadon élő és háziállatok nyúzása, etetése után kézmosás. Állat-egészségügyi rendszabályok betartása.

Vírusos haemorrhagiás láz (HL)

BNO10: A90-A99

Különböző vírusok által okozott heveny, lázzal, izomfájdalommal járó megbetegedés, melynek során enyhébb, súlyosabb vérzéses elváltozások (orrvérzés, haematemesis, melena, haematuria, gingiva vérzés stb.) jelentkezhetnek súlyos következményekkel. A letalitás igen magas. Ezen betegségeknek az adja meg a jelentőségét, hogy kórházi körülmények között a fertőzés emberről emberre terjedhet, és a speciális körülmények miatt a szokásosnál jóval súlyosabb esetek fordulnak elő. E betegségek közül kettőnek a kórokozója hazánkban is előfordul (Hantavírus okozta megbetegedések: A98.5, J12.8 és a Krimi-kongói HL: A98.0). Egy további vírust (Rift-völgyi láz: A92.4) számos, hazánkban is honos szúnyogfaj terjeszti, a kórokozó behurcolása esetén tehát helyi fertőzési lánc alakulhat ki. Több olyan vírus van, melyek behurcolása főleg az

egészségügyi dolgozókat veszélyezteteti vér, véres váladékok révén történő terjedéssel (Marburg-Ebola HL: A98.3, A98.4, Lassa-láz A96.2). Vannak HL-at okozó vírusok, melyek behurcolása nem jár különös veszéllyel, de meghatározott járványügyi intézkedéseket igényelnek (Sárgaláz: A95, mely külön fejezetben található és a Dengue-láz: A90–91). Jelen fejezet nem tartalmazza azokat a HL-kat, melyek behurcolásának nincs vagy nagyon kicsi a valószínűsége.

Teendők a betegség előfordulásakor:

a) *Jelentés*: Be- és kijelentésre kötelezett, a megbetegedést vagy annak gyanúját az írásbeli jelentés megtételén kívül telefonon, faxon is jelenteni kell az OEK Járványügyi osztályának, és az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint illetékes megyei intézetének. A betegség kijelentésekor a fertőző beteg kijelentőlapra az „Orvos megjegyzése” rovatban közölni kell a virológiai vizsgálatok eredménye szerinti diagnózist.

b) *Elkülönítés*: A beteget az erre kijelölt egészségügyi intézménybe (Fővárosi Szent László Kórház) kell utalni. Az elkülönítés egyedi: egy helyiségben csak egy beteget szabad elhelyezni. A beteg ápolását csak erre kijelölt személy végezheti. A beteg ápolója ápolás közben csak egyszerűhasználatos, nedvességet át nem eresztő köpenyt vagy overált használhat. Az ellátó személyzetnek arcvédőt kell viselni a vérrel, testnedvekkel, váladékokkal (beleértve a légútiakat is) történő kontamináció megelőzésére. A sérülések megelőzését, elkerülését célzó rendszabályokat szigorúan be kell tartani. A beteg halála esetén a holttesttel való kontaktust a minimálisra kell csökkenteni. Boncolás esetén speciális biztonsági rendszabályokat kell alkalmazni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat*: Kötelező. A fertőző anyagok kezelésével kapcsolatos potenciális veszélyek miatt a laboratóriumi vizsgálatok közül csak a diagnózishoz és a kezelés értékeléséhez nélkülözhetetleneket szabad elvégeztetni. A klinikai laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges anyagok vételét az előbbi pontokban foglaltak betartásával kell végezni. A virológiai vizsgálatok elvégzéséhez szükséges mintákat előzetes megbeszélés alapján az OEK Virológiai főosztályára kell szállítani, ahonnan szükséges esetekben továbbítják azokat az Egészségügyi Világszervezet kijelölt laboratóriumaiba.

d) *Fertőtlenítés*: A vérrel, testnedvekkel szennyezett felületeket, tárgyakat az előírások szerint kell tisztítani és fertőtleníteni. A szennyezett textíliát felirattal ellátott, légmentesen záró, műanyag zsákba kell helyezni és autóklorozással vagy elégetéssel kell ártalmatlanítani.

Megelőzés: A szúnyog- és kullancsmentességet biztosítani kell.

Hantavírus okozta megbetegedés

(Veseszindrómával járó, hantavírus okozta haemorrhagiás láz)

BNO10: A98.5

1. *Kórokozó:* A Bunyaviridae (RNS vírus) családba tartozó Hantavírus genus különböző tagjai.

2. *Fertőzés forrása:* Különböző rágcsáló fajok (egerek, pockok, patkányok stb.).

3. *Terjedési mód:* A rágcsálók váladékaiból (vizelet, széklet, nyál, légúti váladék) képződött aerosol inhalációja útján.

4. *Lappangási idő:* Néhány naptól két hónapig, általában 2–4 hét.

5. *Tünetek:* A betegség lefolyása öt fázisú. A lázas szakaszban (3–7 nap) magas láz, fejfájás, rossz közérzet mellett étvágytalanság, hasi vagy vesetáji fájdalom, émelygés, hányás, az arc kipirulása, bevérzések (petechiák a garatban, lágy szájpadon, bőrön), a kötőhártya belővelltése jellemzők. A leázatlanodást követően a hypotensív szakaszt (néhány óra – 3 nap) akár shockhoz is vezető hypotensio és haemorrhagiás tünetek jellemzik. Az oliguriás szakaszban (3–7 nap) a vérnyomás normalizálódik vagy hipertensióba megy át, a hányinger, hányás állandósulhat, súlyos vérzések jelentkezhetnek, a vizelet mennyisége észlelhetően lecsökkenhet. A halálesetek főként az utóbbi két szakaszban történhetnek. A diuretikus szakasz (3–6 liter/nap) a gyógyulás kezdetét jelzi. A lábadozás hetekig-hónapokig tarthat.

6. *Fertőzőképesség:* Emberről emberre nem terjed.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint. Az ott leírtakon kívül a következőket kell figyelembe venni: a beteg környezetében élőket járványügyi megfigyelés alá kell helyezni; fertőző forrás kutatás, rágcsálóirtás, a rágcsálók által szennyezett tárgyak fertőtlenítését el kell végezni.

8. *Megelőzés:* Rágcsálóirtás, az élelmiszerek védelme a rágcsálóktól, a rágcsálók által szennyezett területek fertőtlenítése, az enzootiás területeken kerülni kell a vadon élő rágcsálókkal és váladékaikkal való kontaktust, a kísérleti állatoknál szűrővizsgálatot kell végezni a tünetmentes Hantavírus fertőzöttség kimutatására, az egzotikus állatok importját ellenőrizni kell.

Pulmonális szindrómával járó hantavírus fertőzés

BNO10: J12.8

1. *Kórokozó:* A Bunyaviridae családba tartozó Hantavírus genus egyes tagjai.

2. *Fertőzés forrása:* Különböző rágcsáló fajok.

3. *Terjedési mód:* A rágcsálók váladékaiból (vizelet, széklet, nyál, légúti váladék) képződött aerosol inhalációja útján.

4. *Lappangási idő:* Néhány naptól hat hétig, általában 2 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, izomfájdalmak, fejfájás, köhögés után a kétoldali intersticiális tüdőinfiltráció, pleurális bevérzés, tüdőoedema miatt hirtelen nehézlégzés, hypotensio jelentkezik (felnöttek respirációs distress szindróma – ARDS). A betegség gyorsan halad a súlyos légzési elégtelenség, cardiogen shock felé. Emelkedett haematokrit, thrombocytopaenia is jellemző, a veseelégtelenségre

utaló és vérzéses tünetek feltűnően hiányoznak. A letalitás 40–50% is lehet.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre nem terjed.

7. *Teendők betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint. Az ott leírtakon kívül a következőket kell figyelembe venni: a beteg környezetében élőket járványügyi megfigyelés alá kell helyezni; fertőzőforrás kutatás, rágcsálóirtás, a rágcsálók által szennyezett tárgyak fertőtlenítését el kell végezni.

8. *Megelőzés:* Rágcsálóirtás, az élelmiszerek védelme a rágcsálóktól, a rágcsálók által szennyezett területek fertőtlenítése, az enzootiás területeken kerülni kell a vadon élő rágcsálókkal és váladékaikkal való kontaktust, a kísérleti állatoknál szűrővizsgálatot kell végezni a tünetmentes fertőzöttség kimutatására, az egzotikus állatok importját ellenőrizni kell.

Krimi-kongói haemorrhagiás láz

BNO10: A98.0

1. *Kórokozó:* A Bunyaviridae család Nairovirus nemzettségébe tartozó Krimi-kongói HL vírus.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember vagy állat.

3. *Terjedési mód:* Természeti ciklus: kullancs (főleg Hyalomma fajok) – állat (rágcsálók, juhok, kecskék, szarvasmarhák, madarak) – kullancs. Az ember a kullancscsípés révén vagy a fertőzött ember, esetleg állat vérével való kontamináció révén fertőződhet.

4. *Lappangási idő:* 3–12 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A helyileg előforduló vírustörzsek pathogenitásától függő arányban a fertőzések tünetmentesek maradhatnak vagy csak néhány napig tartó enyhe megbetegedések keletkezhetnek. A típusos megbetegedések hirtelen kezdődnek hidegrázással és lázzal, fejfájás és végtagfájdalmakkal. Az arcduzzanat és a conjunctivitis korán kifejlődik. Haemorrhagiás enanthema jelentkezik a lágyszájpadon, uvulán és a torokban, petechiák jelennek meg a mellkason és a hasi tájékon, melyek az egész testre elterjedhetnek. Vérzések csak a rendkívül súlyos, rendszerint halálos kimenetelű megbetegedésekben keletkeznek az ínyn, orrban, tüdőben, uterusban, bélben. A lázas állapot 5–12 napig tart, és kétfázisú is lehet. A rekonvaleszcencia rendkívül elhúzódó. A letalitás 2–50% között változik.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A betegség kezdetétől a lezajlásáig.

7. *Teendők betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint.

Dengue-láz

BNO10: A90

Dengue haemorrhagiás láz

BNO10: A91

1. *Kórokozó:* A Flaviviridae család Flavivirus nemzettségébe tartozó Dengue vírus 1–4 típusa.

2. *Fertőzés forrása:* Majom, illetve ember.

3. *Terjedési mód:* Szúnyogcsípés révén.

4. *Lappangási idő:* 3–14 nap, általában 5–7 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, láz 3–5 napig, fejfájás, myalgia, étvágytalanság. Egyes esetekben generalizált erythema fejlődik ki. Maculopapulosus kiütés rendszerint a lelázatlanodás időszakában alakul ki. A lázas időszak bármely részében fellelhetnek vérzések tünetek. A haemorrhagiás forma letalitása elérheti az 50%-ot is. A súlyos kórképek általában azon egyéneknek fejlődnek ki, akik már korábbi átvészelésből vagy maternális átvitelből más Dengue vírustípussal szembeni ellenanyaggal rendelkeznek.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A betegek vérében a lelázatlanodásig van jelen a vírus. A szúnyog a fertőzött vér szívása után 8–12 nappal válik fertőzőképessé, és egész élete folyamán az marad.

7. *Teendők a betegség előfordulása esetén:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint.

Marburg-Ebola haemorrhagiás láz

(Marburg vírus betegség)

BNO10: A98.3

Ebola vírus betegség:

BNO10: A98.4

1. *Kórokozó:* A Filoviridae család Filovírus nemzettségbe tartozó, antigénszerkezetiileg egymástól eltérő Marburg és Ebola vírus.

2. *Fertőzés forrása:* Ismeretlen fertőzött állat, majom és a fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Állatról emberre történő fertőzési módok még ismeretlenek. Emberről emberre a vérrel, véres váladékkal való közvetlen érintkezés, ezekkel szennyezett injekciós tűkkel vagy éles eszközökkel való percután sérülés révén terjed a fertőzés. A vírus a spermában a gyógyulás után több hétig jelen lehet. A fertőzések tehát nemi úton is terjedhetnek.

4. *Lappangási idő:* 2–21 nap, leggyakrabban 4–10 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, láz, fejfájás, myalgia, nausea, conjunctivitis, bradycardia. A 6. naptól kezdődően maculopapulosus kiütés, haemorrhagiák (orr, tüdő, tápasatorna, injekciók helye, sebek), vetélés, máj-, veseelégtelenség. A letalitás a Marburg vírus esetében 20–25%, az Ebola vírus szudáni változatánál 50–65%, a kongói változatánál 77–88%. A fülöp-szigeteki majmokból kitenyésztett Reston törzs esetében tünetmentes fertőzéseket is észleltek. Késői komplikációk: vírus perzisztálás a herékben atrófiával, májban recurrens hepatitis, uveitis, hajhullás.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Inkubációs stádiumban lévő embertől nem észleltek fertőződések. A vér fertőzőképessége valószínűleg a betegség időszakára terjed. A sperma hosszú ideig tartalmazhatja a vírust.

7. *Teendők betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint.

Lassa-láz

BNO10: A96.2

1. *Kórokozó:* Az Arenaviridae család Arenavírus nemzettségbe tartozó Lassa vírus.

2. *Fertőzés forrása:* Rágcsálók, ritkán a fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* A vírushordozó rágcsáló váladékaival szennyezett étel, ital fogyasztásával, beszáradás után a szennyezett por belélegzésével. Nosocomialis körülmények között a vérrel, véres váladékokkal, esetleg anyatejjel, vizelettel való kontaktus, illetve percután sérülés révén. A betegség korai szakában a vírus a torokváladékban is jelen van.

4. *Lappangási idő:* 3–17 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Természetes ciklus esetében tünetmentes fertőzés, vagy influenza-szerű kórkép alakul ki, és csak kivételesen fordul elő súlyos megbetegedés. Nosocomialis ciklus esetében utóbbi a jellemző. A megbetegedések fokozatosan alakulnak ki lázzal, fejfájással, arcduzzanattal, hányingerrel, hasmenéssel, köhögéssel. Ezt követően conjunctivitis, diffúz kapilláris vérzések (hason és vétagokon), esetleg encephalitis fejlődik ki. Nosocomialis járványokban a letalitás 30–50%. Késői komplikáció hajhullás és sükettség lehet.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A vírus a torokban a betegség kezdetén, a vérben a betegség egész ideje alatt, a vizeletben több hétig is jelen lehet.

7. *Teendők betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagiás láznál leírtak szerint.

Rift-völgyi láz

BNO10: A92.4

1. *Kórokozó:* A Bunyaviridae család Phlebovirus nemzettségbe tartozó Rift-völgyi láz vírusa.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember vagy állat.

3. *Terjedési mód:* Természeti ciklus: szúnyog (többfajta) – állat (birka, szarvasmarha, kecske, antilop, rágcsálók) – szúnyog. Az ember szúnyogcsípés révén vagy a fertőzött ember, de főként a fertőzött állatok vérével való kontamináció révén fertőződik. Különösen veszélyeztetettek az állatorvosok, hentesek, állatgondozók.

4. *Lappangási idő:* 2–7 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, hidegrázás, bifázisus láz, fejfájás, myalgia. Az esetek egy részében retinitis, encephalitis és vérzések jelentkeznek, rendszerint halálos kimenetellel. A tünetmentes fertőzések valószínűségét jelzi, hogy járványok után a helyi lakosság 6%-ának vérében találtak ellenanyagokat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A viraemia időszakában, mely az emberi megbetegedések kezdeti fázisában jelentkezik.

7. *Teendők betegség előfordulásakor:* A vírusos haemorrhagias láznál leírtak szerint.

Nemi betegségek

Acut urethritis nongonorrhoica

BNO10: N34.1

1. *Lehetséges kórokozók:* (A jelentéshez nem szükséges a kórokozó mikrobiológiai meghatározása.) Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, mycoplasmák, Haemophilus parainfluenzae, Trichomonas vaginalis, bélbaktériumok, streptococcusok stb.

2. *Fertőzés forrása:* Tünetes és vagy tünetmentes ember.

3. *Terjedési mód:* Fertőzést a fertőzött ember nemi váladékával (ondó, hüvelyváladék) viheti át szexuális partnerére. Ritka esetekben a terjedés más módja is igazolható.

4. *Lappangási idő:* Kórokozótól függően változó, átlagosan 1–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Mocosus, mucopurulens folyás, dysuriával.

6. *Fertőzőképesség időtartama:* Tünetes betegeknél a gyógykezelés befejezéséig.

7. *Teendők acut nongonorrhoeas urethritis diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők acut nongonorrhoeas urethritis beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül jelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- Nemi-kórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:*

– Diagnosztikus kritériumok: A húgycsóból vett váladék mikroszkópos kenetében (1000×nagyítás mellett) $\pm$ 5 granulocytá látható.

– Mikrobiológiai diagnosztikus vizsgálatokkal Neisseria gonorrhoeae nem mutatható ki.

– Előzetes tünetek nélkül kialakuló megbetegedés.

Lehetőleg célzott antibiotikus kezelés alkalmazása. Utógondozást nem igényel. A betegeknél HIV és luesz szűrővizsgálatok elvégzése szükséges.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők nongonorrhoeas acut urethritis beteg szexuális partnerével:*

A partnerkezelés megajánlása szükséges. Igazoltan Chlamydia trachomatis okozta acut férfi urethritis esetén a szexuális partner kezelése még tünetmentesség esetén is indokolt.

8. *Megelőzés:* A lakosság széles körű felvilágosítása szükséges.

Condyloma acuminatum

BNO10: A63

1. *Kórokozó:* A humán papillomavírus (HPV) 6, 11 (alacsony onkogén kockázatú), ritkán a 16, 18, 31, 33, 35, 42 (magas onkogén kockázatú) típusai.

2. *Fertőzés forrása:* A HPV fertőzött tünetes, illetve tünetmentes személy. Ritkábban vírusfertőzött sejtekkel szennyezett eszközök, használati tárgyak.

3. *Terjedési mód:* Coitus, anogenitalis szexuális aktus, illetve szülés közben verticalis transmissio.

4. *Lappangási idő:* Mivel a humán papillomavírus tünetmentes személyek nem csekély hányadában is kimutatható szűrővizsgálatok kapcsán, klasszikus értelemben vett inkubációs időről nem lehet beszélni.

5. *Tünetek:* Az anogenitalis régióban fájdalomtalan, bőrszínű, verrucosus, papillomatosus növedékek, melyek lokalizációja, kiterjedtsége, nagysága változatos lehet. Lapos condylomák hypo- vagy hyperpigmentált, lapos plakkok formájában észlelhetők. Jelentős a latens, subklinikus fertőzések aránya.

Verticalis transmissio (szülés közben) kisded korban manifesztálódó laryngeális papillomatosist okozhat.

6. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

Személyazonosító adatok nélkül bejelentendő. A beteget Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

7. *Megelőzés:*

Mindkét nemben gyógyulásig condom használat szükséges.

Nők számára évente kolposzkópos és citológiai vizsgálat javasolt.

Gonorrhoea

(Tripper, kankó)

BNO10: A54

1. *Kórokozó:* Neisseria gonorrhoeae, Gram negatív diplococcus.

2. *Fertőző forrás:* Az inkubációban lévő és tünetes beteg, továbbá az oligo-aszimptomatikus beteg.

Gonorrhoea tekintetében fertőzőképes:

– minden olyan személy, akinek genitális szerveiből (esetleg kötőhártyájáról, torkából, végbeléből), gonococcus mikroszkópos vagy tenyésztéses vagy molekulárbiológiai eljárással kimutatható,

– minden többszörös gonorrhoeas fertőzőforrásként szereplő személy.

Gonorrhoea tekintetében fertőzőképességre gyanús állapotúnak tekintendők mindazok a személyek,

– akik fertőző gonorrhoeas beteggel nemileg érintkeztek,

– akiknek gonorrhoea gyanús fluorjuk van, mindaddig, amíg a lege artis elvégzett vizsgálatok a gonorrhoeát ki nem zárják.

3. *Terjedési mód:* Szexuális aktus révén (hüvelyi, orális és analis szex). Kivételesen leánygyermeknél a fertőzött váladékkal történő érintkezés révén hüvelyi infekciót eredményezhet.

4. *Lappangási idő:* 3–10 nap, átlagosan 5 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Férfiaknál klasszikus esetben először szerozus, majd 24 órán belül gennyes folyás alakul ki. A vizelet fájdalmas. Utóbbi időben a férfi betegeknél gyakrabban okoz tünetszegény urethritist.

Nőknél a kórokozó a méhszájnyílást és a húgycsövet betegíti meg, azonban gyakran tünetszegényen zajlik a fertőzés vagy csak minimális panaszokat okoz. Ennek megfelelően a nők fertőzőforrás szerepe jelentős.

Tünetek esetén fájdalmas vizelet és hüvelyből gennyes fluor észlelhető, utóbbi a gonorrhoeas cervicitis következménye.

Mindkét nemnél orális kapcsolat révén pharyngitist, tonsillitist eredményez, melyek rendszerint panaszokat nem okoznak.

Analízis szexuális kapcsolatok (homo- és heteroszexuális) következménye a proctitis gonorrhoeica, mely többnyire tünetszegény.

Kezelés nélkül a gonorrhoeas fertőzés különböző komplikációkhoz vezethet (bartholinitis, endometritis, salpingitis, adnexitis, prostatitis acuta vagy chronica, epididymitis acuta, monarthrit, sepsis).

Gonorrhoeas terhes nő szülés közben fertőzi az újszülöttet.

6. *A fertőzőképesség időtartama:* A módszertani előírásnak megfelelően lefolytatott kezelésre a fertőzőképesség acut gonorrhoea esetén 24–48 órán belül megszűnik. Nőknél a fertőzőképesség megszűnését a kezelést követően elvégzett tenyésztés vizsgálatával kell igazolni (módszertani előírásnak megfelelően).

7. *Teendők gonorrhoeas fertőzés diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők a gonorrhoeas beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül bejelentésre kötelezett betegség. A gonorrhoeas beteget Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, mivel a terjedés szexuális érintkezéssel történik. Csecsemő- és gyermekgondozónők a kezelés és az azt követő kontrollvizsgálatig munkájukat nem végezhetik.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:* A nemi betegeket, illetve arra gyanús állapotban lévő személyek vizsgálata, a diagnózis megállapítása, kezelése a Semmelweis Egyetem

ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának, valamint a területileg illetékes Bőr- és nemibeteg-gondozónak, továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelők feladata (amennyiben a venerológiai ellátás szakmai és tárgyi feltételei adottak).

A diagnózis felállítása Gram-szerint festett kenet mikroszkópos vizsgálatával (urethralis és cervicalis váladék), illetve nőknél tenyésztéssel (urethralis, cervicalis váladék) és mindkét nemnél pharyngeális és analis váladék tenyésztés és vagy molekulárbiológiai (DNA hybridizációs és vagy LCR tesztek) eljárással történik.

A gonorrhoeas beteg gyógykezelése a Bőr- és Nemi betegségek Szakmai Kollégiuma által kiadott érvényes módszertani levélben leírt gyógyszerekkel történik és ingyenes.

A gonorrhoeában szenvedő betegek és felderített kontaktusaik HIV és luesz szűrővizsgálata a beteg tájékoztatása után kötelezően elvégzendő. A gondozás ideje alatt a módszertani levél előírásainak megfelelően az ellenőrző vizezvizsgálatok mindkét szerológiára vonatkoznak (luesz és HIV).

Ha a nemi beteg a gyógykezelésről és gondozásról elmaradt és ismételt felszólításokra sem jelentkezik, a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma vagy a BNG orvosa a területileg illetékes ÁNTSZ városi intézeténél kezdeményezi a járványügyi felügyelet alá helyezést.

Ha a nemi beteg más egészségügyi intézménynél, magánorvosnál jelentkezik, az orvos az illetékes BNG-től köteles kérni a fertőzőforrás kutatás elvégzését.

A fertőző nemi betegség miatt kezelésbe vett személyt betegsége fertőző voltáról fel kell világosítani.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a gonorrhoeas beteg szexuális partnereivel:*

a) A nemi beteg kötelessége a bőr- és nemigyógyász szakorvost a fertőződés körülményeiről tájékoztatni, megadni a fertőzőforrás(ok) nevét, címét. A Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a BNG orvosa (gondozónője az orvos utasítására) jogosult a megnevezett fertőző forrást felszólítani (zárt, ajánlott levélben) határidő kitűzésével, hogy saját érdekében jelentkezzen a levélben megadott intézményben orvosi vizsgálaton. Egyúttal fel kell hívni a figyelmet a vizsgálat megtagadásával járó jogi következményekre is.

A felszólító sem a gyanúba vett betegségekre, sem a kontaktus nevét megadó személyre semmilyen információt nem tartalmazhat. Értelemszerűen az így vizsgálatra jelentkező betegnek az index személyre vonatkozó adatokat megmondani nem lehet.

Amennyiben a beteggel történő beszélgetés kapcsán kiderül, hogy az index személlyel az inkubációs időtartamot is beakadályozva nemi kapcsolata volt, még negatív mikrobiológia eredmény esetén is az ún. preventív kezelést meg kell adni (módszertani előírás).

Alapelve, hogy az antibiotikum profilaxist (preventív kezelést) nem klinikailag gyanús esetekben, hanem epidemiológiai bizonyítékok alapján kell elvégezni és az így megadott kezelésnek teljes értékűnek kell lennie. Az antibiotikum profilaxis elvégzése előtt klinikai és szerológiai vizsgálatot kell végezni (HIV-szűrést is). A preventív kezelés ingyenes és az adott intézet készletéből történik.

b) A Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a BNG-k egymás között továbbíthatják az érintett kontaktusaira vonatkozó személyazonosító adatokat (név, születési dátum, anyja neve, lakhely).

c) Epidemiológiai megfontolásokból és járványügyi érdekből az országban átmenetileg tartózkodó, egészségbiztosítással nem rendelkező gonorrhoeas külföldi állampolgár kezelését haladéktalanul meg kell kezdeni abban a BNG-ben, ahol az illető vizsgálatra jelentkezett és a diagnózist felállították. A külföldi illetőségű gonorrhoeában szenvedő betegek kezelése az adott BNG készletéből történik és ingyenes. Ugyancsak térítésmentesen elvégzendő a lues és HIV szűrővizsgálat is. Egyéb szexuális úton terjedő betegségek irányában történő mikrobiológiai vizsgálatok a külföldi állampolgár részére fizetési kötelezettséggel járnak.

8. *Megelőzés:* A gonorrhoea terjedés gátlása érdekében a lakosság széles körű egészségügyi felvilágosítása szükséges. Tekintettel arra, hogy a gonorrhoea diagnózis felállítása speciális venerológiai-mikrobiológiai ismereteket igényel, fel kell hívni az orvosok figyelmét arra, hogy gonorrhoea gyanúja esetén a beteget kezelés nélkül a legközelebbi szakellátási helyre irányítsák.

Granuloma inguinale

(Donovanosis)

BNO10: A58

1. *Kórokozó:* Calymmatobacterium granulomatis.

2. *Fertőzés forrása:* A kórokozóval fertőzött ember.

Előfordulás: Főként a trópusi, szubtrópusi országokban fordul elő. Ritka betegség. Férfiaknál gyakoribb.

3. *Terjedési mód:* Szexuális kontaktus.

4. *Lappangási idő:* 3 nap–6 hónap, általában 1–4 hét.

5. *Fontosabb klinikai tünetek:* Fájdalmatlan papula – felhánt szélű, granulomatosus ulcus, körülötte subcutan granulomatosus csomók (pseudobubók).

Felülfertőződhet, ami a fekélyt fájdalmassá teszi, növekedését gyorsítja és környéki nyirokcsomó-duzzanatot okozhat.

6. *A fertőzőképesség időtartama:* A fertőzés kezdetétől a kezelés befejezéséig, klinikai tünetek visszafejlődéséig, laboratóriumi vizsgálatok negatívvá válásáig.

7. *Teendők granuloma inguinale diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül jelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és

nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Nem igényel.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:* Szexuális úton terjedő betegség, ezért a beteg kezelése, ellenőrzése, a szexuális partnerek vizsgálata és kezelése a területi BNG-kben, illetve az a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelőkben történik. A beteg ellenőrzése a klinikai tünetek megszűnéséig szükséges.

A betegknél és szexuális partnereiknél syphilis és HIV szűrővizsgálat elvégzése szükséges.

d) *Munkakör:* Munkaköri kizáró tényezőt nem jelent.

e) *Diagnózis felállítása:*

Klinikai tünetek: Fájdalmatlan, progresszív, granulomatosus ulceráció, nyirokcsomó-duzzanat nélkül.

Laboratóriumi vizsgálatok: Direkt mikroszkópos vizsgálat a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában történik – Gram negatív, intracellularis, ovális Donovan-testek kimutatása a granulomatosus szövetben.

f) *Fertőtlenítés:* Nem igényel.

B) *Teendők a granuloma inguinale-ban szenvedő beteg környezetében:*

a) *Szexuális partner:* A szexuális partner veszélyeztetettnek tekintendő a klinikai tünetek megjelenését megelőző 4 héten belül a fertőzött egyénnel történő szexuális kontaktus esetén. A veszélyeztetett szexuális partnerek vizsgálata és kezelése szükséges.

b) *Kezelés:* A C. granulomatissal fertőződött, tünetmentes, lappangási szakban lévő vagy tünetes szexuális partnereket kezelni kell.

Az epidemiológiailag veszélyeztetett, de klinikai tüneteket és laboratóriumi vizsgálatokat tekintve negatív szexuális partnereket preventív kezelésben kell részesíteni.

8. *Megelőzés:* Szexuális felvilágosítás – biztonságos szex.

Herpes simplex anogenitalis

BNO10: A60

1. *Kórokozó:* A humán herpeszvírus 1., illetve 2. típusa (HSV-1, illetve HSV-2).

2. *Fertőzés forrása:* A HSV-1 és/vagy HSV-2 fertőzött tünetes, illetve tünetmentes személy.

3. *Terjedési mód:* Coitus, orogenitalis, anogenitalis szexuális aktus, illetve szülés közben verticalis transmissio.

4. *Lappangási idő:* Primer fertőződés esetében 3–12 nap.

5. *Tünetek:*

Primer fertőzés: Az expozíció helyén az anogenitalis régióban fájdalom, erythema, majd multiplex vesiculaképződés. A vesiculák megnyílását követően lepedékkel fe-

dett fájdalmas erosiók alakulnak ki. Fájdalmas regionalis lymphadenomegalia kíséri, a székelés-vizelés nehezített. Általános tünetek – láz, fejfájás, rossz közérzet, elesettség – előfordulhatnak. Kezelés nélkül a tünetek 1–3 hét alatt regrediálnak.

A primer fertőzés tünetmentesen vagy enyhébb, a recidiváló formára emlékeztető tünetek jelentkezésével is végbemehet.

Recidiva: Az anogenitalis régióban, általában a primer fertőzés lokalizációjának megfelelően, erythemás alapon csoportos vesiculaképződés, változatos szubjektív panaszok (égés, viszketés, bizsergés, fájdalom) mellett. A recidivát különféle általános (láz, állapot, napozás, stressz, menses, immunsuppressiv kezelés stb.), illetve lokális (trauma, egyéb genitális infectio stb.) triggerelő faktorok provokálhatják.

Neonatalis herpes: A fertőzött szülőcsatornán való áthaladáskor az újszülött által akvirált primer infekció, encephalitis, sepsis formájában manifesztálódik, mortalitása az 50%-ot meghaladja. A fertőzés forrása lehet aktuális recidiva, ezért ilyen esetben abszolút indikált a sectio caesarea.

6. Teendők a betegség előfordulásakor: Személyazonosító adatok nélkül bejelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

7. Megelőzés: Recidiváló anogenitalis herpes simplex fertőzésben szenvedő személy a recidiva időtartama alatt a szexuális érintkezés minden formáját kerülje, a tünetmentes időszakban condom alkalmazása szükséges. Különösen fontos ezek betartása terhes nő recidiváló genitális herpesben szenvedő szexuális partnere esetében.

Lymphogranuloma venereum

BNO10: A55

1. Kórokozó: Chlamydia trachomatis L1, L2 és L3 serotípusok.

2. Fertőzés forrása: A kórokozóval fertőzött ember.

Előfordulás: Főként trópusi, szubtrópusi országok.

3. Terjedési mód: Szexuális kontaktus.

4. Lappangási idő: I. stádiumban 3–21 nap, II. stádiumban 14–42 nap.

5. Fontosabb klinikai tünetek:

Elsődleges laesiók: Papula-papulovesicula-pustula-ulcus.

Lokalizáció: Glans, sulcus coronarius, a vulva, vagina, cervix et portio uteri, rectum, oropharynx.

Másodlagos laesiók: Ulcerosus – genito – anorectális elephantiasis.

6. A fertőzőképesség időtartama: A fertőzés kezdetétől a kezelés befejezéséig, illetve a klinikai tünetek visszafejlődéséig.

7. Teendők lymphogranuloma venereum diagnosztizálása esetén:

A) Teendők a beteggel:

a) Jelentés: Személyazonosító adatok nélkül jelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) Elkülönítés: Nem igényel.

c) Klinikai ellenőrzés, gondozás: Szexuális úton terjedő betegség, ezért a beteg kezelése, ellenőrzése, a szexuális partnerek vizsgálata és kezelése a területi Bőr- és nemibeteg-gondozókban, illetve az a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelőkben történik. A beteg ellenőrzése a klinikai tünetek megszűnéséig szükséges.

A betegeknek és szexuális kontaktusaiknál syphilis és HIV szűrővizsgálat elvégzése szükséges.

d) Diagnózis felállítása:

Epidemiológiai: Endémiás földrajzi területtel összefüggésbe hozható szexuális kapcsolat.

Klinikai tünetek: Kis papula-vesicula-pustulából kiinduló fájdalommentes fekély, környéki nyirokcsomó-duzzanat, fistulák, esetleg proctitis.

Laboratóriumi vizsgálatok: Chlamydia direkt kimutató, szerológiai vizsgálat a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában, valamint a vidéki STD Centrumokban.

e) Fertőtlenítés: Nem igényel.

B) Teendők a beteg környezetében:

a) Szexuális partner: Veszélyeztetettnek tekintendő a papulovesiculosus stádiumot megelőzően 21, a lymphadenopathiás stádiumot megelőzően 42 napon belül fertőzött egyénnel történő szexuális kontaktus esetén.

A veszélyeztetett szexuális partnerek vizsgálata és kezelése szükséges.

b) Kezelés: A Chlamydia trachomatis L1, L2 és L3 típusú fertőzött tünetmentes, lappangási szakban levő vagy tünetes szexuális partnereket kezelni kell.

Az epidemiológiai veszélyeztetett, de klinikai tüneteket és laboratóriumi vizsgálatokat tekintve negatív szexuális partnereket preventív kezelésben kell részesíteni.

8. Megelőzés: Szexuális felvilágosítás – biztonságos szex.

Syphilis

(Vérhaj, Morbus Schaudin)

BNO10: A50-A64

1. *Kórokozó:* Treponema pallidum.

2. *Fertőzés forrása:* Az inkubációban lévő és tünetes beteg.

A syphilis tekintetében fertőzőképesek az alábbi kórformák:

- sy I. seronegativa,
- sy I. seropositiva,
- sy II. recens,
- sy II. recidivans (tranzicionális syphilis),
- a korai latens sy (a fertőzés feltételezhető időpontjától számított ötödik évig),
- a bőr- és nyálkahártyák harmadlagos syphilidjei oly elhelyezkedésben (ajak, szájüreg, kezek, nemi szervek stb.), melyeknél lehetőség van az ilyenkor már gyér számú treponemák átvitelére.

Fertőzőképesnek tekintendő minden kezeletlen vagy nem kielégítően kezelt syphilises terhes magzatával szemben.

A syphilis bármely kórformájában szenvedő személy vére a transfúzió szempontjából.

Syphilis tekintetében fertőzőképességre gyanús állapotú:

- minden személy, aki fertőzőképes, vagy fertőzőképességre gyanús személlyel érintkezett, valamint
- minden személy, akinek nemi szervén, nyálkahártyáin vagy bőrén klinikailag syphilisre gyanús elváltozások találhatók, illetve akiknek szerológiai reakciói pozitív kitérést adnak, mindaddig, amíg a lege artis elvégzett további vizsgálatok a syphilist ki nem zárják.

3. *Terjedési mód:* A fertőzés átvihető közvetlenül szexuális érintkezéssel (heteroszexuális hüvelyi, továbbá anogenitalis, orogenitalis, anoralis), vagy közvetett módon vérrel. A kórokozó a placentán átjutva fertőzheti a magzatot. Az infekció létrejöhet fertőzött vérrel kontaminált eszközökkel történő percutan (egészségügyi dolgozók esetleges fertőződése, mely rendkívül ritka), vagy intravénás kábítószereszközök közös tű-fecskendő használata révén.

4. *Lappangási idő:* A fertőzést eredményező szexuális aktust követően átlag 3 hét. A syphilis spontán, stádiumokban történő lefolyását az első inkubációs idő alatt más okból szedett különböző antibiotikumok befolyásolhatják, melynek eredményeképpen az első stádiumnak megfelelő klinikai tünetek eltolódva, később jelentkeznek, vagy kimaradnak és a betegnél az első manifesztáció disszeminált kiütések formájában nyilvánul meg, vagy különböző okokból elvégzett syphilis szerológiai vizsgálatok komplett pozitivitása (munkaalkalmassági, terhesség kapcsán végzett szűrővizsgálat), illetve kontaktus kutatás révén a célzott szűrővizsgálatok derítenek fényt a klinikailag tünetmentes lueses fertőzésre.

5. *Fontosabb tünetek:* A syphilis kezelés nélkül stádiumokban zajló, krónikus lefolyású az egész szervezetet érintő fertőző betegség. A fertőzést eredményező szexuális aktustól számított második év végéig beszélünk korai fertőző syphilisről. Mivel a lues acquiratio időpontja az esetek egy jelentős részében pontosan nem határozható meg, a tünetmentes, de komplett szeropozitív eseteket a

becsült időponttól számított ötödik év végéig fertőzőképesnek tekintjük.

A klinikai tünetek rendkívül változatosak, sokszor megtevesztőek. Ennek megfelelően alapelv, hogy minden genitoanalisan előforduló, sebképződéssel és/vagy papulosus-plakkos bőrtünettel járó elváltozást, továbbá disszemináltan, hirtelen jelentkező bőrkiütést mindaddig gyanús-nak tartunk syphilisre, ameddig ennek ellenkezőjét nem igazoljuk.

Syphilis I. stádium tünetei: A nemi szerveken megjelenő, tömött, fájdalommentes papula, amelynek felszíne erodálódik. Színe sonkavörös. A megfelelő regionális nyirokcsomók fájdalommentes duzzanata kíséri (szimmetrikus vagy egyoldali), gyakran az elvezető nyirokút specifikus gyulladásával és a nemi szervek – penis, kisajak – oedemájával. Nőknél a primér fekély az intravaginalis lokalizáció miatt rendszerint nem kerül észlelésre (fertőző forrás!). Extragenitalis lokalizációban az elsődleges fekély (tonsillák, nyelv, ajak, szájzúg, emlőbimbók, perianalis tájék, ujjak) a szexuális szokásoknak megfelelően szintén kialakulhat, tehát gondolni kell ezen lehetőségekre is.

A primér fekély jelentkezése időszakában a szerológia lehet negatív vagy már pozitív. Az elsődleges tünetek spontán gyógyulnak.

Syphilis latens recens: A beteg komplett szeropozitív, de a bőr- és nyálkahártya tünetek hiányoznak.

Syphilis II.: A fertőzéstől számított átlag 9 hét múlva hirtelen megjelenő, disszeminált, nem viszkető bőrkiütések általános lymphadenopathiával.

Roseolák: 1–2 cm átmérőjű, halvány rózsaszín foltok. Papulák: vörösesbarna, laposan előemelkedő néhány millimétertől 1 cm átmérőig terjedő papulák, melyek felszínén pikkelyek és/vagy szélén hámgallér figyelhető meg. A másodlagos szak rendkívül változatos klinikai képpel jelentkezhet, utánozva számos bőrbetegséget. A papulák a hajlatokban, elsősorban genitoanalis tájékon erodálódva nedvező elváltozások formájában nyilvánulnak meg (condylomata lata). A nyálkahártyákon, elsősorban szájüregben is kialakulhatnak plakkok.

A szekunder stádium bőrtünetei kezelés nélkül spontán eltűnnek.

Sy II. recidivans vagy tranzicionalis syphilis: A korai és késői szakasz közötti átmenet, melyre jellemző, hogy a második szakasz klinikai tünetei recidiválnak, de kiterjedtségük és klinikai megjelenésük megváltozik.

Syphilis III. stádium: Granulomatosis szöveti reakcióval járó, széli irányban terjedő, serpiginosus többnyire ulceráló bőrtünetek, illetve gummák. Napjainkban rendkívül ritka, de a lehetőségével számolni kell.

Syphilis connatalis: A fertőzött terhes nő magzatát a terhesség második felében transzplacentarisan fertőzheti. A magzat sorsát az anya aktuális állapota (Treponemák száma, ellenanyagok mennyisége) határozza meg. Így a hetedik hónap előtt halvaszületés, vagy életképes, de connatalis syphilissel világra jött magzat vagy egészséges csecsemő születése egyaránt előfordulhat.

6. *A fertőzőképesség időtartama:* A Bőr- és Nemibetegségek Szakmai Kollégiuma által kiadott érvényes módszertani levelében előírt teljes értékű kúra lefolytatása után a beteg fertőzőképessége megszűntnek tekinthető, gyógyulttá nyilvánítása azonban csak az előírásnak megfelelő gondozás végén az elvégzett záróvizsgálatok (syphilis szerológia, belgyógyászati, szemészeti és neurológiai vizsgálatok) birtokában mondható ki.

7. *Teendők syphilises fertőzés diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők syphilises beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül bejelentés-re kötelezett betegség. A syphilises személyt Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Mivel a betegség nemi úton terjed, elkülönítés nem szükséges.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:* A fertőző nemi betegség miatt kezelésbe vett személyt betegsége fertőző voltáról fel kell világosítani.

A nemi betegek, illetve arra gyanús állapotban lévő személyek vizsgálata, a diagnózis megállapítása, kezelése a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelők és a Bőr- és nemibeteg-gondozók (BNG) feladata. A diagnózis felállítása a kórokozó direkt kimutatásával (sötétlátóteres mikroszkópos vizsgálat) és szerológiai vizsgálatok segítségével történik. (Sötétlátóteres vizsgálat végzése a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelők és a BNG-kben biztosított). Tünetmentes betegnél, nem egyértelmű szerológiai lelet esetén a fertőzés igazolása verifikáló eljárással a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának lues szerológiai laboratóriumában történik.

A nemi beteg kötelessége a bőr- és nemigyógyász szakorvost a fertőződés körülményeiről tájékoztatni, megadni a fertőzőforrás(ok) nevét, címét.

A lueses betegek kúrákezelése átadható a háziorvosnak. Ebben az esetben a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelők és/vagy a BNG orvosa levélben tájékoztatja az orvost a kezelés lefolytatásáról, aki a kúra végén köteles írásban visszajelezni a kezelés előírás szerinti befejezését.

Ha a nemi beteg gyógykezelését a fertőzőképesség megszűnte előtt abbahagyta, a kezelőorvos köteles erről a kezelést átadó intézmény orvosát (a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a az STD betegeket is ellátó szakren-

delők és/vagy BNG orvosát) haladéktalanul, írásban értesíteni.

A syphilises beteg és felderített szexuális kontaktusainak kezelése a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a az STD betegeket is ellátó szakrendelők és vagy BNG-k készletéből, a Bőr- és Nemibetegségek Szakmai Kollégiuma által kiadott érvényes módszertani levélben leírt gyógyszerekkel történik, és minden syphilises és/vagy epidemiológiai bizonyítékok alapján preventív kezelt beteg számára ingyenes.

A syphilisben szenvedő betegek és felderített kontaktusok HIV szűrővizsgálata a beteg tájékoztatása után kötelezően elvégzendő. A gondozás ideje alatt a módszertani levél előírásainak megfelelően az ellenőrző vérérvizsgálatok mindkét szerológiára vonatkoznak (luesz és HIV).

Ha a nemi beteg a gyógykezelésről és a gondozásról elmaradt és ismételt felszólításokra sem jelentkezik, a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és/vagy a BNG orvosa kezdeményezi az illetékes városi intézetnél a járványügyi felügyelet alá helyezést.

Ha a nemi beteg más egészségügyi intézménynél, magánorvosnál jelentkezik, az orvos a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumától vagy az illetékes BNG-től köteles kérni a fertőző forrás kutatás elvégzését.

A lues szerológiai vizsgálatot a gondozás első évében negyedévenként, a második évben félévenként meg kell ismételni a HIV-antitest kimutatására irányuló vizsgálattal együtt.

Syphilisen átesett, kezelt nőbetegek terhesség esetén biztosító kúra kezelésben részesülnek.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a syphilises beteg szexuális partnereivel:*

a) A nemi beteg kötelessége a bőr- és nemigyógyász szakorvost a fertőződés körülményeiről tájékoztatni, megadni a fertőzőforrás(ok) nevét, címét.

A Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó orvosa (gondozónője az orvos utasítására) jogosult a megnevezett fertőző forrást felszólítani (zárt, ajánlott levélben) határidő kitűzésével, hogy saját érdekében jelentkezzen a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában vagy a területileg illetékes BNG-ben orvosi vizsgálaton. Egyúttal fel kell hívni a figyelmet a vizsgálat megtagadásával járó jogi következményekre is.

A felszólító sem a gyanúba vett betegségre, sem az index személyre vonatkozóan semmilyen információt nem tartalmazhat.

Alapelv, hogy az antibiotikum profilaxist (preventív kezelést) nem a klinikailag gyanús esetekben, hanem epidemiológiai bizonyítékok alapján végezzük, és az így megadott kezelésnek teljes értékűnek kell lennie. Az antibiotikum profilaxis elvégzése előtt klinikai és szerológiai vizs-

gálatot kell végezni (HIV-szűrést is). A preventív kezelés ingyenes és a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának vagy a BNG készletéből történik.

b) A Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma, valamint a Bőr- és nemibeteg-gondozók egymás között továbbíthatják az érintett kontaktusaira vonatkozó személyazonosító adatokat.

c) Epidemiológiai megfontolásokról és járványügyi érdekből az országban átmenetileg tartózkodó, egészségbiztosítással nem rendelkező syphilises külföldi állampolgár kezelését haladéktalanul meg kell kezdeni abban a BNG-ben, ahol az illető vizsgálatra jelentkezett és a diagnózist felállították, vagy a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában.

8. *Megelőzés:* A syphilisterjedés gátlása érdekében a lakosság széles körű egészségügyi felvilágosítása szükséges.

A syphilises primér fekély a HIV acquirálását megkönnyíti, továbbá a két fertőzés gyakoribb együttes előfordulását epidemiológiai adatok is bizonyítják. Ezért a figyelmet a prevenció tevékenység kapcsán ezen tényre is fel kell hívni.

Ulcus molle

(Lágyfekély, chancroid)

BNO10: A57

1. *Kórokozó:* Haemophilus ducreyi.

2. *Fertőzés forrása:* A kórokozóval fertőzött ember.

Előfordulás: Világszerte, főként trópusi, szubtrópusi országokban. Férfiaknál gyakoribb.

3. *Terjedési mód:* Szexuális kontaktus. HIV-fertőzés cofaktora.

4. *Lappangási idő:* 1–14 nap.

5. *Fontosabb klinikai tünetek:* Puha alapú, többnyire fájdalmas, vérékeny, rongyos szélű, erythemás, oedemás udvarral, esetenként több felületes ulcussal (autoinoculatio) övezett fekély, leggyakrabban a genitáliákon, melyhez az esetek mintegy egyharmadában a környéki nyirokcsomó duzzanata, beolvadása, sipoly kialakulása társul. Nőknél tünetmentes lehet.

6. *A fertőzőképesség időtartama:* A fertőzés kezdetétől a kezelés befejeztéig, illetve a klinikai tünetek megszűnéséig.

7. *Teendők ulcus molle diagnosztizálása esetén:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül jelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfel-

ügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:* Nem igényel.

c) *Klinikai ellenőrzés, gondozás:* Szexuális úton terjedő betegség, ezért a beteg kezelése, ellenőrzése, a szexuális partnerek vizsgálata és kezelése a területi Bőr- és nemibeteg-gondozókban, illetve a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában, valamint az STD betegeket is ellátó szakrendelőkben történik. A beteg ellenőrzése a klinikai tünetek megszűnéséig szükséges.

A lágyfekélyben szenvedő HIV-fertőzöttek fokozott ellenőrzése szükséges, a kezelési idő hosszabb mint a HIV-negatívoknál.

A lágyfekély diagnózis felállításakor syphilis és HIV serológiai vizsgálatot kell végezni. Amennyiben a vizsgálatok negatívak, 3 hónap múlva ismételni kell.

d) *Diagnózis felállítása:* Epidemiológiai: Fertőzött személlyel szexuális kapcsolat.

Klinikai tünetek: Fájdalmas, puha, széleken gyulladt, oedemás, esetleg multiplex ulcusokkal övezett, leggyakrabban a genitáliákra lokalizált, lepedékes fekély, erythemás bőrrel fedett, megnagyobbodott, fluctuáló, áttört nyirokcsomók. A fekély másodlagosan fertőződhet, ami a szétesést, lepedékképződést fokozza. Általános tünet lehet mérsékelt láz és rossz közérzet.

Laboratóriumi vizsgálatok a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában történnek:

Direkt mikroszkópos kimutatás (Gram negatív, rövid pálcák, halrajszerű elrendeződésben), fekélyből, fiziológias konyhasós borogatás után, vagy a nyirokcsomóból nyert gennyből tenyésztés speciális táptalajon.

e) *Fertőtlenítés:* Nem igényel.

B) *Teendők az ulcus molle-ban szenvedő beteg környezetében:*

a) *Szexuális partner:* A szexuális partner veszélyeztetettnek tekintendő a klinikai tünetek megjelenését megelőző 10 napon belül a fertőzött egyénnel történő szexuális kontaktus esetén. A veszélyeztetett szexuális partnerek vizsgálata és kezelése szükséges.

b) *Kezelés:* A H. ducreyi-vel fertőződött tünetmentes, lappangási szakban levő vagy tünetes szexuális partnereket kezelni kell.

Az epidemiológiai veszélyeztetett, de klinikai tüneteket és laboratóriumi vizsgálatokat tekintve negatív szexuális partnereket preventív kezelésben kell részesíteni.

8. *Megelőzés:* Szexuális felvilágosítás – biztonságos szex.

Acut urogenitalis chlamydia BNO 10: A56.0

1. *A kórokozó:* Chlamydia trachomatis D-K szerotípusa,

2. *Fertőző forrás:* Beteg vagy tünetmentes ember.

3. *Terjedési mód:* A fertőzést a fertőzött ember nemi váladékával (ondó, hüvelyváladék) viheti át szexuális partnerére. Ritka esetekben a terjedés más módja is igazolható.

4. *Lappangási idő:* Átlagosan 1–3 hét, azonban hosszú ideig tünetmentesen jelen lehet.

5. *Fontosabb tünetek:* Mucosus, mucopurulens folyás dysuriával.

6. *Fertőzőképesség időtartama:* A betegeknél a gyógykezelés befejezéséig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Személyazonosító adatok nélkül jelentendő. A beteget a Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma és a Bőr- és nemibeteg-gondozó (BNG), továbbá az STD betegeket is ellátó szakrendelő köteles jelenteni a működési területe szerint illetékes megyei BNG-nek, a regionális szakfelügyelő főorvosnak, az ÁNTSZ illetékes városi intézetének és az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi osztályának.

b) *Elkülönítés:*

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* A húgycsőből/cervixből vett váladékból a Chlamydia trachomatis kimutatása [DIF, enzimmunoassay (EIA), PCR]. Kontroll vizsgálat végzése a kezelést követő 3–4 héttől. A betegeknél HIV és luesz szűrővizsgálatok elvégzése előzetes tanácsadás és a beteg beleegyezése után ajánlott.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:* A szexuális partnernek fel kell ajánlani a kezelést. Igazoltan Chlamydia trachomatis fertőzésben szenvedő beteg szexuális partnerének a kezelése még tünetmentesség esetén is indokolt.

8. *Megelőzés:* A lakosság széles körű felvilágosítása szükséges.

Bejelentésre nem kötelezett fertőző betegségekkel kapcsolatos eljárások

Actinomycosis

(Sugárgomba betegség)

BNO10: A42

1. *Kórokozó:* Actinomyces israelii.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a tünetmentes kórokozó-ürítő.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezés, cseppfertőzés. Endogén fertőzés esetén az orális flóra kórokozói a nyálkahártya apró sérülésein át a szövetekbe hatolnak. Nagyobb az endogén fertőzés jelentősége az elhanyagolt cariesekben, a tonsillák lacunáiban élősködő kórokozók által.

4. *Lappangási idő:* Bizonytalan. Exogén fertőzés esetén néhány nap, de néhány hét is lehet.

5. *Fontosabb tünetek:* Először rendszerint a különböző testüregekben alakulnak ki krónikus folyamatok: tüdő, hasüreg, cervicofacialis regio (sinusitis), ezekből a fertő-

zés másodlagosan terjed át a bőrre, ahol deszkakemény beszűrődések keletkeznek, kékesvörös elszíneződéssel, sipolyokkal, melyekből igen jellemző kénsárga granulumokat (tökéket) tartalmazó genny ürül. Az elsődleges bőrfolyamat ritkább.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Endogén fertőzések lehetőségét tekintve ismeretlen, egyébként amíg a váladékok kórokozót tartalmaznak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Genny, köpet küldhető az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének mycologiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* A gennyes váladékokat és a velük szennyezett tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell. A kötszereket el kell égetni.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok.

Aphtae epizooticae

(Stomatitis epizootica, ragadós száj- és körömfájás)

BNO10: B08.8

1. *Kórokozó:* A száj- és körömfájás vírusa (Picornaviridae család, Aphtovírus nemzetség).

2. *Fertőzés forrása:* Beteg hasított patájú állatok (szarvasmarha, sertés, bivaly, juh, kecske).

3. *Terjedési mód:* Állatokkal való közvetlen érintkezés, fertőzött takarmány, tej és tejtermék, tárgyak, váladék, vizelet, széklet, nyál útján. Emberi megbetegedés igen ritka.

4. *Lappangási idő:* 3–7 nap, ritkán több.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz és fejfájás; a szájnyálkahártya vörös, rajta kendermag, borsó nagyságú hólyagok, kezdetben tiszta, később tejszerűen zavaros tartalommal; nyálfolyás, nehéz nyelés. Gyakran az ajkon, a tenyéren, a talpon és a körömágyak mentén is vannak hólyagok.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A lappangási idő végétől a klinikai gyógyulásig. A vírus beszáradva hónapokig fertőzőképes maradhat.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő, de az esetlegesen előforduló emberi megbetegedés esetén a területileg illetékes hatósági állatorvost értesíteni kell.

b) *Elkülönítés:* A betegeket el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető, a FM Állat-egészségügyi és Élelmiszer-ellenőrző Szolgálatnál történt előzetes megbeszélés alapján.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos és zárófertőtlenítés szükséges. Elsősorban a váladékokat és az ezekkel szennyezett anyagokat kell fertőtleníteni.

8. *Megelőzés:* Általános egészségügyi rendszabályok. A fertőzött állatállomány megfelelő kezelése az állat-egészségügyi előírások alapján.

Ascariasis (Ascariosis)

(Orsóférgesség)

BNO10: B77

1. *Kórokozó:* Ascaris lumbricoides.2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* A széklettel kiürült éretlen peték a külvilágban (talaj, szennyvíz, iszap) megfelelő hőmérséklet és nedvesség mellett kb. egy hónap alatt válnak fertőzőképesé. A fertőzőképes peték a szennyezett talaj, kéz, nyersen fogyasztott gyümölcs és zöldségfélék közvetítésével terjednek.

4. *Lappangási idő:* A fertőzőképes peték lenyelése után a szervezetben két hónap alatt fejlődnek ki az ivarérett férgek.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzés többnyire tünetmentesen folyik le. Nagyobb számú féreggel való fertőzöttségben a migráció időszakában pneumonia, bronchopneumonia, a bélfázisban hányinger, hányás, gyomor- és bélpanaszok.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a bélben férgek vannak. A talajba került peték megfelelő környezeti feltételek között hosszú ideig, hónapokig, esetleg évekig élet- és fertőzőképes állapotban maradhatnak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*A) *Teendők a beteggel:*a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus vizsgálatra beküldhető székletminta az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába, illetve az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg környezetében, valamint a fertőzés terjedésének megelőzésében a WC-használat utáni, valamint az étkezések előtti higiénés kézfertőtlenítésen kívül igen fontos szerepe van a széklet, valamint a széklettel kontaminálódott talaj fertőtlenítésének. A széklet, valamint a talaj, ez utóbbi csak nagyon indokolt esetben, kis kiterjedésű területen, előzetes környezetvizsgálat alapján 6%-os krezololdattal, 8 órás behatási idő után 100%-os pete- és pusztító hatással dezinfizálható.

8. *Megelőzés:* Nyersen fogyasztott zöldségfélék gondos lemosása. A szennyvízzel való öntözésre, trágyázásra vonatkozó rendeletek betartása.

Diphyllobothriasis

(Halhús galandférgesség, Hal-taeniasis)

BNO10: B70.0

1. *Kórokozó:* Diphyllobothrium latum, többgazdás Taenia-faj.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Az ember nyers vagy nem kellően sült, főzött borsókás halhús fogyasztása útján fertőződhet. Mint végső gazda, székletével üríti a petéket, amelyek vízben élő köztigazdában fejlődve végleges lárvafarmává (plerocercoid) alakulnak, és a halak zsigereiben, izomzatában találhatók meg.

4. *Lappangási idő:* 3–6 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* Általános tünetek, gyomor-bélzavarok mellett anaemia perniciosához hasonló vérszegénység fejlődik ki, B12 vitaminhiány miatt. A széklettel csak féregpeték ürülnek, féregizék nem.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a bélben férgek vannak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*A) *Teendők a beteggel:*a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnózis céljából a peték kimutatására székletet kell küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába, illetve az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Endémiás területen halhús nyersen való fogyasztásának kerülése.

Enterobiasis (Oxyuriasis)

(Cérnagiliszta betegség)

BNO10: B80

1. *Kórokozó:* Enterobius vermicularis.2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezéssel, a piszkos kéz útján, tárgyak, étel, por, levegő közvetítésével. Gyakori az ún. ab ano-ad-os autoreinfectio, amikor a fertőzött személy a végbéltájék vakarása közben körme alá, ujjaira került peték bekebelezése útján fertőzi magát újra.

4. *Lappangási idő:* 2–4 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzöttek gyakran tünetmentesek. Viszketés és vakarási nyomok észlelhetők a végbélnyílás környékén, emésztési és alvási zavarok, fáradékonyság, idegesség, appendicopathia, appendicitis.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a férgek a bélben vannak.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*A) *Teendők a beteggel:*a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus célból vizsgálatra beküldhető anorectalis vizsgálati anyag, a területileg illetékes ÁNTSZ parazitológiai laboratóriumába vagy az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A beteg körüli fertőtlenítési teendők közül a legfontosabb a reinfekció, illetve a peték átvitelének megakadályozása. Ennek megfelelően a kéz, illetve a köröm alá került peték gyakori – meleg, folyó vízzel, szappannal és főleg körömkéfével végzett – kézmosással távolíthatók el. A beteg által használt mosható fehérneműket, ruhaneműket 30 percig történő forralással végzett kifőzéssel, a nem mosható felsőruházatot lehetőleg gőzöléssel végzett, forró vasalással kell fertőtleníteni. Tárgyakra, padlózatra került peték hatékony fertőtlenítőszerrel elpusztíthatók.

B) Teendők a környezettel:

A fertőzöttnek talált személy környezetében javasolt a vizsgálatot elvégeztetni, és a fertőzöttnek talált valamennyi személyt egyidejűleg gyógykezelteni.

8. *Megelőzés:* Körmök rövidre vágása, általános, személyi és környezethigiénés rendszabályok betartása.

Erysipelas hominis

(Orbánc)

BNO10: A46

1. *Kórokozó:* Streptococcus pyogenes.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember vagy kórokozó-hordozó.

3. *Terjedési mód:* A fertőzött ember légúti és egyéb váladékaival szennyezett kéz, közvetlen érintkezés, tárgyak (pl. kötszerek) útján. Bőrsérülések (égés, lábujjak közötti gombás gyulladások, műtét stb.) fertőződése kaput nyit a fertőzésnek.

4. *Lappangási idő:* 1–3 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hidegrázás és magas láz, a fertőzött testrészen (leginkább az alsó végtagokon vagy a fejen) vörös, meleg tapintatú, szélein kissé kiemelkedő folt jelenik meg, amely lángnyelvhez hasonlóan terjed. Szövődménye lymphangitis, ennek következtében nyirokpangás, phlegmone, thrombophlebitis. A betegség recidívákra hajlamos.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A klinikai tünetek fennállásáig, gennyes szövődmény esetén a gennyedés megszűnéséig.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget a kisgyermekektől, gyermekágyasoktól, operált betegektől, friss sérültektől el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Beküldhető szövetnedv, gennyes szövődmény esetében genny az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* A kötszereket el kell égetni. Elsősorban a kéz és a beteg használati tárgyainak folyamatos fertőtlenítése szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A beteggel érintkezett személyt szülőintézetből 7 napra ki kell tiltani. Nosocomialis előfordulás esetén fertőzőforrás kutatást kell végezni.

8. *Megelőzés:* Az általános és kórházhigiénés rendszabályok betartása.

Erysipeloid Rosenbachi

(Sertésorbánc)

BNO10: A26

1. *Kórokozó:* Erysipelothrix rhusiopathiae.

2. *Fertőzés forrása:* Beteg vagy kórokozó-hordozó állat, elsősorban sertés.

3. *Terjedési mód:* Beteg sertések vagy azok húsnak kezelése, tárgyak útján.

4. *Lappangási idő:* 1–3 nap, ritkán több.

5. *Fontosabb tünetek:* Kékvörös duzzanat a fertőzésnek kaput nyitó sérülés környékén. A bőrelváltozás gennyedés és láz nélkül, lassan, esetleg hetek alatt alakul ki. A környéki nyirokcsomók gyakran duzzadtak.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a klinikai gyógyulás bekövetkezik.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, de a beteg az élelmiszerek kezelésétől tartózkodjon.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Előzetes megbeszélés alapján intracután befecskendezett és visszaszívott folyadékot kell beküldeni az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába vagy az OEK bakteriológiai osztályára.

8. *Megelőzés:* Állat-egészségügyi rendszabályok, beteg állatokkal foglalkozóknál munka-egészségügyi óvrendszabályok betartása, védőruházat, gumikesztyű használata, kézmosás, kézfertőtlenítés, sérülés esetén sebellátás.

Herpes simplex

(Herpes labialis)

BNO10: B00.1

1. *Kórokozó:* A H. hominis (herpesvírus, HSV) két típusa: a HSV1 és a HSV2.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy tünetmentes vírusürítő.

3. *Terjedési mód:* A HSV1 nyállal, a HSV2 nemi érintkezés útján terjed. Az újszülött HSV2 fertőzését szülés közben az anya hüvelyváladéka közvetíti.

4. *Lappangási idő:* 2–12 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A primer HSV1 fertőzés többnyire már gyermekkorban megtörténik, enyhe stomatitis és ínygyulladás formájában, de az esetek 90%-ában tünetek nélkül (HSV1). Gyógyulás után a vírus a szervezetben latens formában megmarad, és különböző okokból ismételten is reaktiválódhat (láz, túlzott napozás, gastritis, immunszuppresszív állapot stb.). Az ilyen „herpes recurrens” az ajkakon és a száj körül (herpes labialis), a szemén (keratitis, iritis, conjunctivitis) típusos hólyagos kiütések formájában jelentkezik. A HSV2 fertőzésre a pubertás kor után kerülhet sor, ilyenkor a méhnyakon, a férfi nemi szerveken apró hólyagok keletkeznek. A hólyagok pörkösődéssel gyógyulnak. Súlyos, az újszülötteknél csaknem mindig halálos szövődmény a virémiás úton keletkezett meningoencephalitis herpetica.

6. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Meningitis vagy encephalitis tünetek esetén be- és kijelentésre kötelezett meningitis serosa vagy encephalitis infectiosa megjelöléssel.

b) *Elkülönítés:* A betegtől távol kell tartani az ekcémás betegeket és csecsemőket.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető az OEK Virológiai főosztályával történt megbeszélést követően.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

7. *Megelőzés:* Az ekcémás bőrfelület HSV fertőzése súlyos lefolyású, ezért el kell kerülni, hogy a dermatitisben, ekcémában szenvedő beteg herpeszes beteggel érintkezzen. Ugyanez vonatkozik a csecsemőkre és azokra, akik immunszuppresszív kezelésben részesülnek. Ha az anya igazoltan herpes genitalisban szenved, a perinatalis fertőzés elkerülésére indokolt lehet a császármetszés.

Heveny felső légúti fertőzések

BNO10: J00-J06

1. *Kórokozó:* Vírusok (reovírus, rhinovírusok, adenovírusok és parainfluenzavírusok különböző szerotípusai, ritkábban a koronavírusok és egyéb enterovírusok stb.), chlamydiák és mycoplasmák súlyos társfertőzésként, egyéb baktériumok és gombák többnyire csak másodlagos fertőzésekben játszanak szerepet. (Az influenza, a streptococcus és enterovírus fertőzéseket lásd külön fejezetekben.)

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, ritkábban tárgyak útján (zsebkendő, pohár stb.).

4. *Lappangási idő:* A kórokozótól függően 1–7 nap.

5. *Fontosabb klinikai tünetek:* Rendszerint hirtelen kezdőd, nátha, pharyngitis, laryngitis, tracheobronchitis, láz. A rhinovírusok többnyire csak enyhe náthát okoznak. A csecsemők és kisgyermekek betegsége RS vírus és parainfluenza vírusfertőzés esetén súlyosabb tünetekkel járhat, eclampsiával, hasmenéssel, folyadékvesztéssel. Egyes adenovírus szerotípusok nyaki nyirokcsomó-duzzanatot, „pharyngoconjunctivalis lázat” okoznak. A heveny légúti infekciók szövődményeként croup syndroma, bronchiolitis, pneumonia, meningitis és encephalitis is előfordulhat, bakteriális szuperinfekció esetén pedig sinusitis, otitis stb. A megbetegedések túlnyomó többsége azonban enyhe lefolyású, 2–6 nap alatt gyógyul, az idősebb betegeknél néha hosszabb rekonvaleszcenciával. A valódi influenzát, különösen az influenzajárványok kezdetén, ezektől az „influenza-szerű megbetegedésektől” néha csak járványtani sajátosságai, azaz a hosszabb lappangási idő és a laboratóriumi vizsgálatok alapján lehet megkülönböztetni. Az influenzaszerű, „grippés” megbetegedések aetiológiai elkülönítésére egyébként a mindennapi gyakorlatban a direkt antigénkimutatás(ok) biztosítanak elkülönítési lehetőségeket. Ez a vizsgálat csak az azok végzésére alkalmas laboratóriumokkal történő előzetes megbeszélés alapján, súlyos klinikai megbetegedés vagy halmozott előfordulás esetén kérhető.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a légúti váladékokkal ürül.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget csecsemőktől, koraszülöttektől el kell különíteni, csecsemőotthonokban, kórházi csecsemőosztályokon külön részlegben kell őket elhelyezni.

c) *Fertőtlenítés:* A beteg váladékait és velük szennyezett tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell.

Human toxocariasis

(Visceralis larva migrans syndrome)

BNO10: B83.0

1. *Kórokozók:* *Toxocara canis* és *Toxocara cati*.

2. *Fertőzés forrása:* A kutya és a macska, főleg a fiatal állatok.

3. *Terjedési mód:* Az állatok székletével ürülő peték közvetlenül nem fertőznek, csak a külvilágban történt embrionálódás után válnak fertőzőképpé. A szennyezett földdel, homokkal, enterális úton jutnak az emberi szervezetbe.

4. *Lappangási idő:* A fertőzés intenzitásától függően néhány hét vagy hónap.

5. *Fontosabb tünetek:* A lárvák lokalizációja szerint májduzzanat, pneumonia, esetleg láz. Szemtünetek, gyakran csak a fertőzést követően hosszú idő múlva jelentkezhetnek. Jellemző haematológiai tünetek, erős leukocytosis igen nagyarányú eosinophilia. A betegség rendszerint krónikus lefolyású, elsősorban kisgyermekek között gyakori.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Emberről emberre nem terjed. A peték a talajban megfelelő körülmények között hosszú ideig, hónapokig, évekig élet- és fertőzőképesek maradhatnak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Szerológiai vizsgálatra alvadásgátló nélkül vett vérminta küldhető az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok. Kutya kitiltása a játszóterekről, a gyermekek távol tartása az állatok ürülékével szennyezett helyektől. Kutya periodikus anthelminticus kezelése.

Hymenolepiasis (Hymenolepidosis)

(Törpe-galandférgesség)

BNO10: B71.0

1. *Kórokozó:* *Hymenolepis nana*, ritkán *Hymenolepis diminuta*.

2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött ember, patkány, egér.

3. *Terjedési mód:* A széklettel ürülő érett peték közvetlen érintkezéssel, enterális úton, élelmiszerek, használati tárgyak közvetítésével jutnak az emberi szervezetbe. A *H. diminuta* a köztigazdák (lisztbogár, lisztmoly, patkánybolha) elfogyasztása révén terjed.

4. *Lappangási idő:* 2–3 hét.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzöttek többsége tünetmentes. Masszívabb fertőzés esetén gyomor-, bélpanaszok, ét-

vágytalanság, émelygés, hányinger, hányás, hasmenés, köldöktáji fájdalom, görcsös állapot, vérszegénység, álmatlanság.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a férgek a bélben jelen vannak.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus vizsgálatra, a feregpeték kimutatására székletminta küldhető be az ÁNTSZ területileg illetékes intézetének parazitológiai laboratóriumába, illetve az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

B) *Teendők a beteg környezetében:* A fertőzöttek feldeírására a beteg környezetében székletszűrő vizsgálatot lehet végezni. A fertőzötteket a beteggel egy időben javasolt kezelni.

Influenza

BNO10: J10, J11

1. *Kórokozó:* Orthomyxovírus influenzae. Három szerotípusa van: A, B és C. Az influenza A szerotípusokat a vírus felszíni fehérjéinek – hemagglutinin (H) és neuraminidáz (N) – antigénszerkezete alapján altípusokra osztják. Emberben eddig a H1N1, a H2N2 és a H3N2 altípus okozott pandémiás/epidémiás megbetegedéseket. Az influenza A vírusok periodikusan ismétlődő, országos, esetleg világjárványokat okoznak. Az influenza B típus antigénszerkezetiileg stabilabb, rendszerint közösségekben okoz elszigetelt halmozódásokat, de területi járványok is előfordulhatnak. Az influenza C gyermekkori megbetegedéseket okoz.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó ember. Az influenza A vírusokat emlőállatokból (sertés, ló, bálna, foka) és madarakból is izolálták.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés.

4. *Lappangási idő:* 1–3 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, magas láz, a torok vörös belőveltsége, elesettség, erős izom- és ízületi fájdalom, fejfájás, inaktív köhögés, esetleg bronchitis. Az egyéb légúti vírusfertőzésekre jellemző felső légúti hurutos tünetek hiányoznak. Súlyos esetben csecsemőknél eclampsia, időseknél akut keringési elégtelenség (toxikus tünetek) alakulhatnak ki. Szövődmények: vírus-pneumonia, bakteriális társfertőzések.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Feltehetően a klinikai tünetek fennállásának első 3 napja. Kivételt képeznek az immunhiányos betegek, akik hónapokig üríthetik a vírust.

7. *Teendők betegség előfordulása esetén:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Az influenza előfordulására vonatkozóan külön jelentési rendszer van érvényben. A szezonális időszakban az Országos Epidemiológiai Központ klinikai és virológiai adatok gyűjtésére alkalmas influenza surveil-

lance-t működtet. A kijelölt háziorvosok, illetve házi gyermekorvosok hetente jelentik az influenzaszerű klinikai tünetekkel náluk jelentkező betegek számát korcsoportos bontásban és az orvosnál megjelent összes beteg számát (betegforgalom). A klinikai adatgyűjtésben is részt vevő, felkért háziorvosok az influenzaszerű tünetekkel újonnan jelentkező betegektől rendszeresen, hetente legalább egy alkalommal kell, hogy vizsgálati anyagot küldjenek az OEK Légúti Vírus osztályára a kóreredet tisztázása céljából. Az OEK – a nemzeti influenza surveillance központ – mint az Európai Influenza Surveillance Hálózat (EISS) tagja a mindenkor járványügyi helyzettől függően, de általában az év 40. hetétől a következő év 20. hetéig hetente továbbítja az országra vonatkozó adatokat az Európai Unió influenza surveillance központjába.

b) *Elkülönítés:* A beteget a heveny tünetek lezajlásáig ajánlatos elkülöníteni, főleg csecsemőktől, öregektől, legyengült állapotban lévő és immunszuppresszált betegektől. Kórházi elkülönítés csak súlyos esetben indokolt. Bentlakásos otthonokban az elkülönítésre külön helyiséget kell kijelölni. Az ilyen jellegű elkülönítésre a kórházakban elrendelt megelőző intézkedések az irányadóak.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. A betegről a megbetegedés 1–2. napján érdemes toroköblítő folyadékkal vagy orr-garat tamponnal vizsgálati anyagot venni vírusizolálás és direkt antigénkimutatás céljából. A mintákat hűtőtáskában kell az OEK Virológiai főosztályának Influenza laboratóriumába vagy az ÁNTSZ területileg illetékes virológiai laboratóriumába küldeni. Szerológiai vizsgálat céljából a betegség kezdeti szakaszában és a lábadozási időszakban kell vért venni. Diagnosztikus értéke a titeremelkedésnek van.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés szükséges. A fertőző beteg, valamint a fertőző megbetegedésre gyanús személy környezetében szükséges fertőtlenítési teendők – kéz folyamatos fertőtlenítésén kívül – elsősorban az orr- és torokváladékok, köpet és ezekkel a váladékokkal fertőződött eszközök (evőeszközök, ivóedényzet stb.) textíliák (zsebkendő, ágynemű, hálóruga, törülköző stb.) folyamatos fertőtlenítéséből áll, virucid hatású dezinficienssekkel. Igen fontos a betegszoba, illetve a több személy tartózkodására szolgáló helyiségek gyakori szellőztetése, a betegek, betegségre gyanús személyek azonnali izolációja.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok. Járvány idején az ÁNTSZ korlátozhatja az összejöveleteket, kórházi látogatási tilalmat rendelhet el. A kórházakban történő külön influenzás osztályok létesítése, a betegfelvétel sürgős esetekre való korlátozása a járvány időszakára javasolt.

Védőoltások: Az aktuális oltási és finanszírozási előírások szerint a kockázati csoportokat (60 évesnél idősebb, továbbá krónikus szív-, érrendszeri, légzőszervi, anyagcsere-betegségben szenvedő betegek; tartós szalicilát kezelésben részesülő gyermekeket), továbbá a veszélyeztetetteket ellátó egészségügyi dolgozókat a várható járvány előtti hónapokban kell oltani.

Az Egészségügyi Minisztérium az influenza pandémiára történő hatékony felkészülés érdekében kidolgozza és rendszeresen aktualizálja a Nemzeti Influenza Pandémiás Tervet.

Mycoses, gombás betegségek

BNO10: B35-B49

I. Gombás bőrbetegségek

A) Dermatophyton gombák által okozott bőrbetegségek

BNO10: B35

1. *Kórokozó:* Trichophyton (Achorion), Microsporum és Epidermophyton fajok.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg ember vagy állat, elsősorban kutya, macska, szarvasmarha.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezés gombás bőrbetegségben szenvedő emberrel vagy állattal; közvetíthetik a betegséget közös használati tárgyak, ruhanemük, lehullott bőrpikkelyek és hajszálak, de a talaj is.

4. *Lappangási idő:* Változó.

5. *Fontosabb tünetek:* A hajas fejbőrön a dermatophyton fajok felületes és mély folyamatokat okoznak. A felületes elváltozások – amelyek gyakorlatilag csak gyermekeken fordulnak elő – trichophytia esetében fillérnyitól 10 cm-es átmérőjű, kerek, éles határu, korpázóan hámló foltok alakjában jelentkeznek. A hajszálak fényüket veszítik és különböző magasságban letöredeznek, de kopasz területek nem keletkeznek. Microsporia esetében kisebb-nagyobb, finoman hámló területek találhatók, amelyek lisztel behintettnak látszanak. A hajszálak a bőr felszíne felett 2–3 mm magasságban egyenletesen töredeznek le és a megmaradt hajszálcsonkok szürkésfehér spórahüvelyekkel borítottak. Mély trichophytia a hajas fejbőrön csak gyermekkorban fordul elő. Kezdetben lencsényi, babnyi, majd fillérnyi, a bőr síkjából kiemelkedő hyperaemiás, enyhén beszűrt gócok jelentkeznek, melyek idővel növekedve, illetve a szomszédos gócokkal összefolyva kelvirághoz hasonló, dudoros képletté alakulnak, amelyek felszínén a szőrtüszők szájadékából spontán vagy nyomásra, bűzös, purulens váladék ürül. A szőrszálak nem töredeznek le, hanem az elgennyedt folliculusokból kihullnak, illetve könnyen kihúzhatók. Kiterjedt folyamat esetén láz, rossz közérzet, nyirokér- és nyirokcsomó-gyulladás léphet fel. A hajas fejbőr favusa esetében kezdetben a bőr hámló, alig lobos, és ezen területen apró, pörköket utánozó elváltozások (kezdődő scutulumok) láthatók, amelyek peri- és intrafollicularis elhelyezkedésűek. Később a scutulum színe kénsárga, erősen tapadó és nagyrészt gombaelemekből áll. A folyamat hegedéssel gyógyul, amely maradandó kopaszságot okoz, de a kezdeti szakban felismert és szakszerűen kezelt esetben a hegesedés elkerülhető. Hosszabb fennállás után a scutulumok mellett heges területek is láthatók. A hajszálak a scutulumok közepén helyezkednek el,

nem törnek le, fakószürkék és egészben kihúzhatók. Főleg fiatal korban fordul elő, 20 éven felül jóval ritkább. Férfiaknál a szakálltájékon felületes vagy mély trichophytia fordul elő, amelyeknek klinikai képe a hajas fejbőr megfelelő folyamatával azonos, de a felületes folyamatoknál kör alakú elváltozások szélén hyperaemia és pustulák is láthatók. A piheszőrös bőrön a dermatophyton gombafajok felületes és mély folyamatokat okozhatnak. Felületes folyamatnál a bőrön centrifugálisan terjedő, gyulladással, éles határu foltok keletkeznek. Központi részük hámlik, szélükön vesicula-koszorú és pörkök láthatók. A központi, már gyógyuló részen kialakuló újabb gyulladás következtében többszőrös, egymást körülvevő gyűrűk képződhetnek, amelyek az elváltozásnak „kokárda” alakot kölcsönöznek. Ezek az elváltozások a nagy hajlatokban gyakoriak. A piheszőrös bőr mély folyamatai follicularis, perifollicularis gyulladás képében jelentkeznek: változó nagyságú, a bőr felszínéből kiemelkedő, tömötten beszűrt, kör alakú gyulladásos plakkokat egyes kórformákban follicularis pustulák borítja. A körömgombásodás a kéz és láb körmein egyaránt előfordulhat. Jellemzője a körömök fényének elvesztése, felületének egyenetlenné válása, a körömlemez felrostozódása, töredezése, a szürkés vagy sárgásbarnás elszíneződés és a köröm a körömágyról való kiemelkedése, az alatta felrakódott gombaelemeket tartalmazó piszkossárga, porhanyós törmelék következtében. A folyamat leggyakrabban a köröm szabad szélei felől indul ki. Az interdigitalis mycosis különösen gyakori a lábujjak között, de előfordul a kézen is. A folyamat viszketéssel, apró, a hámban ülő vesiculák megjelenésével kezdődik, majd a vesiculák (amelyek gyakran válnak pustulákká) megnyílnak és a folyamat előrehaladtával élénkpiros, hámfosztott területek keletkeznek, melyeket felemelkedő fellazult, pálló, fehér, hámgallér övez.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg az elváltozásokból gombaelemek mutathatók ki.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* A fenti kórformák nem bejelentendők.

b) *Elkülönítés:* A betegség gyanúja esetén a beteget haladéktalanul a területileg illetékes Bőr- és Nemibeteg-gondozó Intézetbe kell irányítani.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Elvégzéséről a szakrendelés tartozik gondoskodni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő gombák ellen hatásos eljárásokkal. Elsősorban a bőrpikkelyekkel, hajszálakkal szennyezett anyagokat kell fertőtleníteni.

B) *Teendők a környezettel:* A környezettel kapcsolatos intézkedésekre is szakrendelés ad utasítást.

8. *Megelőzés:* Az általános egészségügyi rendszabályok betartása a betegeknek a környezetből való korai kiemelése és a környezet szűrővizsgálata. Állati eredetű betegségek esetén állatorvosi intézkedések szükségesek.

B) Egyéb gombafajok által okozott bőrbetegségek (dermatomycosisok)

1. *Kórokozó:* Sarjadzó gombák (*Candida* B37.2, *Cryptococcus* B45.2 stb.), penészgombák (*Aspergillus* B44.8, *Penicillium* B48.4, *Scopulariopsis* stb.) és „dimorf” gombafajok (*Blastomyces* B40.3, *Histoplasma* B39.9, *Coccidioides* B38.3 és *Sporothrix* B42.1).

2. *Fertőzés forrása:* Beteg ember vagy állat, fertőzött növények és a fertőzött talaj. (Egyes gombafajok ugyanis a talajban, a növények gyökerein szaporodnak és onnan jutnak a környezetbe, de emberről emberre nem terjednek, pl. *Sporothrix*.)

3. *Terjedési mód:* Fertőzött anyagok, használati tárgyak, gyakran a talaj útján.

4. *Lappangási idő:* Változó.

5. *Fontosabb tünetek:* A bőr candidosis típusú megbetegedései elsősorban a nagy hajlatokban, az ujjközökben, a tenyéren, a körmökön és körömágyakban fordulnak elő. A nagyhajlatokban és ujjközökben élénkpiros, nedvedző, körkörös, majd összefolyó, hámfosztott területek észlelhetők, melyek szélét felemelkedő, pálló, fehér, hámgallér övezi. A kialakulás kockázatát növeli a bőr izzadása vagy más okból létrejött macerálódás, amelyre több foglalkozás is hajlamosít. A betegség kialakulása szempontjából jelentősége van a cukorbetegségnek is. A Busse-Buschke típusú sarjadzó gombás bőrbetegségben (*cryptococcosis*) kisebb-nagyobb, tömött cutan, subcutan, ellágyuló és sipolyosodó csomók keletkeznek. Kivételesen ritka a glutealis forma, kiterjedt beszűrődéssel, egymással összefüggő, bőséges gennyet ürítő sipolyokkal. A Gilchrist-típusú észak-amerikai *blastomycosis* képe változatosabb, erythémák, papulák, vesiculák és pustulák is láthatók. A penészgombák okozta bőrbetegségek (*aspergillosis* stb.) elkülönítése az egyéb dermatomycosisoktól a klinikai tünetek alapján nem lehetséges. Igen ritka kivételektől eltekintve, csak a mykológiai laboratóriumi vizsgálatok szolgáltatnak biztos támpontot. A sporotrichosis leggyakrabban a végtagokon fordul elő, a bőrben beszűrődés keletkezik, amely kifeléyesedik. A folyamat a nyirokutakon terjed tovább, azok mentén újabb beszűrődések, majd fekélyek jönnek létre. Jellemző a fekélyek vonalas elrendeződése. A folyamat a regionális nyirokcsomóig terjed.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Ameddig az elváltozásokban gombaelemek mutathatók ki.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A betegség gyanúja esetén a beteget haladéktalanul a területileg illetékes Bőr- és Nemibeteg-gondozó Intézetbe kell irányítani. Sarjadzó gombák okozta körömágy-gyulladás és a kéz bőrének egyéb sarjadzó gombás megbetegedése esetén az élelmiszeriparban dolgozókat és az élelmiszeripari tevékenységet folytatókat a munkakörükből azonnal ki kell emelni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Elvégzéséről a szakrendelés gondoskodik.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő gombák elleni hatásos eljárásokkal. Elsősorban a sebvála-

dékokat és az ezzel szennyezett anyagokat kell fertőtleníteni.

B) *Teendők a környezettel:* A környezettel kapcsolatos intézkedésekre is a szakrendelés ad utasítást.

8. *Megelőzés:* Általános és munka-egészségügyi higiénés rendszabályok.

C) Nyálkahártya mycosisok

Az újszülöttek szájpenésze (*candidosis oris neonatorum*) BNO10: P37.5: soor igen gyakori megbetegedés, főleg nosocomialis fertőzés következtében.

1. *Kórokozó:* *Candida albicans*.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó ember.

3. *Terjedési mód:* Szülés közben az anya hüvelyváladékaival vagy később, szennyezett kéz, illetve tárgyak (közös teásüvegek és ápolási kellékek stb.) útján.

4. *Lappangási idő:* 2–5 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Fehér gombás foltok jelennek meg az újszülött szájában, nyelvén, erőszakos eltávolításuk vérzést okoz. A vastag lepedék gátolja a szopást. Gombás lepedék a végbél környékén is előfordulhat. A szájpenész kialakulása a komplikált szülések után a leggyakrabban. Későbbi jelentkezés (3 hónapos korig) leromlott csecsemőknél valamely súlyosabb alapbetegség kísérő jelensége lehet. Szövődmények: a gyomor-bél-csatorna pseudomembrános gyulladása, vulvovaginitis, haematogen disszemináció útján meningitis, endocarditis stb.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Ameddig a klinikai elváltozások tartanak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Nem szükséges.

d) *Fertőtlenítés:* A váladékokkal fertőzött tárgyak folyamatos fertőtlenítése.

8. *Megelőzés:* Kórházhygiénés rendszabályok betartása az újszülött osztályokon: kézmosás, minden újszülöttnak egyéni ápolási eszközök és ezek gondos sterilizálása stb.

II. Tüdőmycosisok

1. *Kórokozók:* Sarjadzogomba, penészgomba és „dimorf” gombafajok. (*Aspergillosis* B44.0, *Blastomycosis* B40.0, *Coccidioidomycosis* B38.0, *Cryptococcosis* B45.0, *Histoplasmosis* B39.0, *Paracoccidioidomycosis* B41.0, *Sporotrichosis* B42.0, *Zygomycosis* B46.0)

2. *Fertőzés forrása:* Beteg ember vagy állat.

3. *Terjedési mód:* Penészgombák esetében leggyakrabban belégzés útján. Ebből a szempontból különös jelentőségű a mikroszkopikus gombák tenyésztésével (gyógyszer- és élelmiszeripar), valamint a penészes anyagokkal kapcsolatos munka (főleg mezőgazdaságban, de egyes iparágakban is). A kórokozók fertőzött tárgyak, anyagok, levegő, talaj, növény útján is terjednek. Sarjadzogombás

megbetegedések a szervezet normális gombaflórájából kiindulva, endogén úton is keletkezhetnek, így pl. csökkent immunitás mellett folytatott hosszan tartó, szélesspektrumú antibiotikus terápia hatására.

4. *Lappangási idő:* Változó.

5. *Fontosabb tünetek:* Tüdő lokalizációnál a klinikai tünetek az elkülönítő diagnózis szempontjából nem mértékadóak, mert más kórokozók által előidéztet betegségek képét (bakteriális pneumonia stb.) utánozhatják. Sok esetben a röntgenlelet is megtévesztő lehet. A pontos diagnózis felállításához mikológiai laboratóriumi vizsgálat szükséges.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Általában az elváltozások fennállásáig.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, de a beteget megfelelő szakellátásra kell beutalni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető, előzetes megbeszélés alapján az OEK Mikológiai osztályával. E célból a beteget szakellátásra kell beutalni.

d) *Fertőtlenítés:* Folyamatos fertőtlenítés végzendő gombák ellen hatásos eljárásokkal.

III. Opportunista gombás fertőzések

BNO10: B48.7

Ebbe a csoportba azok a gombás fertőzések tartoznak, amelyeket olyan alacsony virulenciájú gombák okoznak, amelyek a fertőzést csak olyan tényezők következményeként hozzák létre, mint pl. a szerzett immunhiányos állapotok, vagy immunszuppresszív és egyéb terápiás szerek adagolása, vagy besugárzásos terápia alkalmazása. A betegségeket okozó gombák többsége a talajban és bomló vegetatívban általában szaprofita.

Az idegrendszer, zsigeri szervek, csontrendszer gombás megbetegedéseiben a klinikai tünetek nem jellemzőek, a diagnózis csak mikológiai laboratóriumi vizsgálattal tisztázható. A kórokozók, a terjedési módok és a betegség előfordulásakor követendő eljárás egyébként megegyeznek a tudomycosisoknál felsoroltakkal.

Nem-polio enterovírusok által okozott betegségek

BNO10: A85.0, A87.0, A88.0, B08.4, B08.5, B08.8, B30.3, B33, B34.1

1. *Kórokozók:* A coxsackie A vírusok 25 szerotípusa, a coxsackie B vírusok 6 szerotípusa, az echovírus 1–33 szerotípusai, valamint az enterovírus 68–71 szerotípusai.

2. *Fertőzés forrása:* Túlnyomó többségben a tünetmentes vírusürítők, valamint az akut megbetegedésben szenvedők.

3. *Terjedési mód:* Főleg enterális úton, székletszennyeződéssel, kisebb mértékben cseppfertőzéssel (légtúti váladék, könny) terjednek. Közvetlen érintkezés, legyek, élelmiszerek, italok, tárgyak, szennyvíz egyaránt közvetíthetik a fertőzéseket.

4. *Lappangási idő:* 3–30 nap, általában 3–7 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzések túlnyomó része (99%-a) tünetmentesen zajlik le. A legenyhébb esetekben a megbetegedéseket gyengeség, láz, felső légúti tünetek jellemzik („háromnapos láz”). A változó formájú, specifikus klinikai képek az újabb lázkiugrással egy időben, legtöbbször a betegség második hetében alakulnak ki, rendszerint a fertőzöttek kevesebb mint 1%-ában: pleurodynia (myalgia), epidemica (Bornholm betegség), myocarditis, pericarditis, hepatitis, serosus meningitis, encephalitis, petyhüdt bénulások, légzőszervi betegségek, kéz-láb-száj-betegség, herpangina, vérzéses csecsemőkórképek, haemorrhagiás kötőhártya-gyulladás, kiütéses megbetegedések. Az egyes kórképek halmozottan szoktak előfordulni, mert a vírustörzsek genetikai tulajdonságai befolyásolják a patogenitást. Enterovírus-fertőzéseket követően postinfectiosus polyradiculoneuritis is kialakulhat (Guillain-Barré syndroma). A II. típusú, inzulinfüggő diabest, amely hónapokkal az akut vírusfertőzés után alakul ki, szintén az enterovírus-fertőzés késői következményének tekintik.

6. *Fertőzőképesség tartama:* A kórokozó enterovírusok ürítése a légutakból az fertőződés után az első napokban, a széklettel pedig a fertőzést követő 2–3. naptól kezdve, egyre csökkenő mennyiségben akár 30 napon át is tarthat. Kötőhártya-gyulladás esetén a könny is fertőző.

7. *Teendők a betegség előfordulása esetén:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A diagnózis tisztázását követően a beteget nem kell elkülöníteni, amennyiben a klinikai állapota nem indokolja a kórházi ellátást. Kórházi ellátás esetén szigorúan ügyelni kell a továbbterjedés megelőzésére.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Kizárólag vírusizolálás teszi lehetővé a virológiai diagnózis felállítását. A specifikus kórokozó kitenyésztésére csak akkor van esély, ha előzetes megbeszélés alapján a betegség legkorábbi szakaszában vett 2 székletmintát küldenek az ÁNTSZ területileg illetékes, illetve az OEK Virológiai főosztályra. A megbetegedés korai szakában majd 2 hét múlva vett újabb alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérmintát lehet küldeni a titeremelkedés meghatározásához. Halmozott megbetegedések esetén érdemes 1–2 kontakt személytől is székletmintát küldeni. Kötőhártya-gyulladás esetén, megbeszélés alapján, a szemváladékból, meningoencephalitis esetén liquorból, pericarditis esetén a pericardium punctatumából polimeráz láncreakcióval ki lehet mutatni a vírus-RNS jelenlétét.

d) *Fertőtlenítés:* Az enterovírusokat hőkezeléssel, oxidáló és klórtartalmú szerekkel el lehet pusztítani. Fertőtlenítő mosószerek, valamint 700 °C felett végzett mosás alkalmas a fehérnemű és ágynemű fertőtlenítésére.

8. *Megelőzés:* A megfelelő személyi, étel-miszer- és kórházhigiénének van a legnagyobb szerepe a fertőzések megelőzésében. Az immunkárosodott betegek hónapokig lehetnek vírusürítők, ezért az ilyen betegeket ápoló osztályokon különösen fontos a higiéné szabályainak betartása.

Phlebotomus láz

(Febris Pappataci, Pappataci láz, homoki légyláz)

BNO10: A93.1

1. *Kórokozó:* Pappataci láz vírusa.
2. *Fertőzés forrása:* Fertőzött ember.
3. *Terjedési mód:* A *Phlebotomus papatasi* nevű légy (lepkeszúnyog) terjeszti, amely vérszívás útján fertőződik. A vírust transzovariálisan átörökíti.
4. *Lappangási idő:* 3–6 nap, esetleg rövidebb.
5. *Fontosabb tünetek:* Hirtelen kezdet, fejfájás, kötőhártyahurut, hányinger, 38–39 °C láz, izomfájdalmak, gyengeség (influenzához hasonló tünetek). A betegség 2–4 nap alatt lezajlik.
6. *Fertőzőképesség tartama:* A fertőzött ember vérében a vírus a láz kezdete előtt egy nappal és azt követően 1 napig van jelen. A *Phlebotomus* a fertőzött emberből történt vérszívást követően kb. 7 nap múlva lesz fertőző és fertőző marad egész életén át (kb. 1 hónap).
7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*
 - a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.
 - b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.
 - c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Szükség esetén előzetes megbeszélés alapján, az OEK Virologiai főosztályának döntése szerint.
 - d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges. A terjesztő légy fajtától mentes környezetet kell biztosítani.
8. *Megelőzés:* Lepkeszúnyog elleni védekezés.

Pneumoniák**I. Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás**

BNO10: J13

1. *Kórokozó:* *Streptococcus pneumoniae* különféle szerotípusai.
2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó hordozó, az esetek nagy része endogén.
3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, ritkán tárgyak útján (zsebkendő, pohár stb.).
4. *Lappangási idő:* 1–4 nap.
5. *Fontosabb tünetek:* hirtelen hidegrázással és magas lázzal kísért, többnyire csak egy lebenyre korlátozódó tüdőgyulladás. Szapora légzés, szűrés a mellkasban, köhögés, véres, gennyes köpet. Idős korban a kezdet kevésbé hirtelen, a tüdőgyuladást csak a röntgenvizsgálat igazolja. Csecsemőknél, kisgyermekeknél gyakran a láz és a hányás a kezdeti tünet.
6. *Fertőzőképesség tartama:* Kezeletlen esetekben, amíg a kórokozó a váladékokban jelen van. Célzott antibiotikum (penicillin) kezelésre a fertőzőképesség 24–48 óra múlva megszűnik.
7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*
 - A) *Teendők a beteggel:*
 - a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.
 - b) *Elkülönítés:* Nem szükséges, csak nosocomialis fertőzés esetén.
 - c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Nosocomialis fertőzés esetén kötelező. Köpetet, orr-,

torok- és tracheaváladékot, esetleg alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérmintát lehet vizsgálatra küldeni a kórokozó tenyésztése céljából az ÁNTSZ területileg illetékes bakteriológiai laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg orr- és torokváladékát s az ezzel fertőzött tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell.

B) *Teendők a beteg környezetében:* Nosocomialis fertőzés esetén 5 napos felvételi zárlat.

8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok. A *Streptococcus pneumoniae* okozta pneumóniák megelőzésében igen hatékonyak a pneumococcus vakcinák, melyek a pneumococcusok több mint 80 szerotípusa közül azt a 23-at tartalmazzák, melyek a pneumóniák döntő többségéért felelőssé tehetőek. Természetesen a vakcina kizárólag azon 23 típus okozta fertőzés ellen nyújt védelmet, melyeket az oltóanyag tartalmaz

II. Mycoplasma tüdőgyulladás, mycoplasmosis

(primer atípusos pneumonia)

BNO10: J15.7

1. *Kórokozó:* *Mycoplasma pneumoniae*.
2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a kórokozó-hordozó ember.
3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, esetleg a beteg orr-, torokváladékával, köpetével fertőzött tárgyak útján.
4. *Lappangási idő:* 6–32 nap.
5. *Fontosabb tünetek:* Lassú kezdet, torokfájás, fejfájás, köhögés, láz, bronchitis, majd mellkasi szűrés, broncho-pneumonia. A tüdők „foltos infiltrációja” (patchy infiltration) gyakran csak röntgenvizsgálattal mutatható ki. Súlyosabb esetekben több lebeny is érintett lehet, illetve bilaterális pneumonia alakul ki. (Más kórokozó okozta légúti fertőzésektől csak járványügyi laboratóriumi vizsgálattal lehet elkülöníteni.) Szövődmény: arthritis, meningitis, encephalitis, pleuritis, myocarditis ritkán fordul elő. A betegség néhány naptól hónapokig is eltarthat.
6. *Fertőzőképesség tartama:* A klinikai tünetek fennállásáig.
7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*
 - A) *Teendők a beteggel:*
 - a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.
 - b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.
 - c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. A kórokozó kimutatására az OEK bakteriológiai osztályára, vagy a vizsgálatokra felkészült ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének bakteriológiai laboratóriumába tenyésztésre köpet, torok-, trachea- és bronchusváladék, pleurapunktátum, liquor küldhető speciális transzport csőben. Szerológiai vizsgálatra savópárt lehet a laboratóriumba küldeni. Az első alvadésgátló nélkül, sterilen vett vérmintát a kezelés megkezdése előtt, a másodikat 2–4 hét múlva kell beküldeni.
 - d) *Fertőtlenítés:* Az orr-, torokváladék, köpet és az ezzel fertőzött tárgyak folyamatos fertőtlenítése szükséges.
 8. *Megelőzés:* Általános higiénés rendszabályok.

III. Chlamydia tüdőgyulladás újszülött és csecsemőkorban

(Eosinophil pneumonia)

BNO10: P23.1

1. *Kórokozó:* Chlamydia trachomatis, D-K szerotípusok.

2. *Fertőzés forrása:* Az anya méhnyak váladéka útján.

3. *Terjedési mód:* Szülés közben az anya méhének cervicalis váladékaival való közvetlen érintkezés.

4. *Lappangási idő:* Nem ismert.

5. *Fontosabb tünetek:* Fiatal csecsemők megbetegedését szaggatott köhögés – dyspnoe – jellemzi, a láz rendszert hiányzik. Röntgenvizsgálatban erős tüdőbeszűrődés, eosinophilia. Az esetek kb. felében a neonatalis conjunctivitis észlelhető.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Bizonytalan.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. A vizsgálatokra felkészült ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetének laboratóriumával történt előzetes megbeszélés után a kórokozó kimutatására, speciális mintavételi csőben lehet conjunctiva és tracheális váladékot, szerológiai vizsgálatra alvadésgátló nélkül vett vért a laboratóriumba küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Az újszülött orr-, torokváladéka, conjunctivitis esetén szemváladéka és a velük szennyezett tárgyak folyamatos fertőtlenítése szükséges.

8. *Megelőzés:* A terhes nők fertőzőtségének felderítése és kezelése.

IV. Pneumocystis carinii okozta tüdőgyulladás

(Interstitialis plasmasejtes pneumonia, PCP)

BNO10: B59

1. *Kórokozó:* Pneumocystis carinii.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg, az ápolószemélyzet, kórokozó-hordozó házi- és vadon élő állatok.

3. *Terjedési mód:* Légúti fertőzéssel terjed vagy a beteg légúti váladékaival fertőzött tárgyak útján. Csecsemőkorban nosocomialis fertőzés formájában is előfordul.

4. *Lappangási idő:* Pontosán nem ismert.

5. *Fontosabb tünetek:* Koraszülöttek, leromlott állapotban lévő csecsemők súlyos interstitialis, plasmasejtes tüdőgyulladása. A felnőttek között ritka, néha immunszuppresszív kezelés után vagy immundeficiens állapotban (pl. AIDS megbetegedések kapcsán fordul elő B20.6) észlelhető. Jellemző a fokozatosan kialakuló nehézlégzés, cianosis, kénzó, később rohamokban jelentkező köhögés. A fizikális lelet szegényes, csak röntgenvizsgálattal diagnosztizálható. Gyakori a társfertőzés.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Ismeretlen.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Általában nem bejelentendő, de a kórházi halmozódásokat jelenteni kell. AIDS gyanú esetén az ott előírt eljárás az irányadó.

b) *Elkülönítés:* A beteget kórházban el kell különíteni, lehetőleg külön ápolószemélyzettel.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus vizsgálatra beküldhető szövettani vagy lenyomati minta patológiai osztályra, illetve bronchus mosó folyadék az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* A beteg légúti váladékait és a velük szennyezett tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell. Zárolfertőtlenítés kötelező.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Csecsemő- és koraszülött osztályokon 10 hetes felvételi zárlat, esetleg gyógyszeres prevenció.

8. *Megelőzés:* Kórházhygiénés rendszabályok betartása, az oxigénpárásító berendezések rendszeres fertőtlenítése.

V. Egyéb pneumoniák

BNO10: J12, J14-15, J16.8, J18

1. *Kórokozó:*

a) *Baktériumok:* Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Pseudomonas aeruginosa, Proteus stb.

b) *Vírusok:* Adenovírusok, RS, syncytialis vírusok, parainfluenza vírus.

c) *Gombák:* Főleg Candida és Aspergillus fajok.

Megjegyzés: Az S. aureus, Streptococcus pneumoniae, egyes legionella specíesek, chlamydiák, rickettsiák (Q-láz) okozta pneumoniákról, valamint a különböző fertőző betegségekhez társult szövődményes tüdőgyulladásokról a megfelelő külön fejezetek szólnak.

2. *Fertőzés forrása:* A beteg és a kórokozó-hordozó.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, fertőzött tárgyak, infúziós oldatok, por, kórházi respirációs berendezések stb. útján. A kórokozó vagy a légutakon keresztül jut a tüdőbe (primér pneumoniák) vagy a fertőző gócból a vérárammal (secunder pneumoniák).

4. *Lappangási idő:* A kórokozótól függően 1–21 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* A tüdőgyulladás rendszerint bronchopneumonia formájában jelentkezik. Magas láz, esetleg hidegrázás, köhögés, jellegzetes fizikális és röntgenlelet, dyspnoe, cianosis, egyes esetekben a kórokozótól függően toxikus tünetek, dehidratáció, keringési elégtelenség. Szövődmények: pleuritis, emphysema, tüdőtályog, sepsis. A megbetegedések kórházi fertőzés formájában, esetleg járványszerűen is előfordulhatnak, főleg csecsemő-, gyermek-, szülészeti és műtési osztályokon. A legrosszabb a Staphylococcus, a P. aeruginosa és a Klebsiella pneumoniák prognózisa, különösen a koraszülöttek, csecsemők, leromlott állapotban lévő idős emberek megbetegedése vagy immundeficiencia esetén.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó a váladékkal ürül.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* A szövődményes esetekben a bejelentési kötelezettség alá eső alapbetegséget, valamint a nosoco-

miális fertőzéseket be kell jelenteni. Egyébként nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nosocomiális fertőzések esetén a beteget el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Nosocomiális fertőzések esetén köpetet, orr-, torok- és tracheaváladékot, bronchus, pleuralis empysema esetén pleurapunctatumot hemokultúra palackban kell vizsgálatra küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes laboratóriumába.

d) *Fertőtlenítés:* Az orr-, torokváladék, köpet, a gennyes váladékok és a velük szennyezett tárgyak folyamatos fertőtlenítése szükséges.

8. *Megelőzés:* Kórházhygiénés rendszabályok betartása.

Scabies

(Rüh)

BNO10: B86

1. *Kórokozó:* *Sarcoptes scabiei*.

2. *Fertőzés forrása:* A rühös személy, de a ló, kutya vagy más háziállat is lehet.

3. *Terjedési mód:* Közvetlen érintkezés, azonban fehérnemű, ágynemű és egyéb használati tárgyak is közvetíthetik.

4. *Lappangási idő:* Az első expozíció alkalmával 2–6 hét, ismételt expozíció esetén 1–4 nap.

5. *Fontosabb tünetek:* Viszketés, főleg éjjel, atkajáratok, vakarási nyomok, másodlagos pyoderma elváltozások.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg az atkák és petéik jelen vannak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget elkülöníteni nem kell, de a közvetlen érintkezést kerülni kell.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Nem szükséges.

d) *Fertőtlenítés:* Rühatkairtás. A beteg kezelésével egyidejűleg a ruhaneműn, használati tárgyakon is el kell pusztítani a rühatkákat és petéket, legcélszerűbben kifőzéssel.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

A fertőzött személy lakótársait célszerű egyidejűleg kezelni, akkor is, ha tüneteik még nem jelentkeztek.

8. *Megelőzés:* Rühátka irtása, higiénés rendszabályok (tisztaság) betartása.

Streptococcus fertőzések

I. Streptococcus pyogenes okozta torokgyulladás

BNO10: A49.1, J02.0, J03.0

1. *Kórokozó:* *Streptococcus pyogenes* (A csoport).

2. *Fertőzés forrása:* A beteg vagy a tünetmentes kórokozó-hordozó.

3. *Terjedési mód:* Cseppfertőzés, közvetlen érintkezés, fertőzött kéz, tárgyak, élelmiszer (tej stb.) útján.

4. *Lappangási idő:* Átlagosan 1–3 nap, ritkán hosszabb.

5. *Fontosabb tünetek:* Láz, fejfájás, angina, tonsillitis catarrhalis, illetve follicularis stb., pharyngitis, a nyaki nyirokcsomók duzzanata, esetleg akut, széptikus szövődmények (otitis media, peritonsillaris tályog stb.). A leggyakoribb késői szövődmény a rheumás láz (átlagosan 19 nappal a fertőzés után), a glomerulonephritis (nephritogén streptococcus törzsekkel való fertőzés esetén járványszerűen is, megjelenés a fertőzés után átlagosan 10 nappal), chorea minor (több hónap múlva) is előfordulhat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a kórokozó-hordozás meg nem szűnik, penicillinkezelés esetén általában 2–3 nap.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Tennivalók a beteggel:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget gyógyulásig, illetve a penicillin terápia megkezdésétől számított 3 napig el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. A torokváladékot az ÁNTSZ megbetegedés helye szerint területileg illetékes laboratóriumába lehet küldeni.

d) *Fertőtlenítés:* Az orr-, torokváladékkal, gennyel szennyezett tárgyak folyamatos fertőtlenítése, eldobható zsebkendő, törülköző használata, majd megsemmisítése ajánlatos.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Újszülött-, koraszülött- és gyermekosztályon a beteg elkülönítése után 3 napos felvételi zárlatot javasolt elrendelni. Sporadikus előfordulás esetén az érintett kórteremre, járványos előfordulás esetén az egész intézményre is el kell rendelni a környezetben a penicillin prevenciót 3 napon át.

8. *Megelőzés:* Általános és kórházhygiénés rendszabályok betartása, gennyes bőrelváltozásban szenvedők nem gondozhatnak csecsemőket, gyermekeket, nem dolgozhatnak a közvetlen betegellátásban, nem kezelhetnek élelmiszert (tej stb.).

II. Egyéb A csoportú Streptococcus fertőzések

BNO10: A49.1, J02.0, L01.0, O85

Az 1–4. és 6. pontot: Lásd az I. fejezet (Streptococcus pyogenes okozta torokgyulladás) szerint.

5. *Fontosabb tünetek, kórformák:* A kórokozó behatolási kapujától függően bőrfertőzéseket (impetigo, pyoderma), otitist, mastoiditist, pneumoniát, gyermekágyi lázat, sebgennyedéseket, peritonitist, septicaemiát, necrotizáló fasciitist, toxikus sokk szindrómát stb. okozhatnak. A scarlatina e csoportosításból kivéve, külön fejezetben (a betegség neve szerint) található.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

A) *Teendők a beteggel:*

a) *Jelentés:* Az egyedi eseteket nem kell jelenteni, kórházi két vagy több összefüggő eset a nosocomiális fertőzésekre vonatkozó szabályok szerint jelentendő.

b) *Elkülönítés:* Otthoni megbetegedés esetén a beteget a tünetek fennállásáig el kell tiltani terhesek és szoptatók

anyák, valamint csecsemők gondozásától, 0–6 éves gyermekek közösségétől, szülészeti, csecsemő- és műtési osztályokon végzett minden munkakörtől. Csecsemőotthonokban és a kórházi osztályokon a betegeket el kell különíteni.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Otthoni megbetegedésnél igénybe vehető, kórházi megbetegedéseknél kötelező. A kórformától függő váladékot kell a laboratóriumba juttatni.

d) *Fertőtlenítés:* Kézfertőtlenítés, a váladékokkal szennyezett tárgyak folyamatos fertőtlenítése, kórházban zárófertőtlenítés.

B) *Teendők a beteg környezetében:*

Kórházi megbetegedés esetén fertőzőforrás és a terjedési mód kutatása, a tünetmentes kórokozó-hordozók felderítésére szűrés, a kórokozó-hordozó ápoltak elkülönítése, a dolgozók kitiltása kórokozó-hordozásuk idejére a veszélyeztető munkakörökből, szükség esetén felvételi zárlat szükséges.

8. *Megelőzés:* Az általános és kórházhigiénés rendszabályok betartása, az asepsis szabályainak betartása a terhesgondozásban is, a vaginális vizsgálatok számának korlátozása, a gennyes bőrelváltozásokban, anginában szenvedők nem végezhetnek gyermekgondozást, nem dolgozhatnak veszélyeztető egészségügyi és élelmezési munkakörben.

III. *Streptococcus agalactiae* (B csoport) okozta újszülöttkori megbetegedések

BNO10: P36.0

A B csoportú *Streptococcus*ok jelentős szerepet játszanak az újszülöttek megbetegedésében. Az esetek 90%-ában septicæmia, 40%-ában tüdő, 30%-ában meningealis érintettség észlelhető. Az esetek mintegy kétharmadában a klinikai tünetek egyhetes kor előtt jelentkeznek. Ezen esetekben a fertőzést magzatvízből, illetve a szülőúton való áthaladás közben akvirálja a magzat, illetve újszülött, és a letalitás 50%, különösen magas a koraszülöttek esetében. Az esetek egy részében a klinikai tünetek a születést követő 1 hét–3 hónapon belül jelentkeznek, ezeknél a letalitás 20%, és a fertőződésük feltehetően a környezetből származik. A meningitist túlélők mintegy felénél halláskárosodás, vakság, mentális retardáció és/vagy epilepsia marad vissza.

A terhes nők kb. 10–30%-ának genitális traktusában kimutatható B-csoportú *Streptococcus*. A fertőzött nők terhesség alatti penicillinkezelése csak átmenetileg szünteti meg a baktérium hordozását, reinfekció gyakran előfordul, ezért a penicillin kezelést lehetőleg a 36. gestációs hetet követően tanácsos megkezdeni. Ha a szülésig a penicillinkezelést nem kezdték meg, a szülés megindulásakor a szülő nőnek iv. adott penicillin vagy ampicillin megakadályozhatja az újszülött fertőződését.

Trichomoniasis (*Trichomonadosis*)

BNO10: A59

1. *Kórokozó:* *Trichomonas vaginalis*.

2. *Fertőzés forrása:* *Trichomonas vaginalis*szal fertőzött ember.

3. *Terjedési mód:* Nemi érintkezés, fertőzött váladékkal szennyezett fürdővíz, törülköző, orvosi műszer, szivacs stb. közvetítésével, ha a váladék a hüvelybe, illetve a férfi húgycsőbe kerül. Gyakori a nosocomialis fertőzés.

4. *Lappangási idő:* A klinikai tünetek a fertőzéstől számított 2–3 nap múlva jelentkeznek. Jelentkezhetnek azonban hetek, hónapok múltán is.

5. *Fontosabb tünetek:* Bőséges, híg, maró, sárgás, olykor gennyes jellegű, kellemetlen szagú folyás a hüvelyből. A szeméremtájék bőrének lobos felmaródása, vizeleti panaszok, fájdalmas közösülés. Férfiagnál panasz viszonylag ritkábban fordul elő. Tartós fertőzöttség, urethritist, prostatitist, epididymitist okozhat.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a protozoonok a váladékokban jelen vannak.

7. *Teendők a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* A beteget elkülöníteni nem szükséges, de a nemi közösüléstől, közös fürdővíz, fürdőszivacs stb. használatától tartózkodni kell.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető, az OEK Parazitológiai osztályán vagy a területileg illetékes ÁNTSZ parazitológiai laboratóriumában. A legmegbízhatóbb eredményt a frissen levett vaginális vagy urethraváladékból készített kenet mikroszkópos vizsgálata adja. A kórisme tenyésztéssel is alátámasztható.

d) *Fertőtlenítés:* A váladékokkal szennyezett tárgyakat (törülköző, mosdótál stb.) folyamatosan fertőtleníteni kell.

e) *Egyéb teendők:* A házastárs, nemi partner vizsgálata, fertőzöttek egyidejű gyógykezelése.

8. *Megelőzés:* Személyi higiénés rendszabályok, nőgyógyászati vizsgálatoknál a sterilítási és higiénés előírások betartása. Közös fürdő, fürdőszivacs, fürdőkesztyű használatának kerülése.

Trichuriasis (*Trichurosis*)

(Ostorférgesség)

BNO10: B79

1. *Kórokozó:* *Trichuris trichiura*.

2. *Fertőzés forrása:* A fertőzött ember széklete útján.

3. *Terjedési mód:* A széklettel kiürült éretlen peték a külvilágban (talaj, szennyvíz, iszap) a hőmérsékleti és nedvességi viszonyoktól függően 1–3 hónap múlva válnak fertőzőképesé. A fertőzőképes petékkel szennyezett talaj, kéz, nyersen fogyasztott gyümölcs és zöldségfélék közvetítésével enterális úton terjed.

4. *Lappangási idő:* A fertőzőképes peték lenyelése után a szervezetben 1–3 hónap alatt fejlődnek ki az ivarérett férgek.

5. *Fontosabb tünetek:* A fertőzöttek többsége tünetmentes. Masszívabb fertőzésben abdominalis diszkomfort, hasi fájdalmak, hányinger, hányás, hasmenés. Súlyos fertőzésben dysenteriform kórkép, anaemia.

6. *Fertőzőképesség tartama:* Amíg a bélcsatornában a férgek megtalálhatók. A talajba került peték megfelelő

környezeti feltételek mellett hosszú ideig, hónapokig élet- és fertőzőképes állapotban maradhatnak.

7. *Tennivalók a betegség előfordulásakor:*

a) *Jelentés:* Nem bejelentendő.

b) *Elkülönítés:* Nem szükséges.

c) *Járványügyi laboratóriumi vizsgálat:* Igénybe vehető. Diagnosztikus vizsgálatra beküldhető székletminta főregpete kimutatására az ÁNTSZ területileg illetékes parazitológiai laboratóriumába vagy az OEK Parazitológiai osztályára.

d) *Fertőtlenítés:* Nem szükséges.

8. *Megelőzés:* Nyersen fogyasztott zöldségfélék gondos lemosása. Székletszóródás meggátlása. A szennyvízzel való öntözésre és a tárgyázásra vonatkozó rendeletek betartása.”

2. számú melléklet

a 33/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

Az R. 4. számú melléklete 2–7. pontjának helyébe a következő rendelkezések lépnek, és a melléklet a következő 8. ponttal egészül ki:

„2. Szúnyogok

Szúnyogirtó szer és szúnyoglárvairtó szer légi úton csak az OTH engedélyével juttatható ki a környezetbe.

Légi úton történő szúnyogirtás és szúnyoglárvairtás egészségügyi gázmester szakmai irányításával végezhető.

A légi úton történő szúnyoglárvairtáshoz entomológiai szakképzettséggel rendelkező személy részvétele is szükséges.

Az engedélyes a kezelések tényleges időpontjáról az ÁNTSZ területileg illetékes megyei/fővárosi intézetét legkésőbb a kezelések végrehajtása előtt 48 órával értesíteni köteles.

3. Legyek

A) A házi legyek ellen védekezni kell:

a) az otthonukban ápolt, legyek közvetítésével is terjedő enterális fertőző betegek és nyilvántartott kórokozó-hordozók környezetében,

b) az egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi intézményekben,

c) a mezőgazdasági egységek épületeiben,

d) a települési folyékony hulladékot ártalmatlanító telepeken,

e) a nyilvános és közhasználatú WC-kben,

f) a tömegszállításokon,

g) az élelmiszerek és italok előállítására, tárolására, szállítására és forgalmazására szolgáló helyeken (üzemekben, üzletekben, raktárakban stb.),

h) a piacokon és vásárcsarnokokban,

i) a vendéglátó-ipari és közétkeztetési egységekben.

A g)–i) pontokban felsorolt helyeken a házi legyek elleni védekezést rendszeresen, tervezett program szerint kell végezni, amelynek tartalmaznia kell a megelőzési, az ellenőrzési és az ellenőrzés során rovarfertőzöttnek talált helyeken szükséges irtási feladatokat, továbbá az előre tervezett munkavégzési időpontokat.

B) A házi legyek elszaporodásának megakadályozása érdekében a tenyészhelyek megszüntetéséről, illetőleg azoknak alkalmatlanná tételéről a következő módon kell gondoskodni:

a) a trágya megfelelő, lehetőleg zárt tárolásával vagy rendszeres – a meleg évszakban (május–október) legalább hetenként egyszeri, városi településeken hetenként kétszeri – elszállításával az emberi településtől 2 km-nél tovább levő helyekre,

b) szerves anyagokat tartalmazó szemet, konyhai és egyéb hulladék (pl. csont, vágóhídi maradék stb.) zárt tárolásával, folyamatos elszállításával vagy megsemmisítésével, a tárolóedényzet rendszeres tisztításával oly módon, hogy a folyamatok alatt a tenyészés megszüntethető vagy jelentős mértékben csökkenthető legyen,

c) az ürögdrös árnyékszék oly módon való megépítésével vagy átépítésével, ami a házi legyek behatolását az ürögdröbe megakadályozza vagy jelentős mértékben csökkenti,

d) a használatban levő árnyékszék tisztán tartásával, rendszeres ürítésével.

4. Csótányok

A csótányok megtelepedésének és elszaporodásának megelőzéséről

a) az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi és oktatási intézményekben,

b) a tömegszállításokon,

c) az élelmiszerek és italok előállítására, tárolására, szállítására és forgalmazására szolgáló helyeken (üzemekben, üzletekben, raktárakban stb.),

d) a piacokon és a vásárcsarnokokban,

e) a vendéglátó-ipari és közétkeztetési egységekben gondoskodni kell.

Ennek érdekében az a) és b) pontban feltüntetett helyeken évente két alkalommal irtószeres kezelést kell végezni. A c)–e) pontban felsorolt helyeken a megelőzési, az ellenőrzési és az ellenőrzés során rovarfertőzöttnek talált helyeken szükséges irtási feladatokat, továbbá az előre tervezett munkavégzési időpontokat programban kell meghatározni úgy, hogy évenként legalább kétszer a fertőzöttségtől függetlenül irtószeres kezelés végzésére kerüljön sor.

5. Ágyi poloska

Az ágyi poloska megtelepedésének és elszaporodásának megelőzése érdekében évente legalább két alkalommal irtószeres kezelést kell végezni:

a) a szállodákban,

b) az üdülőkben,

- c) a diákotthonokban,
- d) a munkás- és tömegszállásokon,
- e) minden más olyan helyen, ahol a lakók gyakorta cserélődnek.

Használt textíliát (ruhaneműt, ágyneműt, takarót, matracot), bútort, képet stb. csak rovarmentes állapotban szabad eladni vagy forgalomba hozni.

Használt holmik vételével és eladásával foglalkozó jogi és természetes személyek az általuk forgalomba hozott tárgyak, illetőleg a tárgyakat szállító járművek rovarmentesítéséről gondoskodni kötelesek.

Épületbontásból származó faanyagot (ajtó- és ablakot, fal- és padlóburkoló anyagot stb.) csak hat hónapig tartó, üres, használaton kívül álló helyiségben történő tárolás, illetőleg hatásos rovarmentesítés után szabad forgalomba hozni.

6. Embervért is szívó bolhák

A bolhák megtelepedésének és elszaporodásának megelőzése érdekében évente legalább két alkalommal irtószeres kezelést kell végezni:

a) olyan nagy forgalmú helyeken, ahol a padló hézagos és a széksorok rögzítettek (pl. mozik, színházak, egyéb szórakozóhelyek, várótermek stb.),

b) a közforgalmú járműveken.

Állattartás esetén a bolhák ártalmának jelentkezésekor a védekezést az állatok tartózkodási helyére is (sertésólra stb.) ki kell terjeszteni.

7. Rágcsálók

A rágcsálók megtelepedésének és elszaporodásának megelőzéséről

a) az egészségügyi intézményekben,

b) a települési szilárd hulladékot, illetve települési folyékony hulladékot ártalmatlanító telepeken és a csatornahálózatban,

c) az állattenyésztő és állattartó telepeken, városi területen fenntartott istállóknak, állatkertekben,

d) a szerves ipari nyersanyagokat (bőr, csont stb.) feldolgozó vállalatok üzemi területén,

e) romépületben, nagyobb épületbontások és építkezések területén,

f) a folyó- és állóvizek, nyitott szennyvízlevezető árkok lakott területen fekvő patkányjárta partszegélyein,

g) a folyami és tóparti kikötőkben, vasúti pályaudvarokon, repülőtereken,

h) az élelmiszerek és italok előállítására, tárolására, szállítására szolgáló helyeken (üzemekben, üzletekben, raktárakban stb.),

i) a vendéglátó-ipari és közétkeztetési egységekben,

j) a piacokon és a vásárcsarnokokban gondoskodni kell.

Ennek érdekében az a)–g) pontban feltüntetett helyeken évente két alkalommal rágcsálóirtást kell végezni.

A h)–j) pontban felsorolt helyeken a megelőzési, az ellenőrzési és az ellenőrzés során rágcsálóval fertőzöttnek talált helyeken szükséges irtási feladatokat, továbbá az előre tervezett munkavégzési időpontokat programban kell meghatározni úgy, hogy évenként legalább kétszer a fertőzöttségtől függetlenül irtószeres kezelés végzésére kerüljön sor.

Folyamatos góci rtást kell elrendelni minden olyan helyen (esetben), ahol (amikor) a rágcsálók nagymérvű elszaporodása következtében a környezetet is veszélyeztető rágcsálógóc keletkezett.

Az illetékes városi/kerületi tisztifőorvos előírása szerint gondoskodni kell a rágcsálók ártalmának megelőzéséről (életkörülményeik megnehezítéséről, búvó- és fészkelőhelyeik megszüntetéséről, közlekedési útjaik elzárásáról, táplálékuk megvonásáról stb.).

8. Madarak

A madarakat megtelepedésük és elszaporodásuk megelőzése érdekében az alábbi létesítményektől távol kell tartani:

a) az élelmiszerek és italok előállítására, tárolására, szállítására szolgáló helyek (üzemek, üzletek, raktárak stb.),

b) a vendéglátó-ipari és közétkeztetési egységek,

c) a piacok és a vásárcsarnokok.”

Az egészségügyi miniszter 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelete

a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet módosításáról

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. §-a (2) bekezdésének b) pontjában kapott felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

A fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet (a továbbiakban: R.)

1. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„1. § (1) A betegellátó bejelenti az érintett személy egészségügyi és személyazonosító adatait, amennyiben klinikailag, illetve laboratóriumi eljárások során észleli az 1. számú mellékletben felsorolt fertőzések, fertőzéses eredetű betegségek, mérgezések (a továbbiakban együtt: fer-

tőző betegségek) előfordulását vagy ezek gyanúját. A bejelentést az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) – megbetegedés helye szerint illetékes – városi/fővárosi kerületi intézetéhez (a továbbiakban: városi intézet) kell megtenni, kivéve a multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésre és a nosocomialis (kórházi) véráramfertőzésre (nosocomialis szepszis) vonatkozókat.

(2) Az (1) bekezdés szerinti fertőző betegségeket vagy azok gyanúját – a Lyme-kór, a scarlatina és a varicella kivételével – a betegség lezajlását (gyógyulás vagy halál) követően a betegellátó a kijelentőlap megküldésével jelenti ki az (1) bekezdés szerinti városi intézetnél. A Lyme-kór, a scarlatina és a varicella diagnózissal bejelentett betegségek kijelentése csak szövődmény előfordulása, illetve halálos kimenetel esetén kötelező.

(3) Amennyiben a mikrobiológiai vizsgálatot végző laboratórium vezetője a laboratóriumban olyan mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálati eredményt állapít meg, amely közvetlenül vagy közvetetten bizonyítja a 6. számú mellékletben felsorolt, fertőző betegségeket okozó mikroorganizmusok valamelyikének jelenlétét a vizsgált egyén szervezetében, köteles 24 órán belül jelenteni az érintett személy egészségügyi és személyazonosító adatait az ÁNTSZ – laboratórium telephelye szerint illetékes – megyei intézetének.”

2. §

Az R. 4. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:

„(5) A multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés és a nosocomialis véráramfertőzés (nosocomialis szepszis) jelentése csak elektronikus úton történhet az adatoknak az ÁNTSZ Epidemiológiai Felügyeleti Rendszert kiszolgáló Informatikai Rendszerének (a továbbiakban: EFRIR) adatbázisába történő rögzítésével. A jelentés adattartalmát a 7., illetve 8. számú melléklet tartalmazza.”

3. §

Az R. 5. §-ának (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(2) A városi intézet a be- és kijelentőlap (a továbbiakban együtt: jelentőlap) kézhezvételét követő munkanap végéig annak adatait rögzíti az EFRIR központi adatbázisába.

(3) Amennyiben a bejelentőlap nem a megbetegedés helye szerint illetékes észlelő orvostól érkezett, a városi intézet a 4. számú melléklet szerinti „Járványügyi értesítés fertőző betegről” elnevezésű nyomtatványon (a továbbiakban: járványügyi értesítés) a kézhezvételtől számított 24 órán belül vagy az EFRIR-en keresztül haladéktalanul értesíti az ÁNTSZ – megbetegedés helye szerint illetékes – városi intézetét.”

4. §

Az R. 7. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A betegellátó a bejelentőlap megküldésével egyidejűleg a betegellátó telephelye szerint illetékes megyei intézetnek vagy ügyeletének, valamint az Országos Epidemiológiai Központnak (a továbbiakban: OEK), vagy az OEK ügyeletének telefonon és faxon bejelenti a megbetegedett személy személyazonosító és egészségügyi adatait az 5. számú mellékletben felsorolt fertőző betegségek előfordulása esetén.”

5. §

Az R. 9. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A járványokra vonatkozó előzetes és időszakos adatokat a városi és a megyei intézetek a központi fertőzőbeteg adatbázisba rögzítik, és folyamatosan karbantartják. A járvány lezajlását követően haladéktalanul a városi intézet zárójelentést küld a megyei intézetnek, melyet a megyei intézet az OEK részére továbbít.”

6. §

(1) Az R. 1. számú melléklete helyébe e rendelet 1. számú melléklete lép.

(2) Az R. 5. számú melléklete helyébe e rendelet 2. számú melléklete lép.

(3) Az R. az e rendelet 3. számú melléklete szerinti 6. számú melléklettel egészül ki.

(4) Az R. az e rendelet 4. számú melléklete szerinti 7. számú melléklettel egészül ki.

(5) Az R. az e rendelet 5. számú melléklete szerinti 8. számú melléklettel egészül ki.

7. §

Ez a rendelet 2006. szeptember 1-jén lép hatályba, ezzel egyidejűleg hatályát veszti a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet módosításáról szóló 36/2000. (XII. 8.) EüM rendelet 2. §-ának (1) bekezdése és 5. §-a, valamint a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet módosításáról szóló 21/2001. (V. 25.) EüM rendelet.

Dr. Molnár Lajos s. k.,
egészségügyi miniszter

1. számú mellékleta 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez„1. számú mellékleta 63/1997. (XII. 21.) NM rendelethez**A be- és kijelentésre kötelezett
fertőző betegségek***I. Személyazonosító adatokkal jelentendők:*

Acut flaccid paralysis
 Ancylostomiasis
 Anthrax
 Botulizmus
 Brucellosis
 Campylobacteriosis
 Cholera
 Congenitalis rubeola syndroma
 Cryptosporidiosis
 Diphtheria
 Dysentery (shigellosis és amoebiasis)
 Dyspepsia coli
 Egyéb E.coli által okozott megbetegedés
 Echinococcosis
 Encephalitis infectiosa (kullancsenc. és egyéb)
 Enteritis infectiosa
 Febris flava
 Febris recurrens
 Fertőző spongiform encephalopathiák:
 – Creutzfeldt-Jacob-betegség (CJB)
 – Variáns Creutzfeldt-Jacob-betegség (vCJB)
 Giardiasis
 Hepatitis infectiosa (fertőző májgyulladás)
 Hepatitis A
 Hepatitis B
 Hepatitis C
 Hepatitis E
 Delta-hepatitis
 Keratoconjunctivitis epidemica
 Legionellosis
 Lepra
 Leptospirosis
 Listeriosis
 Lyme-kór (a kijelentés csak szövődmény előfordulása,
 valamint halálos kimenetel esetén kötelező)
 Lyssa
 Madárinfluenza
 Malaria
 Malleus
 Meningitis purulenta
 Meningitis serosa
 Mononucleosis infectiosa

Morbilli
 Multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi
 ellátással összefüggő fertőzés
 Nosocomialis véráramfertőzés (nosocomialis sepsis)
 Ornithosis
 Paratyphus
 Parotitis epidemica
 Pertussis
 Pestis
 Poliomyelitis anterior acuta
 Q-láz
 Rubeola
 Salmonellosis
 Scarlatina (a kijelentés csak szövődmény előfordulása,
 valamint halálos kimenetel esetén kötelező)
 Súlyos akut légúti tünetegyüttes (SARS)
 Schistosomiasis
 Staphylococcosis
 Strongyloidosis
 Taeniasis
 Tetanus
 Toxoplasmosis
 Trachoma
 Trichinellosis
 Tularemia
 Typhus abdominalis
 Typhus exanthematicus
 Varicella (a kijelentés csak szövődmény előfordulása,
 valamint halálos kimenetel esetén kötelező)
 Variola
 Vírusos haemorrhagias lázak
 Yersiniosis

II. Személyazonosító adatok nélkül jelentendők:

AIDS megbetegedés
 HIV-fertőzés

2. számú mellékleta 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez„5. számú mellékleta 63/1997. (XII. 21.) NM rendelethez**Sürgősen jelentendő
fertőző betegségek/kórokozók**

Fertőző betegség megnevezése	Kórokozó
Acut flaccid paralysis	
Anthrax	B.anthraxis
Botulizmus	C.botulinum

Fertőző betegség megnevezése	Kórokozó
Cholera	V.cholerae
Diphtheria (torokgyík)	C.diphtheriae
Febris flava (sárgaláz)	Sárgaláz vírus
Febris recurrens (visszatérő láz)	B.recurrentis
Invasiv meningococcus betegség	N.meningitidis
Legionellosis (utazással összefüggő)	L. pneumophyla
Lepra	M.leprae
Lyssa (veszettség)	Rabies vírus
Madárinfluenza	Humán megbetegedést okozó madárinfluenza-vírus
Malleus (takonykór)	P.mallei
Pestis	Y.pestis
Poliomyelitis anterior acuta (járványos gyermekbénulás)	Poliovírusok
SARS	SARS-coronavírus
Typhus abdominalis (hastífusz)	S.typhi
Typhus exanthematicus (kiütéses tifusz)	R.prowazeki
Variola	Himlővírus
Vírusos haemorrhagias lázak	Lassa-vírus Marburg-vírus Ebola-vírus Rift-völgyi láz vírusa

3. számú melléklet

a 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„6. számú melléklet

a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelethez

Bejelentésre kötelezett kórokozók

Személyazonosító adatokkal jelentendők:

Ancylostoma duodenale
Bacillus anthracis (humán és környezeti mintából is)
Bordetella pertussis
Borrelia sp.
Brucella sp.

Calicivírus
Campylobacter sp. és speciessai
Chlamydia psittaci
Clostridium botulinum
Corynebacterium diphtheriae
Coxiella burnetti
Cryptosporidium
Escherichia coli (patogén, toxintermelő)
Echinococcus sp.
Entamoeba histolytica
Ebola-vírus
Francisella tularensis
Giardia lamblia
Hanta vírusok
Hepatitis vírus A, B, C, D, E
Haemophilus influenzae b (vérben/liquorban)
Himlő vírus
Influenza vírus A, B, C
Kanyaró vírus
Kullancsencephalitis vírusa
Lassa-vírus
Legionella sp.
Leptospira sp.
Listeria monocytogenes (vérben/liquorban)
Marburg-vírus
Mumps vírus
Mycobacterium leprae
Neisseria meningitidis (vérben/liquorban)
Nyugat-nílus vírus
Plasmodium sp.
Poliovírusok
Pseudomonas mallei
Rabies vírus
Rickettsia prowazeki
Rift-völgyi láz vírusa
Rotavírus
Rubeola vírus
Salmonella sp. és szerotípusai
SARS-coronavírus
Sárgaláz vírusa
Shigella sp.
Streptococcus pneumoniae (vérben/liquorban)
Schistosoma sp.
Strongyloides stercoralis
Trichinella spiralis
Taenia sp.
Toxoplasma gondii
Vibrio cholerae
Yersinia sp.

Vérből, liquorból és más szövetekből kitenyésztett multirezisztens kórokozók (megnevezésüket az OEK által a témában kiadott Módszertani levél tartalmazza)”

4. számú melléklet a 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„7. számú melléklet a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelethez

**A multirezisztens kórokozók (MRK) által okozott jelentés
adattartalma**

Kórház kódja: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Multirezisztens kórokozó megnevezése: ☐☐☐☐

Bejelentés dátuma: ☐☐☐☐☐☐

Izolátum nyilvántartási száma: ☐☐☐☐☐☐

Beteg neve (névkód): ☐☐☐☐

Beteg születési ideje: ☐☐☐☐☐☐

Beteg neme: ☐ férfi ☐ nő

Ha újszülött, akkor születési súlya: ☐☐☐☐ gramm

Gesztációs hét: ☐☐

Felvételi diagnózis (BNO): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Felvétel időpontja: év hó nap

Kibocsátás időpontja: év hó nap

Kórházi osztály megnevezése: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A beteg sorsa: áthelyezés ☐, hazabocsátás ☐, elhalálozás ☐

Elhalálozás időpontja: év hó nap

A beteg halálának oka az MRK fertőzéssel: összefüggött ☐, nem függött össze ☐, ismeretlen ☐

Műtét megnevezése:

Pozitív tenyésztési adatok:

Multirezisztens kórokozó izolálásának időpontja: év hó nap

Pozitív vizsgálati anyag származási helye:

Mikrobiológiai azonosítás: E teszt ☐, fágtipizálás ☐, PCR ☐, egyéb ☐

Alkalmazott antibiotikum adatai:

Antibiotikum hatóanyaga:

Alkalmazás kezdete: év hó nap

Időtartama: ☐☐ nap

Napi dózis: ☐☐☐ mg

MRK infekció megnevezése:

Rizikótényezők:

Eszközös beavatkozások:

További (egyéb) adatok:

Elkülönítés helyben: ☐ igen, ☐ nem Elkülönítésre használt kórtermek száma: ☐☐

A kórtermi zárlat időtartama napokban: ☐☐

Összes egészségügyi dolgozó (kontakt) száma: ☐☐, pozitív egészségügyi dolgozó száma: ☐☐

Összes ápolat (kontakt) ☐☐ ☐☐ pozitív ápolat kontakt

5. számú melléklet a 34/2006. (VIII. 23.) EüM rendelethez

„8. számú melléklet a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelethez

Nosocomialis véráramfertőzés bejelentésének adattartalma

Véráramfertőzés bejelentése

Véráramfertőzés alapadatai:

Kórház kódja: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bejelentés dátuma: év hó nap

Beteg neve (névkód): ☐ ☐ ☐ ☐

Beteg TAJ-száma: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Beteg kora (évek): ☐ ☐

Beteg neme: ☐ férfi, ☐ nő

Áthelyezés/felvétel időpontja: év hó nap

Kórházi osztálytípusa:

PIC fertőzés: ☐ igen, ☐ nem

A beteg súlya: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gramm

Felvételi diagnózis (BNO kód): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A beteg sorsa: áthelyezés ☐, hazabocsátás ☐, meghalt ☐

Elhalálozás időpontja: év hó nap

Elbocsátás időpontja: év hó nap

Véráramfertőzés diagnózisa:

Időpont: év hó nap

Primér szepszis: ☐ igen, ☐ nem

Szekunder fertőzés esetében a primér fertőzés megnevezése:

Laboratóriumi vizsgálattal igazolt-e a szepszis: ☐ igen, ☐ nem

Rizikótényezők kiválasztása

Alkalmazott antibiotikumok

Antibiotikum hatóanyaga:

Alkalmazás kezdete: év hó nap

Időtartama: ☐ ☐ nap

Napi dózis: ☐ ☐ ☐ mg

Tenyésztési eredmények

Haemocultúra levételének időpontja: év hó nap

Kórokozó megnevezése:

Antibiotikum-rezisztencia:

Egyéb adatok

Egyéb nosocomialis fertőzés:

A beteg halála a nosocomialis fertőzéssel összefügg ☐, nem függ össze ☐

Boncolási jegyzőkönyv alátámasztja: ☐ igen, ☐ nem”

III. rész HATÁROZATOK

A külügyminiszter határozatai

A külügyminiszter 21/2006. (VIII. 23.) KüM határozata

a Magyar Népköztársaság Kormánya
és a Csehszlovák Szocialista Köztársaság Kormánya
közötti postai és távközlési együttműködésről szóló,
a Magyar Közlöny 1983. évi 55. számában közzétett
Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó
Végrehajtási Jegyzőkönyv hatályon kívül
helyezéséről

A Magyar Közlöny 1983. évi 55. számában közzétett, a
Magyar Népköztársaság Kormánya és a Csehszlovák Szocialista

cialista Köztársaság Kormánya közötti postai és távközlési együttműködésről szóló Egyezmény időbeli hatályra és felmondásra vonatkozó 15. cikke szerint a felek az Egyezményt határozatlan időre kötötték és azt bármelyik fél írásban felmondhatja, amelynek következtében az Egyezmény attól a naptól számított hat hónap elteltével veszti hatályát, amely napon a másik Szerződő Fél a felmondásról szóló értesítést megkapta. Az Egyezményhez kapcsolódó Végrehajtási Jegyzőkönyv értelemszerűen szintén hatályát veszti az említett napon.

Az Egyezményt a Magyar Fél a 2006. március 29-i jegyzékében felmondta, amelynek kézhezvételét a Szlovák Fél 2006. április 25-én visszaigazolta.

A fentiekre tekintettel, összhangban a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Csehszlovák Szocialista Köztársaság Kormánya közötti postai és távközlési együttműködésről szóló Egyezmény időbeli hatályra és felmondásra vonatkozó 15. cikkével, megállapítom, hogy az Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Végrehajtási Jegyzőkönyv 2006. október 25-én, azaz kétezer-hat október huszoneötödikén veszti hatályát.

Horváthné dr. Feksz Márta s. k.,
külügyminisztériumi államtitkár

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

Kormányrendelet felhatalmazása alapján jelenteti meg a Miniszterelnöki Hivatal a Magyar Közlöny mellékleteként a **HIVATALOS ÉRTESÍTŐT**. A lap hetente, szerdánként, tematikus főrészekben hitelesen közli a legfőbb állami, önkormányzati, társadalmi, gazdasági szervek, illetve szervezetek személyi, szervezeti, igazgatási és képzési, valamint a hírközlési tevékenység (frekvenciagazdálkodás, távközlés, postaügy, informatika) közleményeit, továbbá az üzleti élet híreit. Térítési díj ellenében közzé tesszük a Kincstári Vagyoni Igazgatóság vagyonértékesítési pályázatait, az állami, társadalmi, gazdasági szervezetek, parlamenti pártok, kamarák, helyi önkormányzatok, egyházak, különböző képviseletek közleményeit. Fizetett hirdetésként – akár színes oldalakon is – helyet kaphatnak az Értesítőben a gazdálkodó szervezetek, egyetemek, alapítványok, de magánszemélyek közérdeklődésre számot tartó közlései is.

Őszintén reméljük, hogy a hírek, információk, közlemények egy lapban történő pontos és rendszerezett formában való közreadásával sikerül hatékonyabbá és eredményesebbé tenni előfizetőink tájékozódását a hivatali és üzleti életben. Az érdeklődők számára egyéb hasznos információkat is nyújt a lap.

Az Európai Unió Hivatalos Lapja 2004. május 1-jétől az Európai Unió hivatalos nyelveként magyarul is megjelenik. A hivatalos lap L és C sorozatból áll.

Az L (Legislation) sorozatban kerülnek kiadásra az Európai Unió hatályos jogszabályai, az ún. elsődleges jogforrások (alapító szerződések, csatlakozási szerződések, társulási szerződések), továbbá az alábbi jogforrások: *rendeletek, irányelvek, határozatok*.

Az EU Hivatalos Lapjában történő közzétételt követően az évfolyam és a kötet számára, valamint a megjelenés dátumára hivatkozással, cím szerint, 2004. május 1-jétől folyamatosan tájékoztatást adunk a hivatalos lap L kiadásaiban megjelenő jogi aktusokról a Magyar Közlöny mellékleteként megjelenő **Hivatalos Értesítőben**.

A lap előfizetésben megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó 1085 Budapest, Somogyi Béla u. 6. címén, levélcím: 1394 Budapest 62., Pf. 357; faxszám: 318-6668.

2006. évi éves előfizetési díja: 13 356 Ft áfával.

A **HIVATALOS ÉRTESÍTŐ** egyes számai megvásárolhatók a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárati Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

MEGRENDELŐ LAP

Megrendelem a **HIVATALOS ÉRTESÍTŐ** című lapot példányban, és kérem a következő címre kézbesíteni:

Megrendelő neve:

címe (város/község, irányítószám):

utca, házszám:

Ügyszervező (telefonszám):

2006. évi előfizetési díj fél évre 6678 Ft áfával ☐

egy évre 13 356 Ft áfával ☐

Számlát kérek a befizetéshez. ☐

Kérjük, a négyzetbe történő X bejelöléssel jelezze az előfizetés időtartamát!

Kelt.:

.....
cégszerű aláírás

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

A jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény rendelkezik – többek között – a Magyar Köztársaság Kormánya hivatalos lapjának, a **Határozatok Tárá**nak megjelentetéséről.

A Határozatok Tárát szerkeszti a Miniszterelnöki Hivatal a Szerkesztőbizottság közreműködésével, évente mintegy 60 alkalommal jelenik meg.

A Határozatok Tára a Kormánynak azokat a határozatait (kétezres) közli, amelyeknek közzétételét a Kormány elrendelte, továbbá tartalmazza a miniszterelnök határozatait, a Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter határozatait, valamint a minisztériumok, az országos hatáskörű szervek, az önkormányzatok közleményeit, hirdetményeit, különféle tájékoztatóit, továbbá azokat a közleményeket stb., amelyeket a Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter engedélyez.

A Határozatok Tára megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó címén (Budapest VIII., Somogyi Béla u. 6.; postacím: 1394 Budapest 62, Pf. 357) vagy a 318-6668 faxszámán.

Éves előfizetési díja 2006. évre: 22 632 Ft áfával.

Példányonként megvásárolható a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

MEGRENDELŐLAP

Megrendelem a

HATÁROZATOK TÁRA

című lapot példányban.

A megrendelő (cég) neve:

Címe (város, irányítószám):

Utca, házszám:

Az ügyintéző neve, telefonszáma:

A megrendelő (cég) bankszámlaszáma:

2006. évi előfizetési díj egy évre: 20 664 Ft áfával. ☐

fél évre: 10 332 Ft áfával. ☐

Csekket kérek a befizetéshez ☐

Kérjük, a négyzetbe történő X bejelöléssel jelezze az előfizetés időtartamát!

A megrendelt példányok ellenértékét a postaköltséggel együtt, a szállítást követő számla kézhezvétele után, 8 napon belül a Magyar Hivatalos Közlönykiadónak a számlán feltüntetett pénzforgalmi jelzőszámára átutaljuk.

Keltezés:

.....
cégszerű aláírás

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

A Miniszterelnöki Hivatal és a Belügyminisztérium közös szerkesztésében havonta megjelenő

ÖNKORMÁNYZATOK KÖZLÖNYE

az önkormányzatok számára működésük során hasznos és nélkülözhetetlen tájékoztatói forrás.

A kiadvány első három része az önkormányzatokat érintő, újonnan kihirdetett jogszabályokat (törvények, rendeletek – ideértve az önkormányzati rendeleteket is –, alkotmánybírósági és egyéb határozatok) közli. Negyedik főrésze közleményeket, pályázati felhívásokat és tájékoztatásokat (szakértői közleményei, az Állami Számvevőszék ajánlásai, az önkormányzatok által elnyerhető támogatások pályázati feltételei, az önkormányzatok éves pénzügyi beszámolóit, alapító okiratok stb.) tartalmaz.

Az **Önkormányzatok Közlönye** előfizetésben megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó (1085 Budapest, Somogyi Béla u. 6.) címén (postacím: 1394 Budapest 62. Pf. 357) vagy a 318-6668 fax-számán.

2006. évi éves előfizetés díja: 5040 Ft áfával; féléves előfizetés: 2520 Ft áfával.

Példányonként megvásárolható a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

MEGRENDELŐLAP

Megrendeljük az **Önkormányzatok Közlönye** című lapot példányban.

A megrendelő (cég) neve:

Címe (város, irányítószám):

Utca, házszám:

Az ügyintéző neve, telefonszáma:

A megrendelő (cég) bankszámlaszáma:

A megrendelt példányok ellenértékét a postaköltséggel együtt, a szállítást követő számla kézhezvétele után, 8 napon belül a Magyar Hivatalos Közlönykiadónak a számlán feltüntetett pénzforgalmi jelzőszámára átutaljuk.

Keltezés:

.....

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

Az

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÖZLÖNY

– az egészségbiztosítási ágazat központi igazgatási szerve, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár hivatalos lapja – az előfizetői érdekeket szem előtt tartva, kedvező áron kívánja az egészségügyi ágazatban érdekelttel rendelkezésére bocsátani a jogszabályok szövegét, valamint a munkához szükséges aktuális OEP-közlönyeket, -felhívásokat, -tájékoztatókat. Lapunk címzettjei elsősorban: az alapellátásban részt vevő háziorvosok; fekvőbeteg-ellátó és szakellátó intézmények; gyógyszer, gyógyászati segédeszköz gyártók, illetve forgalmazók; gyógyfürdők; oktatási intézmények; társadalombiztosítási kifizetőhelyek, foglalkoztatók; könyvelők; adótanácsadók stb.

Az Egészségbiztosítási Közlöny előfizetésben megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó (1085 Budapest, Somogyi Béla u. 6.) címén (postacím: 1394 Budapest 62. Pf. 357) vagy a 318-6668 fax-számán.

2006. évi éves előfizetési díj: 19 152 Ft áfával, féléves előfizetés: 9576 Ft áfával.

Példányonként megvásárolható a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

MEGRENDELŐLAP

Megrendeljük az **Egészségbiztosítási Közlöny** című lapot példányban.

A megrendelő (cég) neve:

Címe (város, irányítószám):

Utca, házszám:

Az ügyintéző neve, telefonszáma:

A megrendelő (cég) bankszámlaszáma:

A megrendelt példányok ellenértékét a postaköltséggel együtt, a szállítást követő számla kézhezvétele után, 8 napon belül a Magyar Hivatalos Közlönykiadónak a számlán feltüntetett pénzforgalmi jelzőszámára átutaljuk.

Keltezés:

.....
cégszerű aláírás

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

A Magyar Hivatalos Közlönykiadó gondozásában 2004. január 1-jétől jelenik meg a Közbeszerzések Tanácsának hivatalos lapja, a

KÖZBESZERZÉSI ÉRTESÍTŐ

A Közbeszerzési Értesítő megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest VIII., Somogyi Béla u. 6. címén (postacím: 1394 Budapest 62, Pf. 357.) vagy a 318-6668 faxszámán.

Éves előfizetési díja 2006. évre: 95 760 Ft, fél évre: 50 400 Ft, negyedévre: 26 460 Ft. Példányonként megvásárolható a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

MEGRENDELŐLAP

Megrendelem a

KÖZBESZERZÉSI ÉRTESÍTŐ

című lapot példányban, és kérem a következő címre kézbesíteni:

A megrendelő (cég) neve:

Címe (város/község, irányítószám):

Utca, házszám:

Az ügyintéző neve, telefonszáma:

Előfizetési díj egy évre 90 760 Ft ☐

 fél évre 50 400 Ft ☐

 negyedévre 26 460 Ft ☐

Csekket kérek a befizetéshez ☐

Kérjük, a négyzetbe történő X bejelöléssel jelezze az előfizetés időtartamát!

Keltezés:

.....
cégszerű aláírás

ELŐFIZETÉSI FELHÍVÁS

Ismét megrendelhető, 2006. évre előfizethető az immár fél évszázados hagyományokra visszatekintő **Pénzügyi Szemle**, amely megújuló, bővülő tartalommal, állandó rovatrenddel, korszerű tipográfiával, igényes borítóval – s ami szintén újdonság – egy kötetben a magyarral, teljes terjedelemben angol nyelven is a tisztelt Olvasók rendelkezésére áll.

Több állami, pénzügyi szervezet összefogásával, neves szakemberekből álló szerkesztőbizottság iránymutatásával, új laptulajdonos gondozásában, szerkesztésében, s változatlanul a Magyar Hivatalos Közlönykiadó kiadásában negyedévente jelenik meg a **Pénzügyi Szemle**, amely közpénzügyi szakfolyóiratként aktuális és hiteles képet ad a pénzügyi rendszer, ezen belül hangsúlyosan a közszféra (public sector), valamint – a főbb pénzügyi összefüggések tükrében – a magyar nemzetgazdaság lényeges vonásairól, a felzárkózási, jövőépítési törekvésekről, s a kapcsolódó szakmai vitákról. A folyóirat a gyakorlati problémák oldaláról közelítve a tudományos eredmények iránt is nyitott. Ily módon a megújuló **Pénzügyi Szemlét** haszonnal forgathatják a különböző területeken dolgozó gazdasági és pénzügyi szakemberek, közgazdászok, jogászok, vezetők, menedzserek mellett a politikai élet szereplői, az egyetemi és főiskolai oktatók, hallgatók és a tudományos kutatók is.

A **Pénzügyi Szemle** megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadó címen:

1085 Budapest, Somogyi Béla u. 6., postacímén: 1394 Budapest 62, Pf. 357.

Éves előfizetési díj 2006. évre 19 908 Ft áfával, vagy 80 euró.

Egy szám ára: 5000 Ft áfával, vagy 20 euró.

M E G R E N D E L Ő L A P

Megrendeljük 2006. évre a **Pénzügyi Szemle** című közpénzügyi szakfolyóiratot.

A megrendelő (cég) neve:
címe (helység, irányítószám, utca, házszám):
bankszámlaszáma:
ügyintézője és telefonszáma:

Keltezés:

.....
cégszerű aláírás

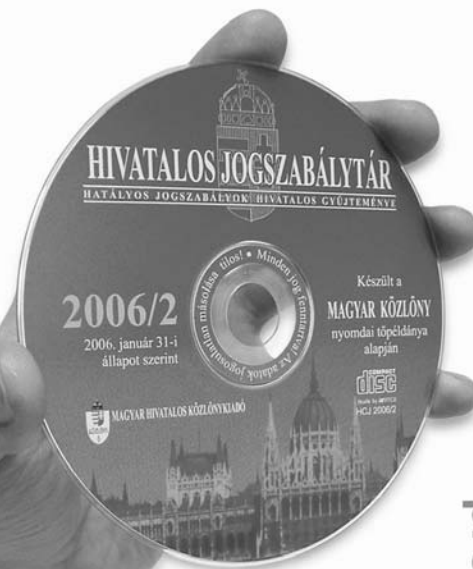
Ez így kerek!

Jogszabályok
hiteles forrásból
A Magyar Közlöny
hivatalos kiadója jogszabályi
felhatalmazás alapján,
a Miniszterelnöki Hivatal
felügyeletével készíti.

Vadonatúj kommentárok
A jogszabály-szolgáltatást
a megszokott adatbázison
és a folyamatosan bővített
iratmintákon kívül
már a legfontosabb
törvények új magyarázatai
is kiegészítik.

Megújult program
Átláthatóbb kezelő-
felületek, újabb funkciók,
gyorsabb és egyszerűbb
keresési módok segítik
a felhasználót.

Kedvezőbb árak
Tartalom és ár arányát tekintve,
az átlagos felhasználói
igényeket alapul véve
a hazai elektronikus
jogszabálygyűjtemények
között ma a legkedvezőbb
választás.



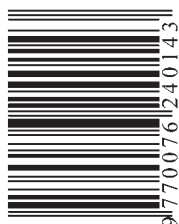
próbálja ki ►

Ha közelebbről szeretné
megismerni a megújult
Hivatalos Jogszabálytár CD
kezelését, tartalmát, látogasson el
a Magyar Hivatalos Közlönykiadó
jogi szolgáltató központjába,
a Közlöny Centrumba, ahol
az ingyenes használat mellett
szakértő segítséget kaphat.



MAGYAR HIVATALOS KÖZLÖNYKIADÓ
KÖZLÖNY CENTRUM

1072 Budapest, Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán)
telefon: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu



Szerkeszti a Miniszterelnöki Hivatal, a Szerkesztőbizottság közreműködésével. A Szerkesztőbizottság elnöke: Gilyán György.
A szerkesztésért felelős: Kovácsné dr. Szilágyi-Farkas Zsuzsanna. Budapest V., Kossuth tér 1-3.
Kiadja a Magyar Hivatalos Közlönykiadó. Felelős kiadó: dr. Kodala László elnök-vezérigazgató.
Budapest VIII., Somogyi Béla u. 6. Telefon: 266-9290.

Előfizetésben megrendelhető a Magyar Hivatalos Közlönykiadónál

Budapest VIII., Somogyi Béla u. 6., 1394 Budapest 62. Pf. 357, vagy faxon 318-6668.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Hivatalos Közlönykiadó a FÁMA Rt. közreműködésével. Telefon/fax: 266-6567.

Információ: tel.: 317-9999, 266-9290/245, 357 mellék.

Példányonként megvásárolható a Budapest VII., Rákóczi út 30. (bejárat a Dohány u. és Nyár u. sarkán) szám alatti Közlöny Centrumban (tel.: 321-5971, fax: 321-5275, e-mail: kozlonycentrum@mhk.hu), illetve megrendelhető a kiadó ügyfélszolgálatán (fax: 318-6668, 338-4746, e-mail: kozlonybolt@mhk.hu) vagy a www.mhk.hu/kozlonybolt internetcímen.

2006. évi éves előfizetési díj: 90 216 Ft. Egy példány ára: 189 Ft 16 oldal terjedelemtől, utána +8 oldalanként +168 Ft.

A kiadó az előfizetési díj évközlési emelésének jogát fenntartja.

HU ISSN 0076—2407

06.2628 – Nyomja a Magyar Hivatalos Közlönykiadó Lajosmizsei Nyomdája. Felelős vezető: Burján Norbert vezérigazgató-helyettes.