

*Novosti o odpornosti proti antibiotikom v letu 2011 po podatkih mreže
EARS-Net Slovenija*

eNBOZ - *Elektronske novice s področja nalezljivih bolezni in okoljskega zdravja*
E-newsletter on Communicable Diseases and Environmental Health

Glavna urednica/Editor-in-Chief:

Alenka Kraigher

Uredniški odbor/Editorial Board:

Maja Sočan

Tatjana Frelj

Nina Pirnat

Lucija Perharič

Aleš Petrovič

Mitja Vrdelja

Uredniški svet/Editorial Council:

Alenka Trop Skaza

Marko Vudrag

Boris Kopilović

Irena Grmek Košnik

Tomaž Čakš

Karl Turk

Teodora Petraš

Dušan Harlander

Marjana Simetinger

Oblikovanje in spletno urejanje/Secretary of the Editorial Office:

Andreja Petrevčič

Irena Jeraj

Mitja Vrdelja

Nuša Kerč

Izdajatelj/Publisher:

Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ)

Center za nalezljive bolezni in okoljska tveganja

Trubarjeva 2

1000 Ljubljana

T: +386 1 2441 410

F: +386 1 2441 471

E-pošta/E-mail:

enboz@ivz-rs.si

Domača stran na internetu/Internet Home Page:

<http://www.ivz.si/enboz>

ISSN 2232-3139

VSEBINA/CONTENTS

NOVOSTI O ODPORNOSTI PROTI ANTIBIOTIKOM V LETU 2011 PO PODATKIH MREŽE EARS-Net SLOVENIJA	4
NEWS OF RESISTANCE TO ANTIBIOTIC IN 2011 FROM EARS-Net SLOVENIA DATA NETWORK	4
<i>Jana Kolman, Manica Müller-Premru, Aleš Korošec, EARS-Net Slovenija</i>	4
PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI	11
MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES	11
<i>Andreja Petrevčič, Maja Sočan, Eva Grilc</i>	11
PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI	15
OUTBREAKS	15
<i>Sandra Kosmač, Tatjana Frelih</i>	15
IZBRUH VROČICE DENGA NA MADEIRI	18
OUTBREAK OF DENGUE FEVER IN MADEIRA	18
<i>Maja Sočan</i>	18
3. ZASEDANJE MINISTRskega SVETA ZA OKOLJE IN ZDRAVJE	20
3rd MEETING OF THE EUROPEAN ENVIRONMENT AND HEALTH MINISTERIAL BOARD	20
<i>Pia Vračko</i>	20
5. KONGRES PREVENTIVNE MEDICINE, PORTOROŽ 15.11.-17.11.2012	22
5TH SLOVENIAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE	22
<i>Alenka Kraigher</i>	22

Fotografija na naslovnici in slikovno gradivo v
eNBOZ: iStockphoto



TEME MESECA

NOVOSTI O ODPORNOSTI PROTI ANTIBIOTIKOM V LETU 2011 PO PODATKIH MREŽE EARS-Net SLOVENIJA

NEWS OF RESISTANCE TO ANTIBIOTIC IN 2011 FROM EARS-Net SLOVENIA DATA NETWORK

Jana Kolman¹, Manica Müller-Premru², Aleš Korošec¹, EARS-Net Slovenija³

1. Inštitut za varovanje zdravja RS
2. Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani
3. EARS-Net Slovenija (po abecedi priimka): Jerneja Fišer, Tatjana Harlander, Martina Kavčič, Slavica Lorenčič-Robnik, Metka Paragi, Irena Piltaver-Vajdec, Mateja Pirš, Helena Ribič, Ljudmila Sarjanovič, Iztok Štrumbelj, Viktorija Tomič, Tjaša Žohar-Čretnik.

Uvod

V mreži EARS-Net Slovenija se za izbrane invazivne okužbe zbirajo podatki o odpornosti bakterijskih vrst iz krvi in/ali likvorja. Podatke posreduje 11 medicinskih mikrobioloških laboratorijev (od teh eden le ob nadomeščanju bolnišničnega laboratorija), ki opravljajo diagnostične preiskave za 16 slovenskih bolnišnic, vključenih v mrežo (1, 2). Slovenska mreža posreduje podatke v EARS-Net mrežo pri Evropskem centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), ki od leta 2009 kot nadaljevanje predhodne mreže *European Antimicrobial Resistance Surveillance System* (EARSS) zbira in objavlja letne podatke iz vseh mrež držav članic Evropske unije (EU) (3, 4). Učinkoviti sistemi spremljanja odpornosti mikrobov proti protimikrobnim zdravilom so poleg spremljanja porabe teh zdravil ter ozaveščanja strokovne in ostale javnosti ključnega pomena pri ohranjanju učinkovitih zdravil za zdravljenje ljudi in živali.

Rezultati EARS-Net Slovenija 2011 s trendi zadnjih štirih let

Za leto 2011 so bili iz Slovenije v ECDC posredovani podatki o občutljivosti/odpornosti 2.277 prvih invazivnih izolatov za 2.272 primerov pacientov, kar je bilo 118 izolatov več kot v letu 2010 (5). Od tega je bilo večina osamljenih iz hemokultur, 19 izolatov pa iz likvorja. V sporočanje in analize so zajeti le prvi izolati posameznih bakterijskih vrst na pacienta na leto. Če so nekatere bakterije osamljene iz sočasno odvzetega likvorja in hemokulture, se sporoča oboje in je skupno število posredovanih primerov izolatov večje kot število pacientov. V letu 2011 so bili pri petih pacientih s pnevmokokno okužbo posredovani podatki za prva izolata iz likvorja in krvi. Pacientov z invazivnimi okužbami s posameznimi bakterijskimi vrstami skupaj je bilo tako 2.272. V eni od šestnajstih bolnišnic leta 2011 ni bilo nobenega primera. Tabela 1 prikazuje podatke o številu prvih izolatov v spremljanje vključenih bakterijskih vrst iz likvorja in/ali krvi in o številu primerov okužb.

TABELA 1

Število prvih invazivnih izolatov po vrsti kužnine, EARS-Net Slovenija, 2011

Bakterijska vrsta	Število iz likvorja	Število iz krvi	Število prvih izolatov skupaj
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	464	464
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	9	244	253*
<i>Enterococcus faecalis</i>	-	125	125
<i>Enterococcus faecium</i>	-	83	83
<i>Escherichia coli</i>	2	1.000	1.002
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	227	232
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	115	118
Skupaj	19	2.258	2.277*

Opomba: - - se ne sporoča; *248/2.272 primerov glede na paciente.

Vir: spletna stran IVZ (8).

Največ primerov invazivnih okužb z bakterijo *S. pneumoniae* je bilo v prvem in zadnjem četrletju, ko jih je bilo po podatkih mreže EARS-Net Slovenija 66 %, v drugih dveh četrletjih pa le 34 %. Okužbe z ostalimi bakterijami so bile nekoliko pogostejše v tretjem in zadnjem četrletju, razen okužb z bakterijama *S. aureus* in *E. coli*, kjer je bilo pojavljanje po četrletjih precej enakomerno (Tabela 2).

TABELA 2

Odstotni delež invazivnih okužb s posameznimi bakterijskimi vrstami po četrletjih, EARS-Net Slovenija, 2011

Bakterijska vrsta	Odstotni delež izolatov/primerov				Skupni odstotek
	1. četrletje	2. četrletje	3. četrletje	4. četrletje	
<i>Staphylococcus aureus</i>	24	26	25	25	100
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	37	23	12	29	100
<i>Enterococcus faecalis</i>	25	18	27	30	100
<i>Enterococcus faecium</i>	22	23	28	28	100
<i>Escherichia coli</i>	24	25	27	25	100
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	25	20	29	26	100
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	19	22	26	33	100

85 % vseh primerov okužb je bilo z naslednjih vrst bolnišničnih oddelkov - z internističnih 41 %, infekcijskih 22 %, z enot intenzivnega zdravljenja odraslih 14 % in s kirurških 9 %. S hemato-onkoloških oddelkov je bilo 5 % primerov vseh okužb. Ostali oddelki so bili redkeje zastopani - z enot intenzivnega zdravljenja otrok in predvsem novorojenčkov je bilo malo nad 1 % okužb. Pacienti z invazivnimi okužbami z bakterijo *E. faecium* ali *P. aeruginosa* so bili najpogosteje zdravljeni v enotah intenzivnega zdravljenja odraslih. Večina ostalih je bilo zdravljenih na internističnih in nekaj manj na infekcijskih oddelkih. Tabela 3 prikazuje odstotni delež invazivnih okužb s posameznimi bakterijami po oddelkih.

TABELA 3

Odstotni delež invazivnih okužb s posameznimi bakterijskimi vrstami po oddelkih, EARS-Net Slovenija, 2011

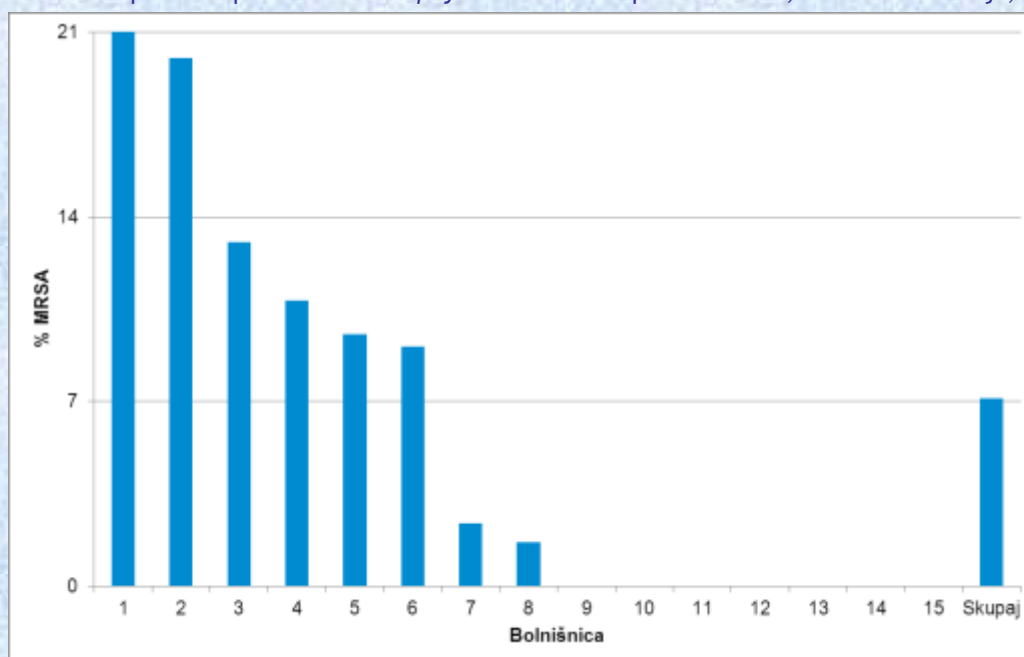
Bakterijska vrsta	Oddelek					Skupni odstotek
	Internistični	Infekcijski	EIT	Kirurški	Ostali	
<i>Staphylococcus aureus</i>	42	20	15	11	13	100
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	35	34	11	1	18	100
<i>Enterococcus faecalis</i>	30	18	17	15	19	100
<i>Enterococcus faecium</i>	29	4	34	12	22	100
<i>Escherichia coli</i>	48	24	9	7	12	100
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	34	15	19	12	19	100
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	25	13	28	14	21	100

EIT - enota intenzivnega zdravljenja odraslih

V primerjavi z letom 2010 je bilo v letu 2011 za 41 % več okužb z bakterijo *E. faecium*, za 24 % več s *P. aeruginosa*, za 18 % več s *K. pneumoniae*, za 8 % več s *S. pneumoniae* in za 5 % več okužb z *E. coli*. Okužb z bakterijo *S. aureus* je bilo 3 % manj, z *E. faecalis* pa 9 % manj kot v letu 2010 (5). V pojavljanju po spolu in starostnih skupinah ni bilo večjih odstopanj od že objavljenih podatkov za pretekla leta, ko so bile okužbe pri moških pogostejše, razen okužb z bakterijo *E. coli*, ki so bile pogostejše pri ženskah (6, 7).

Okužbe z bakterijo *Staphylococcus aureus* so bile tudi v letu 2011 najpogostejše med okužbami s po Gramu pozitivnimi bakterijami v mreži. Med prvimi 464 primeri okužb s to bakterijo jih je bilo 33 (7 %) povzročenih s proti meticilinu odpornimi izolati (MRSA), za razliko od leta 2010, ko je bilo takih kar 57 (12 %). V petih od 12 bolnišnic, v katerih je bilo deset ali več pacientov z izolatoma *S. aureus* ni bilo nobenega MRSA, v sedmih bolnišnicah pa so bili deleži prvih MRSA izolatov (pacientov) od 2 % do 21 %. V treh bolnišnicah je bilo izolatov *S. aureus* manj, v eni štiri in v dveh po pet izolatov, od katerih je bil en (20 %) MRSA (Slika 1).

SLIKA 1

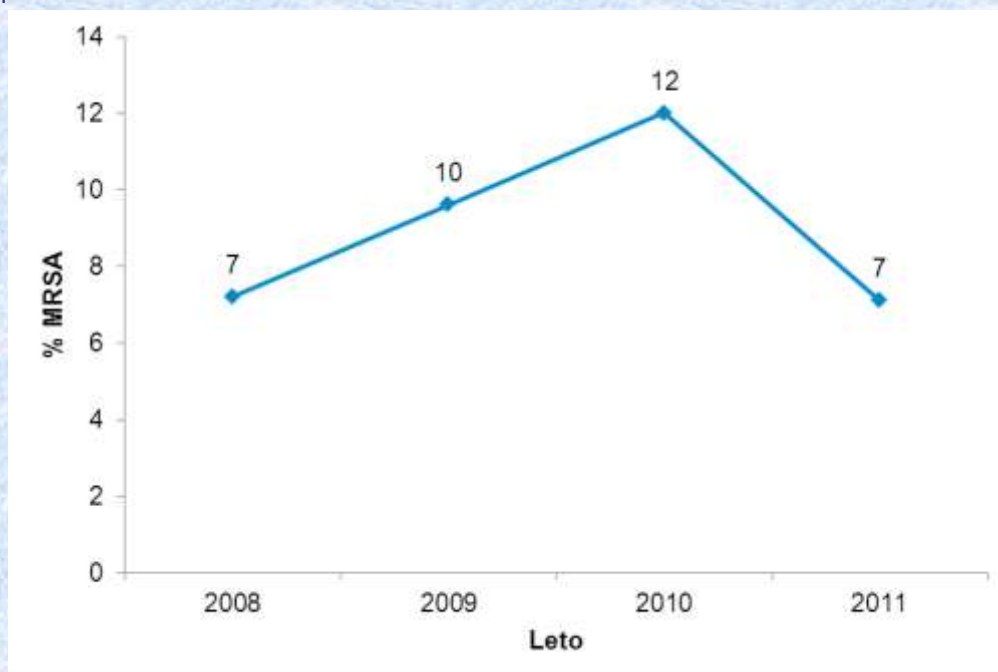
Odstotek MRSA med primeri s prvimi izolati *Staphylococcus aureus* po bolnišnicah, EARS-Net Slovenija, 2011

Vir: spletna stran IVZ (8).

Po večanju deleža MRSA v letih 2009 in 2010 je bilo v letu 2011 doseženo pomembno znižanje na 7 %. Slovenija tako ostaja med državami v EU z najnižjimi deleži invazivnih okužb z MRSA (5, 6, 7, 8, 9). Gibanje MRSA od leta 2008 do leta 2011 prikazuje Slika 2.

SLIKA 2

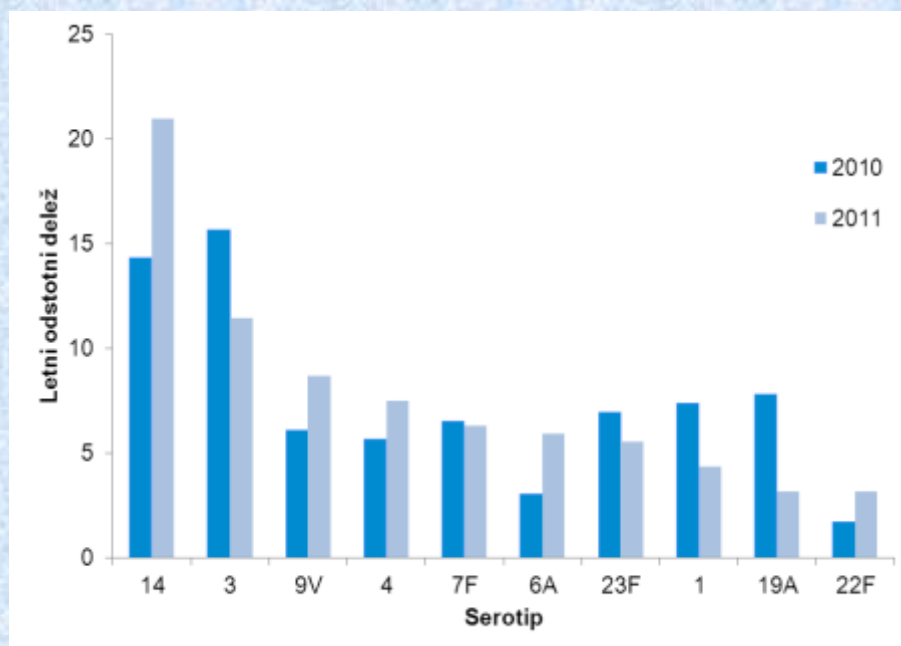
Odstotek MRSA primerov med pacienti s prvimi izolati *Staphylococcus aureus* iz hemokulture, EARS-Net Slovenija, 2008–2011



V letu 2011 je bilo 248 pacientov s prvim izolatom *Streptococcus pneumoniae* iz krvi in/ali likvorja, kar je 18 več kot v letu 2010. Najpogosteje zastopana serotipa v obeh letih sta bila 14 in 3 - v letu 2011 je bil na prvem mestu serotip 14, v letu 2010 pa serotip 3. Po pogostosti so v letu 2011 sledili serotipi 9V, 4 in 7F, v letu 2010 pa serotipi 19A, 1 in 23F. Pojavljanje desetih najpogostejših serotipov *S. pneumoniae* v letih 2010 in 2011 prikazuje Slika 3.

SLIKA 3

Pojavljanje desetih najpogostejših serotipov *Streptococcus pneumoniae* iz hemokulture ali likvorja, EARS-Net Slovenija, 2010 in 2011



Z določitvijo občutljivosti po kriterijih za oralno zdravljenje je bilo 29 pacientov s proti penicilinu intermediarnimi in dva z (visoko) odpornimi izolati. Skupni delež proti penicilinu neobčutljivih (PNSP), kar pomeni odpornih tudi po meningealnih kriterijih, je bilo 12,5 % (31 od 248). V letu 2010 je bil ta delež skoraj 15 % (34 od 230). Pojavljanje odpornosti le proti penicilinu ali le eritromicinu ali proti obema antibiotikoma skupaj prikazuje Tabela 4.

TABELA 4

Pojavljanje odpornosti bakterije *Streptococcus pneumoniae* proti penicilinu in/ali eritromicinu, EARS-Net Slovenija, 2011

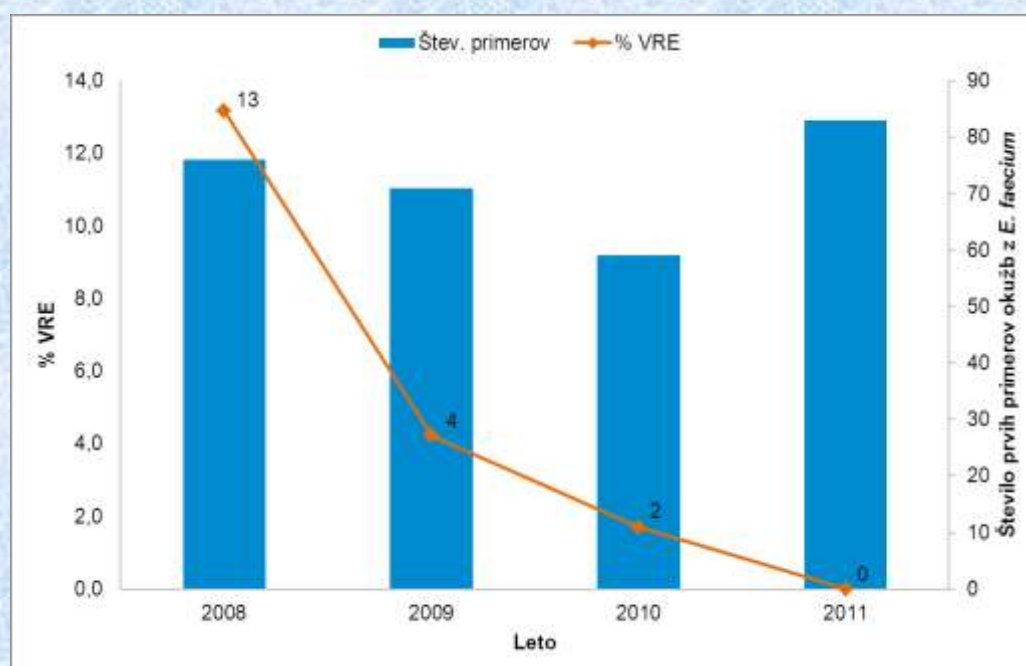
Profil odpornosti proti antibiotikom	Izolati		Pacienti	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Penicilin in eritromicin S	175*	69	172*	69
Eritromicin I ali R	47	19	45	18
Penicilin I ali R (PNSP)	16	6	16	6
Penicilin in eritromicin I ali R	15	6	15	6
Skupaj	253	100	248	100

S - občutljiv, I - zmerno občutljiv (intermediaren), R - odporen, PNSP - proti penicilinu nizko ali visoko odporen *Streptococcus pneumoniae* po oralnih kriterijih ali odporen po meningealnih. * Pri enem za penicilin občutljivem izolatu ni bilo podatka za eritromicin.

Enterokoki predstavljajo številčno manjše breme okužb med tistimi, ki jih spremljamo v mreži. V letu 2011 je bilo 125 primerov okužb z bakterijo *Enterococcus faecalis* in 83 z *E. faecium*. Trend upadanja proti vankomicinu odporne bakterije *E. faecium* (VRE) s 13 % v letu 2008 se je nadaljeval vsa leta in v letu 2011 ni bilo več nobenega primera VRE med invazivnimi okužbami s to bakterijo (Slika 4). Potrjene so bile domneve o uspešni zajezitvi epidemije, ki se je po podatkih mreže začela v letu 2006 v eni od bolnišnic(5, 7, 8).

SLIKA 4

Pojavljanje proti vankomicinu odpornih (VRE) izolatov med primeri okužb z bakterijo *Enterococcus faecium* iz hemokulture, EARS-Net Slovenija, 2008–2011

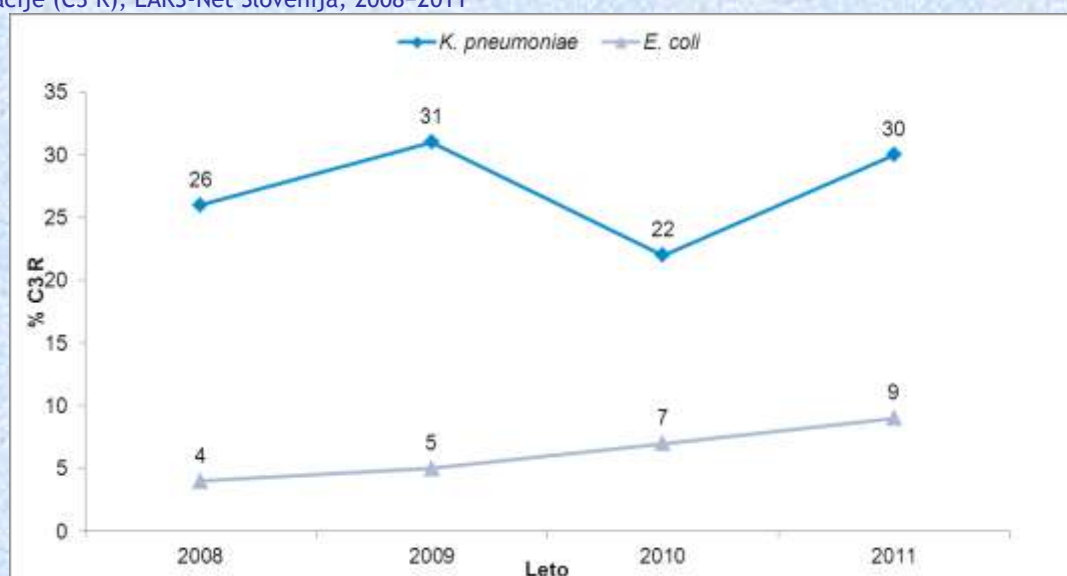


Escherichia coli je bila kot vsa leta doslej tudi v letu 2011 s 1.002 izolatoma najpogosteje izolirana bakterija v skupini po Gramu negativnih bakterij. Prisotnost laktamaz beta razširjenega spektra (ESBL pozitivni sevi) je bila določena v 8,5 % (85 primerov). Pri treh izolatih, ki so bili odporni proti cefalosporinom tretje generacije (C3 R) in desetih intermediarnih za cefotaksim in/ali ceftazidim, ESBL ni bila določena. Trend proti cefalosporinom tretje generacije odpornih izolatov, ki jih je večina ESBL pozitivnih, je za zadnja štiri leta prikazan na Sliki 5 (6, 8). Pri nobenem izolatu ni bila sporočena odpornost proti karbapenemom.

Klebsiella pneumoniae je bila izolirana pri 232 pacientih s prvo okužbo s to bakterijo v letu 2011. Pri 70 primerih (30 %) je bila določena prisotnost ESBL. Enako število je bilo odpornih proti cefalosporinom tretje generacije, pet izolatov pa intermediarno občutljivih za te antibiotike. Trend C3 R (ESBL pozitivni sevi) v zadnjih štirih letih je prikazan na Sliki 5 (6, 8).

SLIKA 5

Odstotni delež prvih invazivnih izolatov *Klebsiella pneumoniae* in *Escherichia coli* odpornih proti cefalosporinom generacije (C3 R), EARS-Net Slovenija, 2008-2011



Bakterija *Pseudomonas aeruginosa* je bila v letu 2011 povzročiteljica invazivnih okužb pri 118 pacientih. Odpornost proti karbapenemom je bila v letu 2011 določena pri 28 pacientih, kar je predstavljalo skoraj 24 %, v letu 2010 pa 19 % (5, 7). Pri enem izolatu s hemato-onkološkega oddelka je bila določena prisotnost karbapenemaz tipa metalo-beta-laktamaz in odpornost proti karbapenemom ter vsem sporočenim testiranim antibiotikom, razen gentamicinu.

Zaključek in poudarki

Tudi v letu 2011 so prostovoljno sodelovali vsi mikrobiološki laboratoriji s podatki za 16 bolnišnic, kar predstavlja skoraj 100 % pokritost Slovenije in odlično reprezentativnost podatkov tudi za ocene tveganj in analize trendov. Naraščanje skupnega števila okužb se je iz preteklih let nadaljevalo tudi v letu 2011, po številčnosti pa je bilo največje breme okužb z *E. coli*. Pri tej bakteriji, ki povzroča predvsem v domačem okolju pridobljene okužbe, je zaskrbljujoče naraščanje deleža ESBL, ki je v letu 2011 dosegel 9 %. Naraščanje odpornosti zaradi prisotnosti ESBL je bilo zaznano tudi skozi podatke o izolatih iz drugih kužnin (10, 11). Vse to predstavlja težave pri izbiri učinkovitih antibiotikov za zdravljenje, ki so lahko tudi

dražji. Poleg tega so pacienti pogosto zdravljeni v bolnišnicah, zato so možnosti širjenja ESBL odpornosti v bolnišničnem okolju razmeroma velike.

Podoben problem zaradi ESBL mehanizma odpornosti predstavljajo okužbe z bakterijo *K. pneumoniae*, ki so večinoma povezane z zdravstveno oskrbo in so bile manj pogoste. Kljub temu je bil delež ESBL pozitivnih izolatov v zadnjih letih med 22 % in 32 %, tako da breme teh okužb in nevarnosti za širjenje niso zanemarljivi.

Po večletnem začetnem upadanju MRSA z 21 % na 7 % v letu 2009 smo v letu 2010 v Sloveniji zaznali trend rasti MRSA s 7 % na 12 %, kar je bilo zaznано tudi z analizami drugih kužnin (5, 12). Ugodni trend upadanja v letu 2011 na 7 % nas je ohranil med državami v EU z najnižjimi deleži MRSA.

Upadanje primerov VRE pri *E. faecium* s 13,2 % v letu 2008 na le 1,7 % v letu 2010 in brez primera VRE med invazivnimi izolati *E. faecium* v letu 2011 lahko opredelimo kot uspešno zaježitev epidemije v eni od bolnišnic v Sloveniji.

Zgoraj navedena dejstva in problemi z drugimi odpornimi bakterijami, kot je tudi pretežno bolnišnična ESBL pozitivna bakterija *K. pneumoniae*, lahko kažejo na nezadoščanje sedanjih pogojev in resursov za učinkovito celostno obvladovanje problematike pojavljanja in širjenja okužb z odpornimi mikroorganizmi, predvsem v bolnišničnem okolju in verjetno tudi širše.

Literatura:

1. IVZ. EARS-Net Slovenija. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=108&pi=5&_5_id=1832&_5_PageIndex=0&_5_groupId=222&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=108-5.0.
2. Gubina M. Evropski projekt nadzora invazivnih bakterij. ISIS 2005; 14: 14-6.
3. ECDC. Epidemiological data on antimicrobial resistance. Dostopno na: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/epidemiological_data/Pages/epidemiological_data.aspx.
4. ECDC. EARS-Net Annual Report 2010. Dostopno na: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_AMR_data.pdf.pdf.
5. Kolman J, Müller-Premru M, Korošec A. Tema meseca: Odpornost proti antibiotikom v letu 2011 po podatkih mreže EARS-Net Slovenija. Enboz december 2011; 10: 4-8. Pridobljeno 12. 11. 2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/enboz?pi=5&_5_FileName=attName.png&_5_MediaId=4687&_5_AutoResize=false&pl=223-5.3.
6. Kolman J, Bergant N. Tema meseca: AMR_EARS-Net in tretji evropski dan ozaveščanja o antibiotikih. CNB novice 2010 (10). Pridobljeno 19.11.2010 s spletne strani: http://www.ivz.si/?ni=104&pi=5&_5_FileName=2627.pdf&_5_MediaId=2627&_5_AutoResize=false&pl=104-5.
7. Kraigher A, Sočan M, Klavs I, Frelih T, Grilc E, Grgič Vitek M. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012; 28-90. Dostopno na: http://www.ivz.si/gradiva_nalezljive_bolezni?pi=5&_5_FileName=6048.pdf&_5_MediaId=6048&_5_AutoResize=false&pl=105-5.3.
8. EARS-Net Slovenija. Podatki mreže EARS-NET Slovenija za leto 2011 in trend 2006 do 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011 Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=108&pi=5&_5_id=2148&_5_PageIndex=0&_5_groupId=222&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=108-5.0.
9. Kolman J, Gubina M, Fišer J, Grmek-Košnik I, Harlander T, Lorenčič-Robnik S, et al. Trendi občutljivosti invazivnih izolatov bakterije *Staphylococcus aureus* v Sloveniji in Evropi - rezultati projekta EARSS. Med Razgl 2004; 43: S2: 11-7.
10. Štrumbelj I, Čretnik Žohar T, Fišer J, Harlander T, Kavčič M, Križan Hergouth V, Novak D, Piltaver I, Ribič H, Sarjanovič L, Seme K, Tomič V. Povečana pogostost bakterije *Escherichia coli* z ESBL v Sloveniji - razlog za alarm? ISIS 2010; 19: 57-61.
11. Štrumbelj I, Logar M, Zdolšek B, Novak D, Ribič H, Piltaver I, Kolman J, Fišer J, Sarjanovič L, Müller-Premru M, Kavčič M, Harlander T, Križan-Hergouth V, Tomič V. Občutljivost bakterije *Escherichia coli* za antibiotike v Sloveniji - pristop k zdravljenju in obvladovanju. Zbornik predavanj Sekcije za kemoterapijo SZD: Infektološki simpozij 2011; Ljubljana: 29-39.
12. Müller-Premru M, Pirš M, Nadrah K, Lejko Zupanc T, Beović B, Lorenčič-Robnik S, Zdolšek B, Harlander T, Dermota U, Kavčič M, Štrumbelj I, Tomič V, Fišer J, Piltaver-Vajdec I. Občutljivost bakterije *Staphylococcus aureus* za antibiotike v Sloveniji - pristop k zdravljenju in obvladovanju. Zbornik predavanj Sekcije za kemoterapijo SZD: Infektološki simpozij 2011; Ljubljana: 87-99.

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN OBVLADOVANJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI

MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES

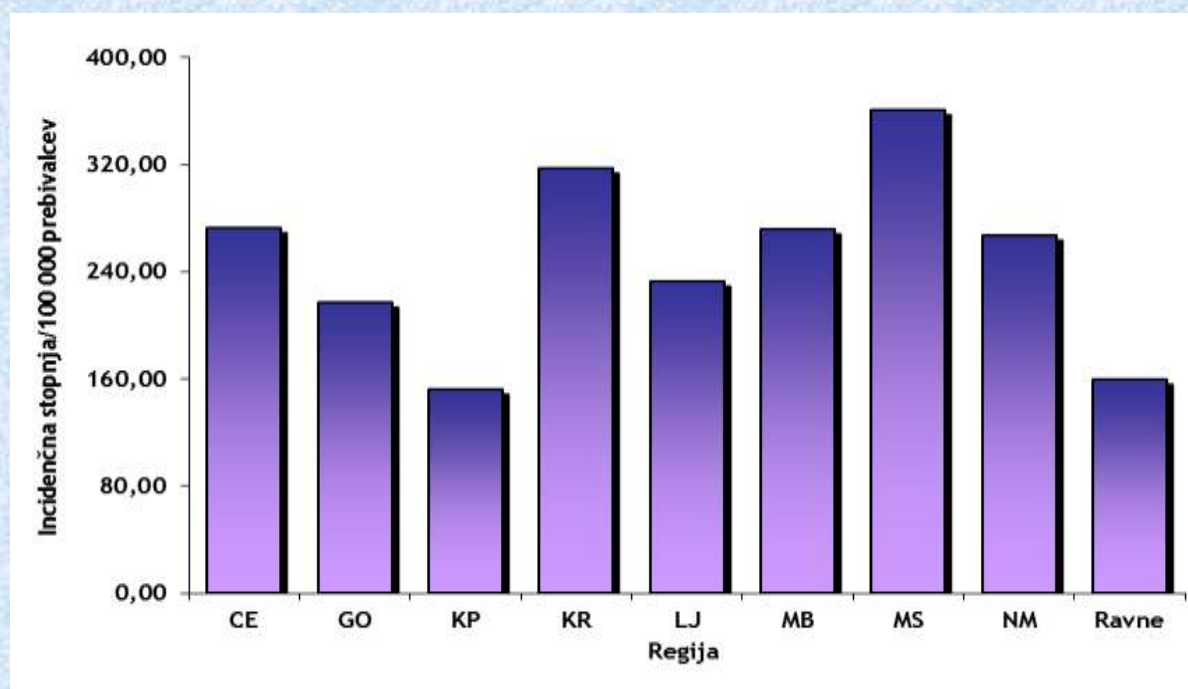
Andreja Petrevčič¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

V oktobru je s prijavljivimi nalezljivimi boleznimi zbolelo 5.215 oseb, kar je 29 % več kot v septembru 2012. K prirastu je največ prispevalo povečano število obolelih z neopredeljenim gastroenterokolitisom, lymsko boreliozo in noricami. Stopnja obolevnosti s prijavljivimi nalezljivimi boleznimi je bila 254,08/100.000 prebivalcev. Najvišja stopnja je bila v pomurski regiji (360,90/100.000), najnižja pa v koprski regiji (152,04/100.000) (Slika 1).

SLIKA 1

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po datumu obolenja po regijah, Slovenija, oktober 2012



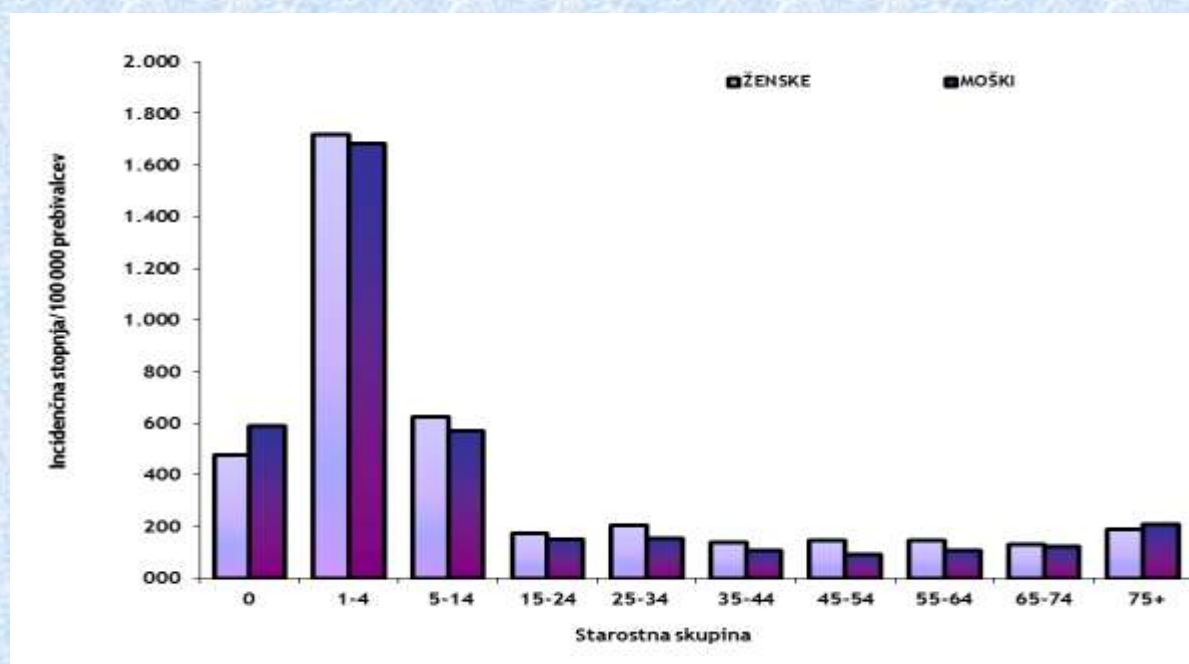
V število prijavljenih primerov niso zajeti AIDS, spolno prenosljive okužbe (razen hepatitisov) in tuberkuloza.

Med 5.215 prijavljenimi primeri je bilo 53 % bolnikov (2.770) ženskega spola in 47 % (2.445) moškega spola. 2.675 (51 %) obolelih je bilo otrok v starosti 0–14 let. Najvišja prijavna incidenčna stopnja je bila v starostni skupini 1–4 leta (1698,71/100.000 prebivalcev), najnižja pa v starostni skupini 45–54 let (118,57/100.000 prebivalcev) (Slika 2).

Oktobra so najpogosteje oboleli z neopredeljenim gastroenterokolitisom (1.216), streptokokno angino (866) in noricami brez zapletov (779).

SLIKA 2

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po spolu in starosti, Slovenija, oktober 2012



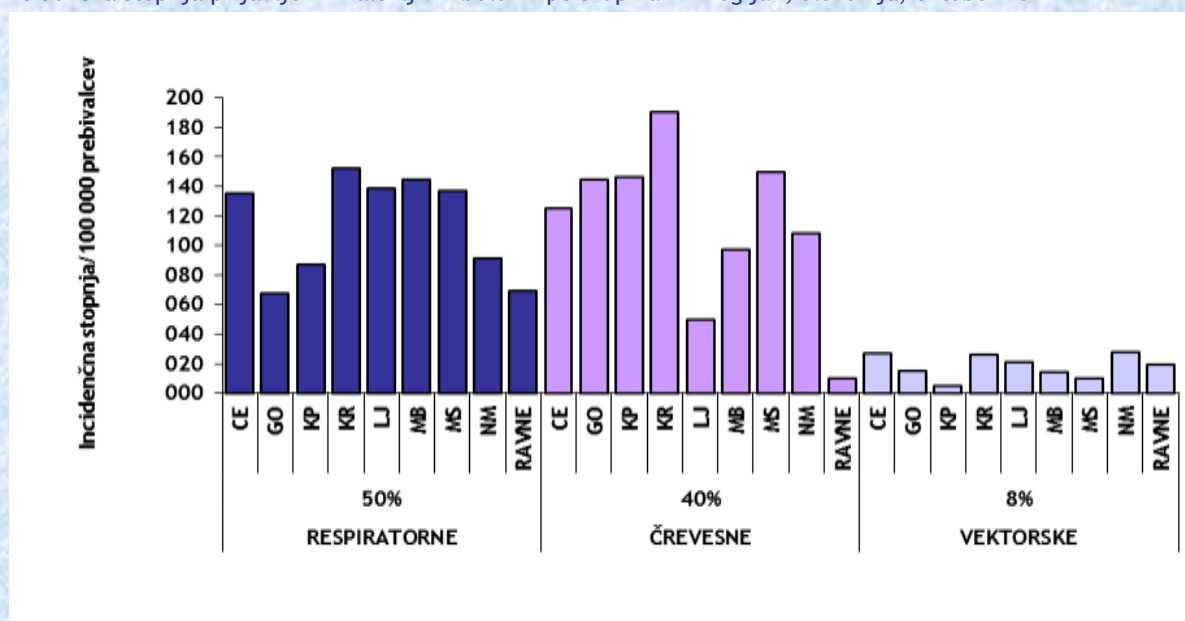
RESPIRATORNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Respiratorne nalezljive bolezni so obsegale 50 % (2.615) vseh prijavljenih bolezni v oktobru. Med najpogostejšimi so bili prijavljeni: streptokokno vnetje žrela (866), norice brez zapletov (779) in zoster brez zapletov (286).

Stopnja obolevnosti je bila 127,41/100.000 prebivalcev, najvišja je bila v gorenjski regiji (152,18/100.000 prebivalcev), najnižja pa v goriški regiji (67,38/100.000 prebivalcev) (Slika 3).

SLIKA 3

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po skupinah in regijah, Slovenija, oktober 2012



ČREVESNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Prijavljenih je bilo 1.727 bolnikov z akutno črevesno okužbo (40 % vseh prijav v oktobru). Največ je bilo prijav neopredeljenega gastroenteritisa (1.216), črevesnih virusnih okužb brez opredeljenega povzročitelja (154) in noroviroz (113). Stopnja obolevnosti zaradi črevesnih nalezljivih bolezni je bila v oktobru 102,31/100.000 prebivalcev (Slika 3). Najvišja stopnja obolevnosti je bila v gorenjski regiji (190,47/100.000 prebivalcev), najnižja pa v ravenjski (9,65/100.000 prebivalcev).

VEKTORSKE NALEZLJIVE BOLEZNI

Oktober smo prejeli 399 prijav vektorskih bolezni, kar predstavlja 8 % vseh prijav tega meseca. Prijavljenih je bilo 383 primerov Lymške borelioze in 15 primerov klopnega meningoencefalitisa. Večina bolnikov s KME je zbolela v začetku oktobra, kar pomeni, da so se najverjetneje okužili že v septembru. Prijavljen je bil tudi 1 bolnik z anaplazmozo.

TABELA 1

Prijavljene nalezljive bolezni po datumu prijave, Slovenija, v letu 2012

	R e g i j a									Oktober 2012		Skupaj leto 2012
	CE	GO	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	Ravne	Skupaj	Inc./ 100 000 preb.	
A02.0 Salmonelni enteritis	1	0	0	0	4	7	7	3	0	22	1,07	321
A03.0 Griža (<i>Shigella dysenteriae</i>)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	3
A03.9 Griža, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	2
A04.0 Infekcija z enteropatogeno <i>E.coli</i>	10	4	1	0	0	0	0	0	0	15	0,73	115
A04.1 Infekcija z enterotoksigeno <i>E.coli</i>	1	0	0	0	0	2	0	0	1	4	0,19	12
A04.3 Infekcija z enterohemoragično <i>E.coli</i>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	25
A04.5 Enteritis (<i>Campylobacter</i>)	15	6	0	4	12	16	3	6	4	66	3,22	758
A04.6 Enteritis (<i>Yersinia enterocolitica</i>)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	20
A04.7 Enterokolitis (<i>Clostridium difficile</i>)	2	0	0	3	16	0	6	0	0	27	1,32	206
A04.8 Druge opredeljene črevesne inf. (bakterijske)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	21
A04.9 Črevesna bakterijska infekcija, neopredeljena	2	9	2	11	2	0	0	3	0	29	1,41	397
A05.9 Bakterijska zastrupitev s hrano, neopredeljena	3	0	0	0	0	2	3	0	0	8	0,39	80
A08.0 Rotavirusni enteritis	5	1	0	1	22	2	1	3	0	35	1,71	1252
A08.1 Akutna gastroenteropatija (virus Norwalk)	9	5	1	8	41	5	42	1	1	113	5,51	1124
A08.2 Adenovirusni enteritis	3	0	0	1	14	5	5	1	0	29	1,41	185
A08.3 Drugi virusni enteritis	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0,15	41
A08.4 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	23	20	13	21	1	22	37	7	10	154	7,50	1210
A09 Driska in gastroenteritis (infekcija)	154	48	52	219	275	218	110	137	3	1216	59,24	10084
A32.7 Listerijska sepsa	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,05	4
A32.9 Listerioza, neopredeljena	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	1
A37.0 Oslovski kašelj (<i>Bordetella pertussis</i>)	1	0	0	0	2	0	0	1	0	4	0,19	110
A37.9 Oslovski kašelj, neopredeljen	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0,10	39
A38 Škrlatinka	28	9	7	35	48	47	21	15	1	211	10,28	2549
A40.0 Sepsa, ki jo povzroča streptokok skupine A	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0,10	17
A40.3 Sepsa, ki jo povzroča <i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0,19	91
A40.8 Druge vrste streptokokna sepsa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	18
A41.0 Sepsa, ki jo povzroča <i>Staphylococcus aureus</i>	3	1	0	0	2	0	1	0	0	7	0,34	68
A41.1 Sepsa zaradi kakega drugega opred. stafilokoka	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	14
A41.2 Sepsa, ki jo povzroča neopred. stafilokok	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	4
A41.4 Sepsa, ki jo povzročajo anaerobi	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,10	8
A41.5 Sepsa zaradi drugih gram-negativnih organizmov	6	1	0	0	2	2	4	0	0	15	0,73	217
A41.8 Druge vrste opredeljena sepsa	1	2	0	0	1	1	3	0	0	8	0,39	65
A41.9 Sepsa, neopredeljena	3	3	0	1	4	4	1	1	0	17	0,83	227
A46 Erizipel (Šen)	10	13	4	28	31	36	21	14	7	164	7,99	2166
A48.1 Legioneloza (legionarska bolezen)	1	0	0	1	3	0	0	0	0	5	0,24	68
A69.2 Lymška borelijoza - eritem	71	15	7	51	127	46	12	39	13	381	18,56	4154

A79.8 Druge rikecioze	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2
A84.1 Centralnoevropski klopi - KME	6	0	0	2	6	0	0	0	1	15	0,73	121
A85.0 Enterovirusni encephalomyelitis (G05.1*)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,10	7
A87.0 Enterovirusni meningitis(G02.0*) ECHO,Coxsackie	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0,10	14
A87.9 Virusni meningitis, neopredeljen	2	0	0	0	8	0	1	1	0	12	0,58	118
A89 Neopredeljena vir.inf. centralnega živč. sistema	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	1
A98.5 Hemoragična vročica z renalnim sindromom (HMRS)	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	0,15	183
B01.1 Varičelni encefalitis (G05.1*)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	4
B01.8 Norice z drugimi komplikacijami	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4	0,19	23
B01.9 Norice brez komplikacij	190	9	41	89	263	74	31	59	23	779	37,95	8901
B02 Zoster (herpes zoster)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0,10	5
B02.0 Encefalitis zaradi zostra (G05.1*)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	9
B02.8 Zoster z drugimi zapleti	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	5
B02.9 Zoster brez zapleta	36	10	13	36	78	56	32	8	17	286	13,93	3166
B15.9 Hepatitis A brez hepatične kome	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,05	9
B16.9 Akutni hepatitis B	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,05	12
B18.1 Kronični virusni hepatitis B brez agensa delta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	18
B18.2 Kronični virusni hepatitis C	0	1	1	1	1	0	1	1	0	6	0,29	71
B26.9 Mumps brez zapletov	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	10
B27.0 Gamaherpesvirusna mononukleoza	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,15	25
B27.1 Citomegalovirusna mononukleoza	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	7
B27.8 Druge infektivske mononukleoze	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	6
B27.9 Infektivska mononukleoza, neopredeljena	6	4	3	7	20	3	7	3	0	53	2,58	591
B35 Dermatofitoze	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,10	4
B35.0 Tinea barbae in tinea capitis (brade in glave)	14	1	1	0	7	12	5	10	2	52	2,53	319
B35.2 Tinea manuum (roke)	6	0	0	0	3	5	6	2	0	22	1,07	276
B35.3 Tinea pedis (noge)	0	8	0	0	9	12	4	3	3	39	1,90	612
B35.4 Tinea corporis (telesa)	19	10	1	0	5	8	3	5	1	52	2,53	366
B35.8 Druge dermatofitoze	0	0	0	0	0	4	0	3	1	8	0,39	52
B35.9 Dermatofitoza, neopredeljena	54	10	7	0	17	27	11	7	18	151	7,36	1409
B37.9 Kandidioza, neopredeljena	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	12
B58.9 Toksoplazmoza, neopredeljena	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,05	11
B79 Trihuroza	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2
B80 Enterobioza	8	11	6	8	26	11	5	11	7	93	4,53	760
B86 Skabies	3	2	1	2	7	8	1	3	0	27	1,32	201
B95.3 Pneumokokna bakteriemična pljučnica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	24
G00.1 Pnevmonokni meningitis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	7
G03.9 Meningitis, neopredeljen	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,10	23
G63.0 Polinevropatija pri Lymski boreliozii	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	19
J02.0 Streptokokni faringitis	25	4	5	31	23	0	0	5	0	93	4,53	1163
J03 Akutni tonzilitis	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	0,19	5
J03.0 Streptokokni tonzilitis	83	13	31	80	386	222	40	10	1	866	42,19	9045
J03.9 Akutni tonzilitis, neopredeljen	0	0	24	1	0	18	0	11	0	54	2,63	1238
J10 Gripa, dokazano povzročena z virusom influence	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	53
J13 Pljučnica, ki jo povzroča <i>Strept. Pneumoniae</i>	2	0	0	0	1	2	0	0	0	5	0,24	86
M01.2 Artritis pri Lymski boreliozii	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2
Z22.3 Nosilec drugih opredeljenih bakterijskih boleznii	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0,10	30
Z22.5 Nosilec povzročitelja virusnega hepatitisa B	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4	0,19	48
SKUPAJ	825	222	223	646	1500	879	430	374	116	5215		
INCIDENCA/100 000 PREBIVALCEV	273,17	216,77	152,04	317,13	233,10	272,27	360,90	267,75	159,95	254,08		



PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI

OUTBREAKS

Sandra Kosmač¹, Tatjana Frelih¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

V letu 2012 (do vključno 20. novembra 2012) so regijski zavodi za zdravstveno varstvo prijavi skupno 59 izbruhov nalezljivih bolezni. V obdobju od 20. oktobra do 20. novembra smo prejeli 6 prijav izbruhov nalezljivih bolezni. V dveh izbruhih je bil norovirus že potrjen kot povzročitelj. V vseh izbruhih je bilo izpostavljenih 629 oseb, zbolelo je 88 oseb, 1 oseba je bila hospitalizirana. Izbruhi so se zgodili v bolnišnici, domu starejših občanov, gostilni in vrtcu. Za vseh 6 izbruhov so končna poročila še v pripravi.

TABELA 1

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni, Slovenija, 2012

ZZV	LOKACIJA	ZAČETEK	KONEC	POVZROČITELJ	VRSTA IZBRUHA	I	Z	H	U	V
CE	DSO	24.02.2012	12.03.2012	virus influenza A	kapljični	246	104	0	0	0
CE	Vinski dvor	10.06.2012	13.06.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	78	43	0	0	0
CE	podjetje	24.07.2012	25.07.2012	norovirusi GII	kontaktno-kapljični	260	26	0	0	0
GO	DSO	09.01.2012	26.01.2012	ni ugotovljeno	kontaktni	216	38	0	0	0
GO	hotel	16.02.2012	20.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	288	61	0	0	52
GO	DSO	27.02.2012	09.03.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	216	36	1	0	0
GO	DSO	31.03.2012	16.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	216	66	0	2	0
GO	DSO	30.04.2012	13.05.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	139	55	0	0	0
GO	kuhinja	16.05.2012	17.05.2012	<i>Clostridium perfringens</i>	preko živil	477	104	0	0	0
GO	družina	27.05.2012	11.06.2012	<i>B. pertussis</i>	aerogeni	5	2	1	0	0
GO	zavod	12.10.2012	15.10.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	149	37	0	0	0
GO	*DSO	<u>23.10.2012</u>				166	13	0	0	0
KP	VVZ	06.09.2012	22.09.2012	ni ugotovljeno	kontakten	78	15	0	0	0
KP	vas	21.09.2012	26.09.2012	<i>Salmonella</i> Spp.	preko živil	57	45	2	0	0
KP	OŠ	05.10.2012	06.10.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	300	33	0	0	0

KR	restavracija	29.03.2012	29.03.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	20-25	18	0	0	0
KR	bolnišnica	16.04.2012	18.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	28	10	0	0	0
KR	gostilna	<u>19.10.2012</u>	22.10.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	18	16	0	0	0
KR	*bolnišnica	<u>26.10.2012</u>				50	8	0	0	0
LJ	družina	01.01.2012	05.01.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	12	8	0	0	0
LJ	DSO	12.02.2012	05.03.2012	norovirusi (Kaplanovi kriteriji)	kontaktno-kapljični	170	22	0	0	0
LJ	DSO	09.02.2012	24.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	161	28	0	0	0
LJ	DSO	20.02.2012	05.03.2012	virus influence A	kapljični	285	78	5	2	0
LJ	DSO	29.02.2012	06.03.2012	virus influence A	kapljični	363	19	0	0	0
LJ	gradbišče	16.03.2012	16.03.2012	ni ugotovljeno	prek živil	cca 150	16	0	0	0
LJ	bolnišnica	27.01.2012	05.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	60-70	17	0	0	0
LJ	restavracija	15.04.2012	18.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	8	5	0	0	0
LJ	bolnišnica	01.04.2012	17.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	116	22	0	0	0
LJ	VVZ	29.04.2012	07.05.2012	<i>Salmonella</i> skupina B	prek živil	350	6	6	0	0
LJ	DSO	18.05.2012	22.05.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	170	29	0	0	0
LJ	okrepčevalnica	07.05.2012	07.05.2012	histamin	preko živil	4	3	1	0	0
LJ	naselje	01.04.2012	22.05.2012	Rotavirus, <i>C. jejuni</i> , <i>B.cereus</i>	hidrični	242	5	0	0	39
LJ	mladinsko letovišče	06.06.2012	07.06.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	200	12	0	0	0
LJ	bolnišnica	18.03.2012	20.03.2012	virus influence A	kapljični	110-120	15	0	0	0
LJ	mladinsko letovišče	24.08.2012	30.08.2012	<i>Salmonella</i> Enteritidis	alimentarni	128	21	3	0	0
LJ	družina	26.08.2012	26.08.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	4	4	0	0	0
LJ	mladinsko letovišče	13.09.2012	19.09.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	90	53	0	0	0
LJ	bolnišnica	14.10.2012	16.10.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	29	6	0	0	0
MB	DSO	09.02.2012	24.02.2012	virus influence A (H3)	kapljični	209	85	0	0	0
MB	DSO	16.02.2012	23.02.2012	virus influence A (H3)	kapljični	293	69	0	0	0
MB	DSO	14.02.2012	02.03.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	300	56	0	0	0

MB	DSO	23.02.2012	17.03.2012	virus influence A (H3)	kapljični	170	43	0	0	0
MB	gostilna	01.08.2012	06.08.2012	<i>Salmonella</i> Enteritidis	alimentarni	20	6	3	0	0
MB	okrepčevalnica	09.09.2012	10.09.2012	ni ugotovljeno	kontakten	13	11	0	0	0
MB	VVZ	<u>31.10.2012</u>	08.11.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	10	8	0	0	0
MS	delovna organizacija	26.01.2012	30.01.2012	ni ugotovljeno	neopredeljen	230	52	1	0	0
MS	DSO	7.02.2012	19.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	204	101	0	0	0
MS	terme	08.03.2012	28.03.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	855	55	0	0	0
MS	OŠ	16.05.2012	21.05.2012	neznani	neopredeljen	154	32	0	0	0
MS	DSO	05.10.2012	12.10.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	104	33	0	0	0
MS	*DSO	<u>09.11.2012</u>				132	15	0	0	0
NM	bolnišnica	21.02.2012	24.02.2012	virus influence A	kapljični	30	12	0	0	0
NM	terme	21.03.2012	16.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	217	43	1	0	0
NM	restavracija	15.04.2012	17.04.2012	norovirusi	prek živil	211	15	0	0	0
NM	terme	24.06.2012	01.07.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	360	23	0	0	0
NM	DSO	27.08.2012	05.09.2012	ni ugotovljeno	kontaktno-kapljični	320	33	1	0	0
NM	*VVZ	<u>12.11.2012</u>				253	28	1	0	0
RA	*DSO	20.02.2012		virus influence A	kapljični	216	30	8	0	0
RA	*DSO	15.03.2012		virus influence A	kapljični	390	50	6	5	0

Legenda: I - izpostavljeni; Z - zboleli; H - hospitalizirani; U - umrli ; V - verjetni primeri; * - končno poročilo v pripravi

AKTUALNO

IZBRUH VROČICE DENGA NA MADEIRI

OUTBREAK OF DENGUE FEVER IN MADEIRA

Maja Sočan¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

Denga je virusna bolezen, ki jo prenašajo komarji rodu *Aedes*. Povzročitelj, virus denge (iz družine *Flaviviridae*), se je v zadnjih 20 letih uspešno razširil v tropskem in subtropskem pasu. Na Madeiri, otoku, ki pripada Portugalski, so najbolj uspešnega prenašalca virusa denge, komarja *Aedes aegypti*, prvič opazili leta 2005. Prve bolnike z avtohtono dengo so potrdili v začetku oktobra 2012, ko se je izbruh denge začel nezadržno širiti po otoku. Po uradnih podatkih je bilo od 3. oktobra 2012 do 11. novembra 2012 prijavljenih 1.357 bolnikov z dengo (približno polovica je bila tudi laboratorijsko potrjena) (Slika 1). Manjši delež bolnikov z dengo je bil hospitaliziran (89), umrl ni nihče. Za dengo je zbolelo tudi 25 potnikov iz Evrope, večina je bila iz Združenega kraljestva in Nemčije. Zdravstvene oblasti Portugalske so nemudoma uvedle ukrepe za zamejitev izbruha. Ukrepi so usmerjeni v zmanjšanje populacije komarjev, intenzivno spremljanje prenašalca na otoku, dezinfekcijo letal, letališč in dezinfekcijo v pristaniščih. Objavljena so obvestila za prebivalstvo, poskrbljeno je za varnost krvi. Kljub ukrepom se bo prenos avtohtone denge nadaljeval vsaj še do konca leta 2012, dokler se ne bo samo po sebi zmanjšalo število komarjev. Širjenje denge med avtohtonim prebivalstvom Madeire je prvi izbruh v državah Evropske unije po letu 1920.

SLIKA 1

Kumulativna incidenčna stopnja potrjenih in verjetnih primerov denge na Madeiri od tedna 39–45, let 2012 (Vir: ECDC. Update on autochthonous dengue cases in Madeira, Portugal. 20.11.2012)



Importirani primeri denge v 2012

V Sloveniji je vsako leto nekaj primerov importirane denge. Do letošnjega novembra je bilo prijavljenih šest bolnikov, ki so se z virusom denge okužili na potovanju po Tajski (štirje bolniki), Šri Lanki (en bolnik) in Maleziji (en bolnik).

V novembru 2012 smo prejeli prijavo o potrjeni dengi pri 60-letni bolnici, ki je bila krajši čas na Madeiri. Po vrnitvi domov je zbolela z vročino, slabim počutjem, hudim glavobolom in izpuščajem. V Laboratoriju za diagnostiko zoonoz in laboratoriju WHO Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo v Ljubljani so diagnozo denge potrdili serološko in z verižno reakcijo s polimerazo dokazali okužbo z virusom denge tip 1.

Ukrepi za preprečevanje širjenja okužbe

- Komarji, ki prenašajo virus denge, so aktivni večinoma podnevi. Cepiva proti dengi ni, zato je edini možni ukrep, da se zaščitimo pred piki komarjev z repelenti in tako preprečimo okužbo z virusom denge.
- Potnikom, ki so bili na Madeiri, se svetuje, da v primeru pojava vročine, glavobola, bolečin za očmi, v mišicah in sklepih ali izpuščaja poiščejo zdravniško pomoč. Bolezenski simptomi in znaki denge se pojavijo najkasneje v 21 dneh (običajno prej) po vrnitvi z Madeire.
- Potnik, ki je bil na Madeiri, ne sme darovati krvi. Virus denge se lahko prenese iz krvi krvodajalca, ki je še v dobi inkubacije, na prejemnika, zato se potnika odkloni za obdobje 28 dni po vrnitvi z Madeire.

Zaključek

Izbruh denge na Madeiri ni ovira za potovanje, potrebno pa je upoštevati zaščitne ukrepe med bivanjem in po vrnitvi domov.

NOVICE

3. ZASEDANJE MINISTRskega SVETA ZA OKOLJE IN ZDRAVJE

3rd MEETING OF THE EUROPEAN ENVIRONMENT AND HEALTH MINISTERIAL BOARD

Pia Vračko¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

V okviru Evropskega procesa okolje in zdravje se je 16. novembra 2012 v azerbajdžanski prestolnici Baku na 3. zasedanju sestal Ministrski svet za okolje in zdravje (Environment and Health Ministerial Board, EHMB) Evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Zasedanja se je udeležilo osem ministrskih delegacij iz Slovenije, Malte, Srbije, Francije, Azerbajdžana, Belorusije, Romunije in Turčije, so-predsedujoča Evropski delovni skupini za okolje in zdravje (Environment and Health Task Force, EHTF) kot člana po uradni dolžnosti, delegati Nemčije kot stalne opazovalke ter predstavniki SZO, Okoljskega programa Združenih narodov (UNEP), Ekonomske komisije Združenih narodov za Evropo (UNECE) in Evropske komisije.

Zasedanje sta vodila minister za zdravje Republike Slovenije Tomaž Gantar in minister za okolje in naravne vir Azerbajdžana Huseyngulu Seyid Baghirov.

EHMB je razpravljal o prihodnji usmeritvi Evropskega procesa za okolje in zdravje (European Environment and Health Process, EHP) ter o prioritetah na podlagi zavez Parmске deklaracije o okolju in zdravju¹. Obravnaval je osnutek poročila Regionalnemu odboru SZO za Evropo in Odboru za okoljske politike Ekonomske komisije Združenih narodov za Evropo ter določil postopek njegove nadaljnje priprave. Obnovil je zavezo ministrov o predstavljanju EHP na relevantnih mednarodnih forumih.

Ministri so ponovno izpostavili, da je treba vprašanja vplivov okolja na zdravje nujno reševati na medresorski ravni in v sodelovanju z ostalimi deležniki. Še posebej nujno je aktivno sodelovanje Evropske komisije v tem procesu.

Slovenija je izrazila potrebo, da se odločitve EHP implementirajo na ravni EU v obliki zakonodajnih aktov. Predlog je podprla Nemčija, nato je EHMB soglasno sklenil, da se z namenom okrepitve sodelovanja z Evropsko komisijo organizira srečanje Sekretariata EHP in sopedredujočih EHMB/EHTF s predstavniki DG Sanco in DG Environment.

EHMB je večkrat izpostavil vlogo Slovenije, ki že od leta 1989 sodeluje v Evropskem procesu za okolje in zdravje. Še posebej je bila izpostavljena nedavno uspešna pobuda za vključitev zdravja v končno deklaracijo Konference Združenih narodov o trajnostnem razvoju (Rio+20) z naslovom »Prihodnost, ki jo hočemo«.

EHMB je sklenil, da povabi Evropsko koalicijo mladih za okolje in zdravje (European EH Youth Coalition) kot stalno opazovalko v EHMB. Podprl je vključitev teme 'Okolje in zdravje' na dnevni red 63. srečanja Regionalnega odbora SZO za Evropo v letu 2013. Sekretariatu EHP je naročil, naj pripravi načrt za vzpostavitev sodelovanja z mednarodnimi finančnimi ustanovami za zagotovitev ustreznega financiranja prioritet EHP. Poleg tega je bil potrjen osnutek komunikacijske strategije EHP, s sklepom, da se v pripravo in izvajanje strategije vključi tudi mlade.

¹

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/mednarodna_zakonodaja/Parmska_deklaracija_o_okolju_in_zdravju_Parma_12_marec_2010.doc

Naslednje, četrto, zasedanje EHMB bo na povabilo Srbije v aprilu 2013. Delegacijo Republike Slovenije so sestavljali minister za zdravje Tomaž Gantar, dr. Marta Ciraj (Ministrstvo za zdravje RS) in Pia Vračko (Inštitut za varovanje zdravja RS). 3. zasedanje EHMB je potekalo v optimističnem in kreativnem vzdušju, zaključili smo ga z novimi načrti za še tesnejše sodelovanje za izpolnitev zastavljenih ciljev.



5. KONGRES PREVENTIVNE MEDICINE, PORTOROŽ 15.11.-17.11.2012

5TH SLOVENIAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE

Alenka Kraigher¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva je priredila svoj 5. Kongres preventivne medicine, katerega rdeča nit je bila Javno zdravje - priložnost za spreminjajočo se družbo. Pokroviteljstvo je prevzelo Ministrstvo za zdravje.



Kongres se je začel v četrtek, 15.11. s šestimi tematskimi izobraževalnimi delavnicami, kar bo v bodoče stalna oblika izobraževalnega poslanstva Sekcije za preventivno medicino.

Uvodni govornik dr. Božidar Voljč je poudaril kako zelo je javno zdravje krhko, zato ga je treba nepretrgoma vzdrževati, če nočemo, da se sedanja kakovostna raven zdravstva zruši. V zadnjih desetletjih smo priče intenzivnim demografskim spremembam, saj se število starostnikov skokovito povečuje, hkrati pa se vse bolj podaljšuje tudi "obdobje zdravega življenja". Krepi se pojem zdrave in aktivne starosti, načela preventive pa se kot zdrave navade selijo v aktiven način življenja.

Javno zdravje ima pri uresničevanju strateških ciljev še posebej pomembno vlogo. Potrebno je izdelati akcijske načrte pri katerih ima javno zdravje vlogo koordinatorja med resorji in vlogo pripravljavca posameznih aktivnosti. Oboje predstavlja izjemno priložnost za razvoj javnega zdravja pri nas.

Dosedanja razdrobljenost raziskovanja na področju javnega zdravja je pripeljala do drobljenja in zmanjševanja pomena sredstev. Tako stanje raziskovanja na področju javnega zdravja zahteva odločne in jasne korake z namenom povezovanja raziskovalcev in opredelitvijo prioritet za raziskovanje na področju javnega zdravja, kar bo omogočilo razvoj in rast uspešnosti raziskovalne skupine.

Na kongresu smo izpostavili ključne teme kot so družba in zdravje, okolje in zdravje, krepitev in varovanje zdravja, bolezni odvisnosti, nalezljive bolezni. Na področju zdravja smo priča velikim razlikam, ki so tesno povezane s stopnjo socialne prikrajšanosti. Neenakosti v zdravju, ki se jim lahko in moramo izogniti, so posledica okoliščin, v katerih ljudje odrasčajo, živijo, delajo, se starajo, in sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni. Avtorji so v številnih predstavitev poudarjali, da je zdravje postalo »globalno zdravje« povezano z zdravstvenimi problemi, ki segajo prek nacionalnih meja in na katere vplivajo dejavniki kot so trgovina, priseljevanje, zaposlovanje, varnost, bioterrorizem.

Predstavljene so bile aktivnosti za zmanjševanje in preprečevanje škodljivih vplivov okolja na zdravje, ki temeljijo na z dokazi podprtih presojah in ocenah ob pozornem spremljanju virov onesnaženj in podnebnih sprememb ter pravočasnem zaznavanju tveganja dejavnikov tako iz širšega bivalnega (zrak, vode, tla) kot ožjega (bivališča, predmeti splošne rabe) okolja.

Delovno okolje je pogosto izvor širšega okoljskega onesnaževanja. Poleg industrijskega onesnaženja, industrijskih in naravnih nesreč se vse pogosteje srečujemo s skrajnimi podnebnimi razmerami, ki lahko škodljivo vplivajo na zdravje. Zato potrebujemo dejavnosti in postopke, na podlagi katerih se bomo strokovno ustrezno, hitro in učinkovito odzivali na dogodke, ki pomenijo tveganje za javno zdravje.

Za krepitev in varovanje zdravja prebivalstva je ključnega pomena poznavanje zdravstvenih potreb skupin prebivalstva, prepoznavanje ranljivih skupin in temu usmerjeno

ukrepanje. Programi in intervencije za doseganje boljšega zdravja morajo biti usmerjene v posamezne skupine prebivalstva, ki so zaradi svojih osebnih ali telesnih značilnosti ali pa tudi zaradi socialnih in ekonomskih okoliščin, v katerih živijo, bolj dovzetne za določene bolezni in okvare zdravja. Poudarjena je bila nujnost zavedanja ljudi o odgovornosti za lastno zdravje.

Varovanje zdravja prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi zahteva usklajeno delovanje zdravstvene službe, številnih vej znanosti in državnih organov. Za pravočasno zaznavanje groženj javnemu zdravju je potreben pretok informacij in podatkov po sodobnih, hitrih komunikacijskih poteh. Pomembno je nenehno ocenjevanje nevarnosti za zdravje prebivalstva in oblikovanje prednostnih preventivnih programov.

S kongresom smo dosegli namen in povezali strokovnjake s skupnim ciljem krepitev znanja in veščin, raziskovanja in izobraževanja.

Vsekakor pa je pred nami še veliko izzivov in čaka nas obilo dela.

Pogoj za prodorno in uspešno javno zdravje v prihodnje pa je, da se vanj več vlaga in krepiti kadrovske zmogljivosti ter hitreje prilagaja sistem novim potrebam spreminjajoče se družbe.



”Kdor išče resnico, jo mora znati prenesti.“