**Komunikat dot. aktualnej sytuacji epidemiologicznej COVID-19 nr 10 Warszawa, 5 maja 2020 r. (Opracowano na podstawie danych WHO, ECDC, CDC)**

**wydany przez:** Główny Inspektorat Sanitarny

**Data publikacji komunikatu:** 05.05.2020 r.

**Zachorowania na COVID-19 (zapalenie płuc spowodowane nowym koronawirusem SARS-CoV-2)**

**Objawy COVID-19**

Objawy COVID-19 obejmowały gorączkę, kaszel, duszności, ból mięśni, zmęczenie. Badania RTG klatki piersiowej wykazały typowe cechy wirusowego zapalenia płuc z rozlanymi obustronnymi naciekami.

W dniu 31 grudnia 2019 r. w Wuhan, w prowincji Hubei, w Chinach zgłoszono grupę przypadków zapalenia płuc o nieznanej etiologii. W dniu 9 stycznia 2020 r. Chińskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ogłosiło, że czynnikiem, który wywołał epidemię choroby (COVID-19) jest nowy koronawirus (SARS-CoV-2).

W okresie od 31 grudnia 2019 r. do 5 maja 2020 r. odnotowano łącznie 3 544 222 potwierdzone przypadki COVID-19, w tym 250 977 zgonów (7,1%) (Tab.1).  
Najwięcej przypadków COVID-19 zgłoszono w następujących krajach: Stany Zjednoczone (1 180 634), Hiszpania (218 011), Włochy (211 938), Wielka Brytania (190 584), Niemcy (163 860) i Rosja (145 268).  
Najwięcej zgonów zgłoszono w następujących krajach: Stany Zjednoczone (68 934), Włochy (29 079), Wielka Brytania (28 734), Hiszpania (25 428), Francja (25 201) i Belgia (7 924).

Spośród potwierdzonych przypadków COVID-19 w Chinach, 3,8% (1716/44672) stanowili pracownicy opieki zdrowotnej. Spośród nich 14,8% miało ciężką postać choroby lub było w stanie krytycznym, a 5% osób z ciężką postacią choroby zmarło. Najnowsze dane z Włoch pokazują, że 9% przypadków COVID-19 to pracownicy opieki zdrowotnej, a w regionie Lombardii do 20%. W Hiszpanii pracownicy opieki zdrowotnej stanowią aż 26% przypadków COVID-19. W holenderskim badaniu pracownicy opieki zdrowotnej zostali przebadani dobrowolnie na COVID-19, a 6% z nich uzyskało wynik pozytywny.

Tab. 2 Geograficzne rozmieszczenie przypadków COVID-19 w UE/EOG i Wielkiej Brytanii, według stanu na dzień 5 maja 2020 r. (ECDC)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EU/EEA and the UK** | **Sum of Cases** | **Sum of Deaths** | **Reported cases per 100 000 population** | **Reported deaths per 100 000 population** |
| **Spain** | 218011 | 25428 | 466.6 | 54.4 |
| **Italy** | 211938 | 29079 | 350.7 | 48.1 |
| **United\_Kingdom** | 190584 | 28734 | 286.6 | 43.2 |
| **Germany** | 163860 | 6831 | 197.6 | 8.2 |
| **France** | 131863 | 25201 | 196.8 | 37.6 |
| **Belgium** | 50267 | 7924 | 440.1 | 69.4 |
| **Netherlands** | 40770 | 5082 | 236.6 | 29.5 |
| **Portugal** | 25524 | 1063 | 248.2 | 10.3 |
| **Sweden** | 22721 | 2769 | 223.1 | 27.2 |
| **Ireland** | 21722 | 1319 | 447.6 | 27.2 |
| **Austria** | 15621 | 600 | 176.6 | 6.8 |
| **Poland** | 14006 | 698 | 36.9 | 1.8 |
| **Romania** | 13512 | 803 | 69.4 | 4.1 |
| **Denmark** | 9670 | 493 | 166.8 | 8.5 |
| **Norway** | 7847 | 208 | 147.7 | 3.9 |
| **Czechia** | 7819 | 252 | 73.6 | 2.4 |
| **Finland** | 5327 | 240 | 96.5 | 4.3 |
| **Luxembourg** | 3828 | 96 | 629.9 | 15.8 |
| **Hungary** | 3065 | 363 | 31.4 | 3.7 |
| **Greece** | 2632 | 146 | 24.5 | 1.4 |
| **Croatia** | 2101 | 80 | 51.4 | 2.0 |
| **Iceland** | 1799 | 10 | 508.8 | 2.8 |
| **Estonia** | 1703 | 55 | 128.9 | 4.2 |
| **Bulgaria** | 1652 | 78 | 23.5 | 1.1 |
| **Slovenia** | 1439 | 97 | 69.6 | 4.7 |
| **Lithuania** | 1419 | 46 | 50.9 | 1.6 |
| **Slovakia** | 1413 | 25 | 25.9 | 0.5 |
| **Latvia** | 896 | 16 | 46.5 | 0.8 |
| **Cyprus** | 874 | 20 | 73.5 | 1.7 |
| **Malta** | 480 | 4 | 99.3 | 0.8 |
| **Liechtenstein** | 83 | 1 | 218.9 | 2.6 |
| **Total** | **1174446** | **137761** |  |  |

**Objawy COVID-19**

Objawy COVID-19 obejmowały gorączkę, kaszel, duszności, ból mięśni, zmęczenie. Badania RTG klatki piersiowej wykazały typowe cechy wirusowego zapalenia płuc z rozlanymi obustronnymi naciekami.

Zgodnie z danymi WHO z dnia 1 marca 2020 r., większość pacjentów z COVID-19 to osoby dorosłe. Spośród 44672 pacjentów z Chin z potwierdzoną infekcją, 2,1% było w wieku poniżej 20 lat. Najczęściej zgłaszanymi objawami były gorączka, suchy kaszel i duszność, a większość pacjentów (80%) doświadczyła łagodnej postaci choroby. U około 14% zakażenie przebiegało w postaci ciężkiej choroby, a 5% chorych było w stanie krytycznym. Wczesne doniesienia sugerowały, iż nasilenie się choroby powiązane jest z wiekiem (> 60 lat) i chorobą współistniejącą.

Do 21 kwietnia 2020 r. do Europejskiego Systemu Nadzoru (TESSy) zgłoszono 389 850 przypadków COVID-19 potwierdzonych laboratoryjnie. Informacje na temat objawów były dostępne dla 100 233 przypadków z 12 krajów; większość przypadków pochodziła z Niemiec (94%), Portugalii (3%) i Czech (2%). Wśród tych przypadków najczęściej zgłaszanym objawem klinicznym była gorączka/dreszcze (48,7%), suchy lub mokry kaszel (24%), ból gardła (11,8%), ogólne osłabienie (8,4%), ból (6,9%), katar (3,6%) i biegunka (1,7%).

Dzieci stanowiły bardzo mały odsetek z 266 393 przypadków zgłoszonych do TESSy do dnia 6 kwietnia 2020 r. (o znanym wieku (<10 lat (1,1%), 10–19 lat (2,5%)). Wśród dzieci dominują łagodne objawy oddechowe lub żołądkowo-jelitowe.

**Ciężka postać choroby i hospitalizacja**

W Chinach i Stanach Zjednoczonych hospitalizacja wystąpiła w 10,6% i 20,7–31,4% zgłoszonych przypadków COVID-19. Doniesiono, że mediana długości pobytu na oddziałach intensywnej terapii wynosi około siedmiu dni dla osób, które przeżyły, i ośmiu dni dla osób, które zmarły.

**Grupy podwyższonego ryzyku wystąpienia ciężkiej postaci choroby i śmierci**

Bezwzględna liczba zgonów była wyższa wśród osób w wieku powyżej 65 lat. Osoby w wieku 65–79 lat stanowiły 44% wszystkich zgonów, a osoby w wieku 80 lat i powyżej – 46%.

Dane z Włoch, Hiszpanii, Szwecji, Szwajcarii i Holandii potwierdzają wcześniejsze doniesienia dot.  grup podwyższonym ryzyku wystąpienia ciężkiej postaci choroby i śmierci. Do tych grup należą osoby starsze powyżej 70. roku życia oraz osoby z chorobami współistniejącymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca , choroby sercowo-naczyniowe, przewlekłe choroby układu oddechowego, stan upośledzenia odporności, choroba nowotworowa oraz otyłość (73,4% osób w stanie krytycznym z BMI 30–40+).

**Przenoszenie**  
Wirus przenosi się drogą kropelkową.

RNA wirusa wykrywano w kale , krwi pełnej , surowicy , ślinie, próbkach z noso-gardzieli i moczu. Należy zauważyć, że wykrycie RNA wirusa za pomocą PCR nie jest równoznaczne z zakaźnością, chyba że zakaźne cząsteczki wirusa zostaną potwierdzone przez izolację wirusa i hodowlę z poszczególnych próbek.

**Okres inkubacji**

Okres inkubacji trwa najczęściej 5–6 dni (1–14 dni). W jednym z badań wykazano, że u 97,5% osób z zakażeniem SARS-CoV-2 objawy kompatybilne z COVID-19 pojawiają się w ciągu 11,5 dnia.

**Zapobieganie i kontrola zakażeń w społeczeństwie**

Istnieją dowody, bazujące na innych zakażeniach układu oddechowego, że środki podejmowane przez dane osoby, takie jak rygorystyczna higiena rąk, odpowiednie zasady ochrony podczas kaszlu i kichania oraz stosowanie masek na twarz, podczas choroby, przyczyniają się do zmniejszenia ryzyka przeniesienia/zakażenia SARS-CoV-2.

* Rygorystyczne mycie rąk, unikanie dotykania twarzy, oczu i ust oraz odpowiednie zasady ochrony podczas kaszlu i kichania są nadal zalecane jako jedne z głównych środków zapobiegania i kontroli zakażeń w społeczeństwie.
* Stosowanie medycznych masek na twarz powinno być traktowane priorytetowo dla pracowników opieki zdrowotnej. Ponadto, gdy maska jest noszona przez osobę z objawami oddechowymi, ​​zmniejsza ryzyko zarażenia innych przed zasięgnięciem porady lekarskiej, podczas oceny lekarskiej i do momentu umieszczenia w izolacji.
* Stosowanie masek na twarz w miejscach publicznych może służyć jako środek kontroli źródła zakażenia, w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się infekcji w społeczeństwie poprzez minimalizację wydalania kropelek oddechowych przez osoby zakażone, u których nie wystąpiły jeszcze objawy lub u których nie występują objawy.
* Używanie masek na twarz przez społeczeństwo powinno być traktowane jedynie jako środek uzupełniający, a nie jako zamiennik zalecanych już środków zapobiegawczych, w tym zachowanie bezpiecznej odległości, odpowiednie zasady ochrony podczas kaszlu i kichania, skrupulatna higiena rąk i unikanie dotykania twarzy, nosa, oczu i ust.
* Można rozważyć użycie niemedycznych masek na twarz, zwłaszcza jeśli – ze względu na problemy z zaopatrzeniem – medyczne maski na twarz muszą być traktowane priorytetowo w celu użycia ich jako środki ochrony indywidualnej dla pracowników opieki zdrowotnej.
* Odpowiednie stosowanie masek na twarz jest kluczem do skutecznych działań zapobiegawczych i można je poprawić poprzez kampanie edukacyjne.

Koronawirus SARS-CoV-2 jest wirusem osłonkowym, podatnym na działanie wszystkich rozpuszczalników lipidów (tłuszczów). Należy pamiętać o częstym myciu rąk wodą z mydłem lub dezynfekować je środkiem na bazie alkoholu.

Instrukcja jak poprawnie i skutecznie myć ręce znajduje się poniżej.

***Źródło:*** *https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-dot-aktualnej-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19-nr-10-warszawa-5-maja-2020-r-opracowano-na-podstawie-danych-who-ecdc-cdc/*