



Izbruh oslovskega kašlja jeseni 2014 na Zgornjem Gorenjskem

Zastrupitve z gobami

Živila s pretečenim datumom minimalne trajnosti so lahko v prometu

*Prijavljeni primeri spolno prenesenih okužb v Sloveniji, četrletno poročilo,
1. julij—30. september 2014*

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 Frelih
Nina Pirnat
Lucija Perharič
Aleš Petrovič
Peter Otorepec
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
Stanislava Kirinčič
Ondina Jordan Markočič
Bonia Miljavac

Oblikovanje in spletno urejanje/Secretary of the Editorial Office:
Irena Jeraj
Mitja Vrdelja

Izdajatelj/Publisher:
Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)
Center za nalezljive bolezni
Center za zdravstveno ekologijo
Zaloška 29
1000 Ljubljana
T: +386 1 2441 410

E-pošta/E-mail:
enboz@nijz.si

Domača stran na internetu/Internet Home Page:
<http://www.nijz.si/enboz>

ISSN 2232-3139

VSEBINA/CONTENTS

IZBRUH OSLOVSKEGA KAŠLJA JESENI 2014 NA ZGORNJEM GORENJSKEM	4
PERTUSSIS OUTBREAK IN GORENJSKA REGION IN AUTUMN 2014	4
<i>Irena Grmek Košnik, Kristina Orožen, Monika Ribnikar, Nataša Selan, Urška Milič, Veronika Meglič</i>	4
ZASTRUPITVE Z GOBAMI	8
MUSHROOM POISONING	8
<i>Simona Perčič, Lucija Šarc, Lucija Perharič</i>	8
ŽIVILA S PRETEČENIM DATUMOM MINIMALNE TRAJNOSTI SO LAHKO V PROMETU	25
FOODSTUFFS FOR WHICH DATE OF MINIMUM DURABILITY HAS EXPIRED MAY BE PRESENT ON MARKET	25
<i>Pavel Pollak, Simona Uršič, Irena Veninšek-Perpar</i>	25
PRIJAVLJENI PRIMERI SPOLNO PRENESENIH OKUŽB V SLOVENIJI, ČETRLETNO POROČILO, 1. JULIJ–30. SEPTEMBER 2014	28
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN SLOVENIA	28
<i>Tanja Kustec, Sandra Kosmač, Irena Klavs</i>	28
PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI	31
MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES	31
<i>Maja Praprotnik, Saša Steiner Rihtar, Maja Sočan, Eva Grilc, Marta Grgič Vitek</i>	31
PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI	35
OUTBREAKS	35
<i>Tatjana Frelih, Maja Praprotnik</i>	35
PRIMERI MRZLICE ZAHODNEGA NILA PO OBMOČJIH, posodobitev 20. 11. 2014 - EU REGIJA/OBMOČJE MEDITERANA	37
DISTRIBUTION OF WEST NILE FEVER CASES BY AFFECTED AREAS, update 20. 11. 2014 - European region/Mediterranean basin	37
<i>Irena Jeraj</i>	37

Fotografija na naslovnici in slikovno gradivo v
eNBOZ: iStockphoto



TEME MESECA

IZBRUH OSLOVSKEGA KAŠLJA JESENI 2014 NA ZGORNJEM GORENJSKEM

PERTUSSIS OUTBREAK IN GORENJSKA REGION IN AUTUMN 2014

Irena Grmek Košnik¹, Kristina Orožen¹, Monika Ribnikar¹, Nataša Selan¹, Urška Milič¹, Veronika Meglič¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

UVOD

Oslovski kašelj je zelo nalezljiva bolezen dihalnih poti, ki jo označujejo značilni napadi kašlja. Bolezen se lahko pojavi v katerikoli starostni dobi, v dobi pred uvedbo cepljenja je bila to predvsem bolezen predšolskih otrok. Po uvedbi cepljenja se je incidenca zmanjšala, toda izbruhi se še vedno pojavljajo ciklično na dve do pet let (1). Bolezen povzroča bakterija *Bordetella pertussis*, redko *Bordetella parapertussis* (2, 3). Bolezen se prenaša s kužnimi kapljicami in je zelo nalezljiva. Ocenjuje se, da v svetu na leto z oslovskim kašljem zbolijo od 30 do 50 milijonov oseb oziroma bolezen povzroči 300 000 do 400 000 smrti (1, 2). Ob stiku z bolnikom zbolijo več kot 90 % oseb, ki nimajo protiteles. Inkubacija traja 6-20 dni, redko lahko tudi dlje, v povprečju pa 7-10 dni (1, 4). V študiji Vink s sodelavci so analizirali trajanje intervalov med začetkom simptomov pri prvem primeru in začetkom simptomov pri sekundarnih primerih. Za oslovski kašelj so izračunali, da je srednja vrednost takega intervala 22,8 dni (8).

Bolezen poteka v treh obdobjih, in sicer:

1. Kataralno obdobje traja 1-2 tedna, značilni so znaki okužbe zgornjih dihal. Kašelj se pojavlja občasno in je izrazit predvsem ponoči.
2. Paroksizmalno obdobje traja 2-4 tedne, kašelj je pogostejši in značilnejši, pojavlja se v napadih, ki jim lahko sledi rigajoči vdih.
3. Obdobje okrevanja traja 2-4 tedne, napadi kašlja se umirjajo, postajajo redkejši in manj intenzivni (2, 3).

Diagnozo najpogosteje potrdimo z verižno reakcijo s polimerazo (PCR) iz brisa nosno-žrelnega prostora.

Bolnik je najbolj kužen v začetku bolezni, povzročitelja pa lahko izloča še 4-6 tednov po začetku kašlja oziroma pet dni po začetku antibiotičnega zdravljenja. Oslovski kašelj poteka pri odraslih v blažji obliki kot pri otrocih. Na bolezen pomislimo, kadar traja kašelj več kot teden dni, se pojavlja predvsem ponoči v zagonih in ni produktiven. Bolnik razen kašlja nima težav. Človek je edini gostitelj (3).

Zdravljenje je smiselno začeti do 21 dni po začetku simptomov, kasneje ne več. Osebam s tveganjem za težji potek bolezni, ki so bile v tesnem stiku z obolelim, se predpiše antibiotična zaščita.

Oslovski kašelj spada med bolezni, proti katerim je v Republiki Sloveniji obvezno cepljenje. Uvedeno je bilo leta 1959. Cepimo dojenčke v starosti treh mesecev, 4-5 mesecev in šest mesecev. Prvi poživitveni odmerek je v starosti 12-24 mesecev. V letu 1999 smo celično cepivo zamenjali za acelularno. V šolskem letu 2009/ 2010 je bil uveden še drugi poživitveni odmerek cepiva v 3. razredu osnovne šole, torej v starosti 8-9 let (5).

Imunost po cepljenju traja od 5 do 6 let, tudi po prebolelem oslovskem kašlju imunost ni dosmrtna, saj traja 7-20 let (7).

V španski študiji so analizirali in primerjali izbruhe v obdobju uporabe celularnega in izbruhe v obdobju uporabe acelularnega cepiva. Ugotovili so, da je pri uporabi acelularnega cepiva v izbruhe udeleženo večje število oseb, mlajših od 15 let, ni pa sprememb v incidenci bolezni, povezanih primerih in stopnji hospitalizacije (6).

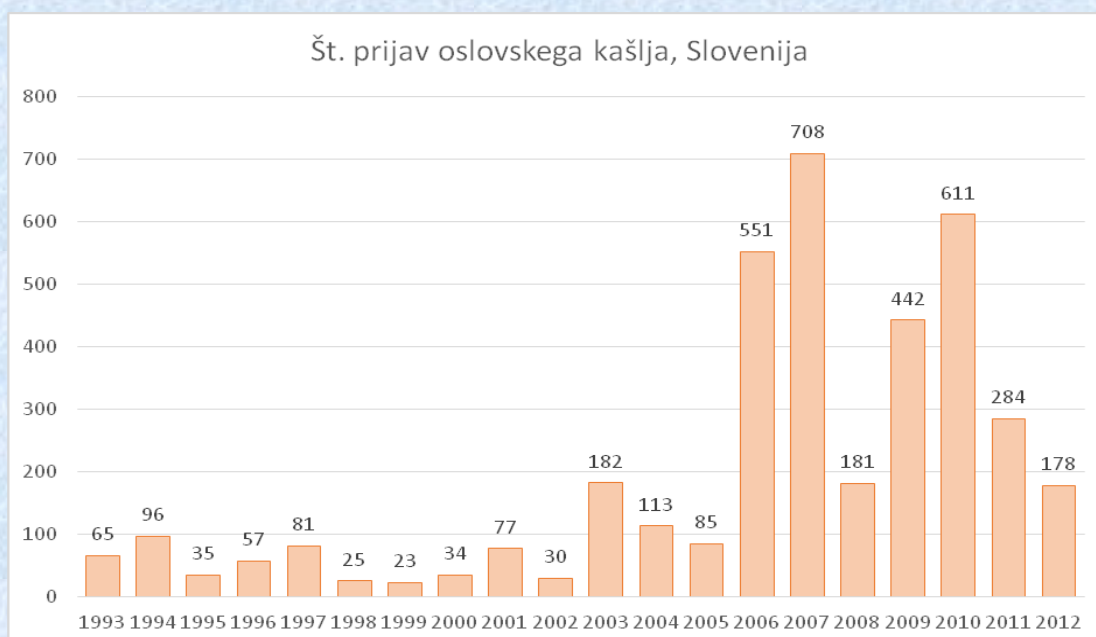
Prijavljeni primeri

Oslovski kašelj spada med obvezno prijavljive bolezni od leta 1946. Pri epidemiološkem spremljanju oslovskega kašlja je zelo pomembno laboratorijsko potrjevanje morebitnih primerov (v skladu z definicijo za prijavo). Podatki epidemiološkega spremljanja se zbirajo v Centru za nalezljive bolezni Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).

V Sloveniji smo od leta 2003 beležili porast števila prijavljenih primerov oslovskega kašlja.

SLIKA 1

Število prijavljenih primerov oslovskega kašlja, Slovenija, 1993-2012. Vir: Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni - LETNA POROČILA. NIJZ. Pridobljeno 07. 11. 2014 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=105&pi=5&_5_id=788&_5_PageIndex=0&_5_groupId=219&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=105-0.



Na Gorenjskem smo v zadnjih štirih letih zabeležili sledeče število prijav oslovskega kašlja:

SLIKA 2

Število prijavljenih primerov oslovskega kašlja, Gorenjska, 2011-7.11.2014. Vir: NIJZ - OE Kranj



Izbruh oslovskega kašlja jeseni 2014 na zgornjem Gorenjskem

Prvo prijavo na sum družinskega izbruha oslovskega kašlja smo prejeli 18. septembra 2014. Sestra iz zdravstvenega doma (nam) je epidemiološki službi NIJZ, območni enoti (OE) Kranj po telefonu sporočila, da je za oslovskim kašljem zbolela oseba, ki je zaposlena v domu starejših občanov (DSO). Oseba je začela kašljati 10. septembra 2014, po navodilu osebnega zdravnika je prejela antibiotik 16. septembra 2014. V službo je hodila do 18. septembra 2014. Proti oslovskega kašlju je bila cepljena s petimi odmerki, zadnjič 22. aprila 1982.

Še isti dan smo vzpostavili stik z domom, jim posredovali pisna navodila in prosili, da nas v primeru imunsko oslabele osebe ali pojava na novo obolelega takoj obvestijo.

Z anketiranjem obolele osebe smo ugotovili, da gre za družinski izbruh. Zbolela je tudi hči, in sicer 01. septembra 2014, antibiotik je prejela 17. septembra 2014, nečak, ki je začel kašljati 15. septembra 2014, antibiotik je prejel dva dneva kasneje, in sin, ki je začel kašljati 16. septembra 2014, antibiotik pa je dobil naslednji dan. Vsi trije mladostniki so bili cepljeni s štirimi odmerki cepiva. Oboleli družinski člani so v času, ko smo prejeli informacijo o družinskem izbruhu, že prejeli antibiotik. Vzpostavili smo tudi kontakt s šolami, ki jih omenjeni otroci obiskujejo in jih prosili za takojšnje obvestilo v primeru pojava novega bolnika.

Prijavo na sum izbruha v DSO smo prejeli 24. oktobra 2014. Po telefonu nas je poklical zdravnik iz zdravstvenega doma, ki je poročal, da je zbolela še ena zaposlena oseba v že omenjenem DSO, ki je začela kašljati 06. oktobra 2014. Bris nosno-žrelnega prostora pri njej je bil pozitiven na *B. pertussis*. Omenjeni zdravnik je povedal, da so odvzeli brisa še dvema oskrbovankama, ki sta zboleli 22. in 23.

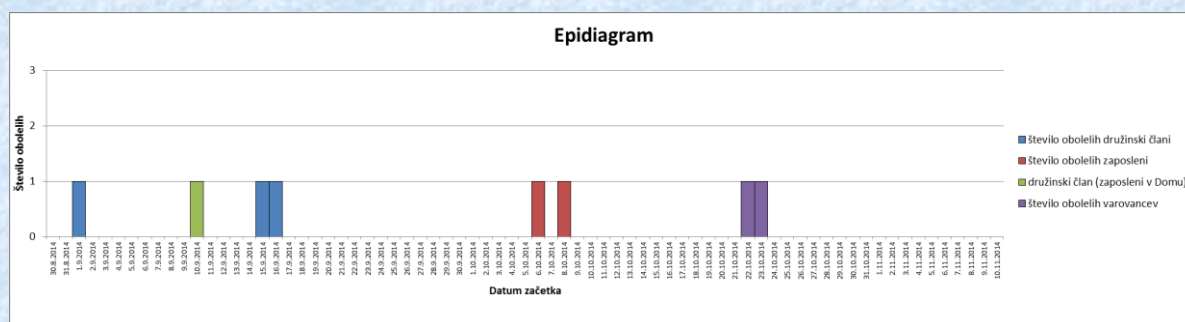
oktobra 2014, obe sta antibiotik prejeli 23. oktobra 2014, da pa rezultatov mikrobiološke preiskave še niso prejeli. Takoj po klicu zdravnika smo začeli preverjati v DSO, kjer smo govorili z oddelčno sestro, ki je povedala, da je stanje v DSO obvladovano ter da imajo in izvajajo navodila za preprečevanje prenosa okužb. Dogovorili smo se za takojšnjo povratno informacijo glede rezultatov mikrobioloških preiskav omenjenih oskrbovank.

V ponedeljek 27. oktobra 2014 smo vzpostavili redne dnevne kontakte z glavno sestro doma. Dne 29. oktobra 2014 smo prejeli povratno informacijo o potrjenih pozitivnih brisih na *B. pertussis* obolelih dveh oskrbovank. Glede na to, da v domu prevladujejo starejši ljudje s kroničnimi boleznimi in glede na oceno tveganja, da je obolela zaposlena prihajala v tesen stik z vsemi varovanci, smo se odločili vsem varovancem in izpostavljenim zaposlenim predpisati zaščito z azitromicinom tri dni zapored 500 mg.

Naknadno smo izvedeli, da je v domu zbolela še tretja zaposlena, ki je začela kašljati 08. oktobra 2014, pri njej je bil bris nosno-žrelnega prostora pozitiven 27. oktobra 2014. Antibiotik je prejela dva dneva za tem.

SLIKA 3

Epidiagram obolelih za oslovskim kašljem jeseni 2014 na Gorenjskem. Vir: NIJZ - OE Kranj.



Zaposleni v DSO (odvisno od ocene tveganja vodje zdravstvene nege v domu) so bili napoteni do osebnih zdravnikov in tam prejeli zaščito. Prijava izbruha omenjenega doma še ni zaključena. V obdobju po zadnji prijavi obolele v oktobru do sredine novembra ni bilo novih primerov obolelih.

Zaključek

Opisani prikaz izbruha oslovskega kašlja opominja na to, da je ta bolezen v Sloveniji še vedno prisotna. V omenjenem izbruhu so zboleli in bili laboratorijsko potrjeni trije odrasli zaposleni zdravstveni delavci in dve starejši oskrbovanki. Glede na to, da so bili omenjenim zaposlenim izpostavljeni vsi oskrbovanci, ki so starejši in morda tudi ne cepljeni, smo trenutni izbruh omejili s preventivnim jemanjem antibiotika. Ker pa se populacija stara, bi bilo smiselno, da se natančno spremlja starostno-specifične incidenčne stopnje primerov oslovskega kašlja v Sloveniji in po potrebi razmisliti tudi o uvedbi dodatnih poživitvenih odmerkov pri mladostnikih in odraslih osebah.

Literatura

1. Crowcroft NS, Pebody RG. Recent developments in pertussis. Lancet.2006; 367: 1926-36.

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis (whooping cough). Atlanta, GA: CDC. Updated 11 Jun 2012. [Accessed 10 Apr 2013]. Available from: <http://www.cdc.gov/pertussis/countries.html>.
3. Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A. Infekcijske bolezni (1, 2). Ljubljana: Tangram; 2002.
4. Chin J. Communicable diseases Manual. Pertussis parapertussis. American Public Health Association 2000; 17: 375-9.
5. Grgič-Vitek M, Klavs I, Kraigher A. Re-emergence of pertussis in Slovenia: Time to change immunization policy. Vaccine 2008; 26: 1874-8.
6. Crespo I, Broner S, Soldevila N, Martinez A, Godoy P, Sala-Farre MR, Comany M, Rius C, Dominguez A, Group of Catalonia TP. Characteristics of pertussis outbreaks in Catalonia, Spain, 1997 to 2010. Hum Vaccin Immunolther 2014. Dostopno na : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184820> (10.11.2014).
7. Sizaire V, Garrido-Esteba M, Masa-Calles J, Martinez de Aragon MV. Increase of pertussis incidence in 2010 to 2012 after 12 years or low circulation in Spain. Eurosurveillance 2014. Dostopno na: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20875> (10.11.2014).
8. Vink MA, Bootsma MC, Wallinga J. Serial intervals of respiratory infectious diseases: a systematic review and analysis. Am J Epidemiol 2014; 180: 865-75.



ZASTRUPITVE Z GOBAMI

MUSHROOM POISONING

Simona Perčič¹, Lucija Šarc², Lucija Perharič¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje
2. Univerzitetni klinični center, Center za zastрупitve

Gobarjenje je v Sloveniji eden od najbolj priljubljenih hobijev, gobe pa cenjena kulinarčna specialiteta. »Kot gobe po dežju!« Gotovo poznate ta rek. No, nabiranje gob po dežju je res priporočljivo, saj gobe po dežju res prav rade rastejo in z malo sreče, predanosti in volje jih boste tudi vi lahko našli. Nabiranje slastnih gobjih dobrot ni zgolj gurmanski užitek, ampak tudi gibanje v sproščujočem okolju in na svežem zraku. Gobe ali glive so rastline brez klorofila, ki se hranijo zajedavsko ali pa so gniloživke. Poznamo kar 70 tisoč vrst gob, ki večinoma rastejo poleti in jeseni, ko je na voljo dovolj vlage in toplote, ki jo potrebujejo za rast. Te izjemne rastline lahko pripravimo na najbolj raznolike načine. Najpogosteje jih nabiramo v gozdovih, na poljih in travnikih, celo v sadovnjakih in parkih, pogosto tudi na naših vrtovih. Priporočljivo je zmerno uživanje gob, kot dodatek k različnim jedem je v navadi v večini kuhinj, vendar pa moramo skrbno pretehtati oziroma

dobro poznati vrste gob, ki jih uživamo, kajti številne med njimi so strupene. Posebej ranljive skupine prebivalstva, kot so ljudje s predpisanimi dietami, starejši in otroci do četrtega leta starosti, naj bi gob sploh ne uživali (1). Pravi gobarji naj bi se učili v gobarskih društvih, na ekskurzijah in predvsem od starejših izkušenih gobarjev, ki podajajo svoje znanje in dragocene izkušnje.

V Sloveniji poznamo približno 3 000 vrst gob, med njimi je kakih 200 strupenih. Strupi (toksini) v gobah so kemične snovi, ki se izdelujejo in hranijo v telesu sadeža. Čeprav so prisotni v majhnih količinah, imajo potencialno škodljivi učinek na različne organe človeka pri uživanju strupenih gob. Učinki so lahko različni in segajo od prebavnih motenj pri blagih zastrupitvah do smrti pri hujših. Vzrok za zastrupitev je velikokrat zamenjava strupene gobe z užitno zaradi podobnosti v barvi in splošni morfologiji, kar predstavlja 95 % vseh vzrokov za zastrupitev. Vsaka strupena goba vsebuje enega ali več strupov, ki so lahko razvrščeni v skupine glede na fiziološke in klinične učinke, tarčni organ in potreben čas (latentni čas) za pojav simptomov in znakov po zaužitju. Na resnost zastrupitve vplivajo tudi zaužita količina, letni čas, geografsko območje, na katerem je gliva zrastle, način priprave in individualni odziv na strupe (1).

Strupene gobe v Sloveniji razdeljene po strupih, ki ga/jih vsebujejo

Amanitinski strupi

Amanita phalloides V. (zelena mušnica), *Amanita virosa* B. (koničasta mušnica), *Amanita verna* B. (pomladanska mušnica), *Galerina marginata* B. (obrobljena kučmica)



zelena mušnica

koničasta mušnica



pomladanska mušnica



obrobljena kučmica

Parafaloidni strupi

Lepiota helveola B. (pogubni dežniček), *Lepiota burnneoincarnata* C. (mesnorjavi dežniček), *Lepiota josserandii* L. (parkovni dežniček), *Lepiota fuscovinaciae* M. (vinski dežniček), *Lepiota lilacea* B. (lilasti dežniček)



pogubni dežniček



mesnorjavi dežniček



parkovni dežniček



vinski dežniček



lilasti dežniček

Giromitrinski strupi

Gyromitra esculenta P. (pomladanski hrček), *Neogyromitra gigas* K. (orjaški hrček)



pomladanski hrček

orjaški hrček

Orelaninski strupi

Cortinarius orellanus F. (poljska koprenka), *Cortinarius rubellus* C. (najlepša koprenka)



najlepša koprenka



poljska koprenka

Muskarinski strupi

Inocybe erubescens B. (rdečkasta razcepljenka), *Inocybe geophylla* B. (prstenolista razcepljenka), *Inocybe rymosa* B. (zašiljena razcepljenka), *Cytocybe dealbata* P. (pobeljena livka), *Cytocybe phyllophila* P. (listna livka), *Cytocybe rivulosa* P. (kolobarčasta livka)



prstenolista razcepljenka



rdečkasta razcepljenka



zašiljena razcepljenka



pobeljena livka



listna livka



kolobarčasta livka

Strupi ibotenske kisline

Amanita pantherina DC. (pegasta mušnica), *Amanita muscaria* L. (rdeča mušnica),
Amanita regalis F. (rjava mušnica)



pegasta mušnica



rdeča mušnica



rjava mušnica

Koprinski (antabusni) strupi

Coprinopsis atramentaria B.(prava tintovka), *Coprinellus micaceus* B.(sludnjati tintovec), *Ampulloclitoclibe clavipes* P. (betičasta livkarica)



prava tintovka

sludnjati tintovec

betičasta livkarica

Paxilusni strupi

Paxillus involutus B. (navadna podvihanka)



navadna podvihanka

Strupene gobe z delovanjem na prebavila

Agaricus xantoderma P. (karbolni kukmak), *Boletus satanas* L.(vražji goban), *Cortinarius traganus* F. (lilasta koprenka), *Entoloma niphoides* C. (snežnata)

rdečelistka), *Entoloma rinodopolium* F. (nizka rdečelistka), *Heneloma binapizans* P. (redkvičasta medlenka), *Hypholoma fasciculare* L. (navadna žvepljenjača), *Lactarius chysorrheus* F. (zlatosočna mlečnica), *Lactarius pubescens* F. (barjanska mlečnica), *Lactarius scrobiculatus* S. (jamičasta mlečnica), *Lactarius torminosus* S. (kosmata mlečnica), *Omphalotus olearius* DC. (oljkov livkar), *Ramaria formosa* P. (lepa griva), *Ramaria pallida* S. (bleda griva), *Russula emetika* S. (bljuvna golobica), *Scleroderma citrinum* P. (navadna trdokožnica), *Tricholoma pardinum* Q. (pegasta kolobarnica), *Tricholoma sulfureum* K. (žveplena kolobarnica)



karbolni kukmak

vražji goban

lilasta koprenka



snežnata rdečelistka



nizka rdečelistka



redkvičasta medlenka



navadna žvepljenjača

zlatosočna mlečnica

barjanska mlečnica



jamičasta mlečnica



kosmata mlečnica



oljkov livkar



lepa griva



bleda griva



bljuvna golobica



navadna trdokožnica



pegasta kolobarnica



žveplena kolobarnica

Vir slik: Gobarsko društvo lisička, pridobljeno s spletne strani, avgust 2014:
<http://www.gobe.si/Gobe/Gobe>

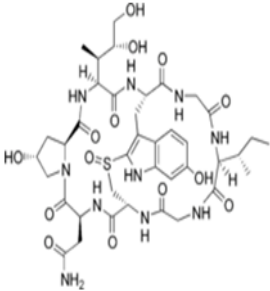
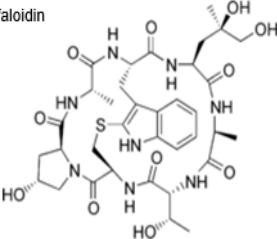
Vrste zastrupitev z gobami glede na klinično sliko in simptome

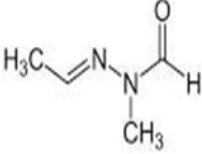
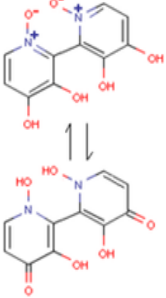
Glede na klinično sliko oziroma značilne simptome ločimo več vrst zastrupitev z gobami (glej prilogo 1). Te so poimenovane po strupih, ki jih vsebuje določena skupina gob: amatoksinška, giromitrinska, ibotenska, koprinska, muskarinska, psilocibinska in orelaninska. Dodani sta še dve vrsti - prvo povzročata obsežna skupina strupenih gob, ki vsebujejo doslej še pretežno neidentificirane strupe z lokalnim učinkom na sluznico prebavnega trakta in povzročajo le prebavne motnje, imenujemo jo gastrointestinalna; drugo vrsto predstavljajo simptomi, ki se lahko pojavijo po zaužitju sicer užitnih gob in niso vezani na toksine; pojavijo se lahko zaradi preobilnega gobjega obroka, neustrezne priprave gob, težke prebavljivosti

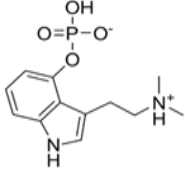
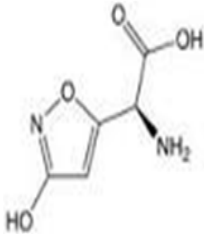
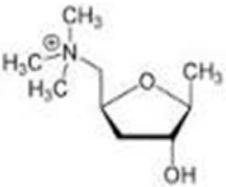
gob, zaužitja pokvarjenih ali sekundarno kontaminiranih gob, predhodne bolezni prebavil, alergije na mikoproteine ali idosinkrazije na gobje sestavine. Ker se večina zastrupitev z gobami začne s slabostjo, bruhanjem in drisko, je zdravnik vedno znova v dvomu, ali gre za najpogostejšo zastrupitev s strupenimi gobami, ki povzročajo le prebavne motnje, to je gastrointestinalni sindrom, ali pa za najnevarnejšo zastrupitev z gobami, ki jo povzročajo amatoksini zelene mušnice. Z zastrupitvami z ostalimi skupinami gob se srečujemo sporadično.

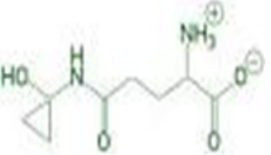
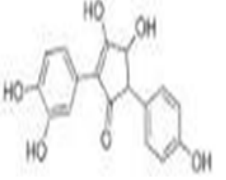
TABELA 1

Strupi, ki povzročajo zastрупitev z gobami, patofiziologija, tarčni organi, latentni čas ter znaki in simptomi, ki se pojavijo ob zastрупitvi

STRUPI	PATOFIZIOLOGIJA	TARČNI ORGANI	ČAS DO POJAVA PRVIH ZNAKOV (latentni čas)	SIMPTOMI IN ZNAKI	ZDRAVLJENJE
CIKLOPEPTIDI					
amanitin 	<ul style="list-style-type: none"> 5 subtipov termostabilnih cikličnih oktapeptidov hitro se resorbira v prebavilih prizadenejo mukozne celice prebavne cevi, jetrne in ledvične tubularne celice iz portalnega krvnega obtoka vstopi v jetrne celice značilna je enterohepatična cirkulacija (strup se iz jeter izloča v žolč in od tam nazaj v črevo, kjer se zopet resorbira v kri) lahko ga merimo v urinu, blatu in izbruhani vsebini inhibira RNA polimerazo II hepatična encefalopatija akutna ledvična odpoved 	jetra in ledvice	dolg latentni čas običajno od 6 do 12 ur	<ul style="list-style-type: none"> prvo obdobje (6 do 24 ur): bruhanje, slabost in driska drugo obdobje (24 do 48 ur): klinično latentna, laboratorijski znaki okvare jeter: povečanje: AST, ALT, LDH, INR tretja obdobje (3. do 6. dan): zlatenica, hemoragična diateza, hipoglikemija, NH₃ hiperamoniemija, bolečine pod desnim rebrom, hepatična encefalopatija, ledvična odpoved, srčna dekompenzacija 	izpiranje želodca - aktivno oglje: v ponavljajočih odmerkih - salinično odvajalo (če nima driske) - infuzije glukosalinične raztopine, parenteralna prehrana - vzdrževanje dobre diureze - silibinin ali kristalni penicilin - sveža zmrznjena plazma (pri JPC pod 20%) - zdravljenje hiperamoniemije in hepatične encefalopatije - druga simptomatska terapija - transplantacija jeter
faloidin 	<ul style="list-style-type: none"> sindrom podoben koleri inhibicija aaktinske polimeraze, kar povzroča oslABLJENO funkcijo celične membrane prebavnega trakta in s tem zgodnjo prebavno simptomatiko 	prebavni trakt jetra	srednje dolg latentni čas približno 6 ur	<ul style="list-style-type: none"> bruhanje, vodena driska Amanitin in faloidin navadno pri zastрупitvi nastopata skupaj, zato se tudi klinični sliki prepletata. Večina literature navaja, da faloidin povzroča zgodnjo prebavno simptomatiko, amatoksini pa za jetrno in ledvično odpoved. 	ker sta zastрупitvi z amanitini in faloidini največkrat sočasni, se zdravljenje prepleta z zgoraj navedenim

GIROMITRINI					
	<ul style="list-style-type: none"> • so topni derivati hidrazina • v želodcu se hidrira v acetaldehid in N-metil-N-formilhidrazin (MFH), ki se počasi pretvori v N-metilhidrazin (MH) • MFH inhibira številne jetrne sisteme (P-450 in glutation) in povzroča jetrno nekrozo (povečana AST in ALT) • MH inhibira piridoksinkinazo in povzroči okvare v telesu, kjer je ta encim potreben sintezo GABA (gama amino maslena kislina), kar povzroča primanjkljaj nevrotransmiterja GABA v možganih in posledično hiperekscitacijo in krče. • lahko pride tudi do methemoglobinemije, hemolize in odpovedi ledvic 	jetra ledvice krvi obtok živčevje	dolg latentni čas običajno od 6 do 12 ur po jedi	<ul style="list-style-type: none"> • simptomi so podobni kot pri zastrupitvi z amanitinom • bruhanje, slabost, bolečine v trebuhu, glavobol in driska (od 6 do 20 ur) • jetrna okvara, hemoglobinurija in anurija • krči, vrtoglavica, motnje koordinacije gibov, delirij, nezavest, koma 	Dekontaminacija po nasvetu kliničnega toksikologa simptomatično eventuelno piridoksin hidroklorid
ORELANINSKI					
	<ul style="list-style-type: none"> • je brezbarven in kristaliziran v naravi • lahko se pretvori v strupeni orelin • deluje na ledvični tubularni sistem in povzroča tubularno nekrozo • znižane vrednosti AF in LDH • povzroča maščobno infiltracijo jeter • povzroča hude vnetne spremembe v črevesju po zgradbi je podoben strupenemu herbicidu parakvatu 	ledvice jetra prebavni trakt	Dolg latentni čas Od 3 do 21 dni in več	<ul style="list-style-type: none"> • zgodnje obdobje: utrujenost, žeja, pekoča bolečina v ustih in suha usta, bolečine v trebuhu, bruhanje in slabost, driska, bolečine v sklepih in mišicah • pozno obdobje: anurija in akutna ledvična odpoved 	dekontaminacija simptomatično hemodializa

PSILOCIBINSKI					
psilocibin psilocin 	<ul style="list-style-type: none"> psilocin in psilocibin sta halucinogena indola delujeta podobno, kot LSD na osrednje živčevje predvsem na obnašanje in zaznavanje, kot tudi na vegetativno živčevje in posledično na vegetativne funkcije 	centralni živčni sistem	kratek latentni čas Od 15 min do 2 uri	<ul style="list-style-type: none"> glavobol, omotičnost, vrtoglavica razširjene zenice, motnje ravnotežja, mišična šibkost, mravljinčenje, bradikardija ali tahikardija (pospešen ali upočasnen utrip), nizek krvni pritisk, evforija, depresija tesnoba, motnje v zaznavanju prostora in časa, halucinacije, depersonalizacija, delirij, nezavest 	dekontaminacija simptomatično počitek v mirnem prostoru
IBOTENSKA KISLINA					
	<ul style="list-style-type: none"> ibotenska kislina je strukturno podobna glutaminski kislini in deluje kot agonist na glutaminske receptorje (NMDA receptorji) ibotenska kislina je in vivo dekarboksilirana v muscimol muscimol je strukturno podoben GABA in deluje kot GABA agonist v centralnem živčnem sistemu 	centralni, vegetativni živčni sistem	kratek latentni čas Od 15 minut do 2 uri	<ul style="list-style-type: none"> opoj podoben alkoholnemu, sledijo zmedenost, motnje v govoru in motoriki, ataksija, izrazit motorični nemir, motnje vida in izčrpanost halucinacije z agitacijo in depersonalizacijo hujši primeri: tonično-klonični krči in nezavest simptomatika se konča po 10 do 15 urah spancu, značilna je retrogradna amnezija 	dekontaminacija simptomatično (benzodiazepini)
MUSKARINSKI					
	<ul style="list-style-type: none"> spodbuja postganglionskeholinergične nevrone v avtonomnem živčnem sistemu zgradba podobna kot acetilholin, veže se na acetilholinski receptor na sinapsah živčnih končičev gladkih mišičnih celic in endokrinih žlez; povzroči parasimpatikomimetične učinke zaradi kvaternarne strukture, ne more prehajati skozi krvno-možgansko pregrado muskarin je odporen na delovanje esteraze in lahko povzroči neprekinjeno stimulacijo na vezanih receptorjih 	centralni, vegetativni živčni sistem- parasimpatični	kratek latentni čas Od nekaj minut do 2 uri	<ul style="list-style-type: none"> povišan mišični tonus, krči povišana motiliteta prebavil in sečil (bruhanje, diareja, krči) bradikardija (upočasnen srčni utrip), zožene zenice, znojenje in slinjenje 	dekontaminacija atropin simptomatično

KOPRIN (antabusin)					
	<ul style="list-style-type: none"> • koprin se v organizmu presnovi v amino-kislino aminociklopropanol, ki moti presnovo etanola, ker zavira aldehyddehidrogenazo v jetrih, zato se kopiči strupeni acetaldehid v organizmu; razvije se disulfiramska reakcija ob prisotnosti več kot 0,15 promila alkohola v krvi • odsvetovano je uživanje alkohola 24 do 48 ur po obroku • učinek je podoben učinku disulfirama 	vegetativni živčni sistem presnovni sistem kardiovaskularni sistem	različno dolg latentni čas 0,5 do 2 uri po zaužitju alkohola znotraj 3 dni po gobjem obroku	<ul style="list-style-type: none"> • slabost, bruhanje, žeja, znojenje, vročica obraza in telesa; • značilni so tudi glavobol, pospešeno in težko dihanje, bolečine v prsih, pospešen srčni utrip, nizek krvni pritisk, slabost, motnje vida, vrtoглаvica, zmedenost in kolaps • v hudih primerih pride do presnovne acidoze, motenj srčnega ritma, šoka in srčnega infarkta 	dekontaminacija simptomatično (dobra hidracija)
INVOLUTIN					
	<ul style="list-style-type: none"> • hemolitična anemija, ki jo povzročijo imunski kompleksi z hemoglobinurijo, oligourijo, anurijo in akutno odpovedjo ledvic 	hemoliza v krvnem obtoku ledvice	kratek latentni čas 15 min do 2 uri pri ponavljajočem uživanju	<ul style="list-style-type: none"> • rdeč urin • simptomi podobni orelaninski zastrupitvi 	dekontaminacija simptomatično glukokortikoidi, hemodializa pri akutni ledvični odpovedi plazmafereza za odstranjevanje imunskih kompleksov

GASTROINTESTINALNI SINDROM	PATOFIZIOLOGIJA	TARČNI ORGAN	ČAS DO POJAVA PRVIH ZNAKOV (latentni čas)	ZNAKI IN SIMPTOMI	ZDRAVLJENJE
še neznan strupi	<ul style="list-style-type: none"> • termostabilni strupi • delujejo lokalno na želodčno in črevesno sluznico 	prebavila	srednje dolg latentni čas Od 15 min do 2 uri	<ul style="list-style-type: none"> • nenaden pojav prebavne simptomatike: slabost, bruhanje, driska • lahko pride do motenj v krvnem obtoku, znojenje, izsušitev z odpovedjo ledvic 	dekontaminacija simptomatično (dobra hidracija) • vedno moramo misliti na sočasno zaužitje gob, ki vsebujejo amanitin in giromitrin zato je potreben bolnišnični nadzor
ALERGIJE					
	<ul style="list-style-type: none"> • domnevna je bronhoalveolarna alergijska reakcija na gobje alergene zraku 	pljuča	različno dolg latentni čas Od nekaj minut do nekaj ur	<ul style="list-style-type: none"> • slabost, bljuvanje, nasofaringitis • čez nekaj dni: vročina, utrujenost, dispneja, pnevmonitis 	dekonataminacija simptomatično

Razlaga kratic:

AST – aspartat aminotransferaza

ALT- alaninaminotransferaza

AF- alkalna fosfataza

LDH- laktatnadehidrogenaza

INR- mednarodno umerjeno razmerje. INR je pravzaprav razmerje protrombinskih časov, ki bi ga dobili, če bi uporabili referenčni tromboplastin namesto uporabljenega.

NMDA- N-metil-D-aspartat

GABA- gama-amino-maslena kislina

Prva pomoč, ki jo nudimo ob sumu na zastrupitev z gobami

V primeru težav po zaužitju gob se moramo takoj posvetovati z osebnim ali dežurnim zdravnikom, ki bo na osnovi anamnestičnih podatkov ter znakov in simptomov ocenil, ali je potrebna ambulantna oziroma hospitalna obravnava. Če bo treba, se bo posvetoval tudi z zdravnikom v Centru za zastrupitve, ki bo podal tudi navodila glede izzivanja bruhanja, lavaže želodca in dajanja aktivnega oglja ter odvajala. **Večina zastrupitev z gobami se začne s slabostjo, bruhanjem in drisko. Pravočasna prepoznavna zastrupitve z zeleno mušnico je za bolnika odločilna, saj tovrstna zastrupitev zahteva takojšnje odločno specifično ukrepanje za razliko od zastrupitve s strupenimi gobami, ki povzročajo le prebavne motnje in težave običajno spontano izzvenijo ali pa so potrebni le simptomatični ukrepi.**

Pri sumu na zastrupitev z gobami napredimo skrbno anamnezo: kdo, kaj, kdaj, kje, kako - je zaužil strupeno gobo. Pri identifikaciji zaužitih gob si pomagamo tudi s slikami iz gobarske literature. Ker je anamneza glede zaužitih precej nezanesljiva, je ključni diagnostični usmernik čas, ki je pretekel od zaužitja gob, do pojava prvih znakov. Prvi simptomi se pri zaužitju gob, ki povzročajo le gastrointestinalni sindrom, začnejo kmalu, znotraj dveh ur po zaužitju gob, pri zastrupitvi z zeleno mušnico pa šele po najmanj šestih urah. Shranimo tudi morebitne ostanke gob, prav tako tudi izbljuvane vsebine želodca zaradi morebitne identifikacije trosov in pomoči zdravniku, ko se odloča o zdravljenju.

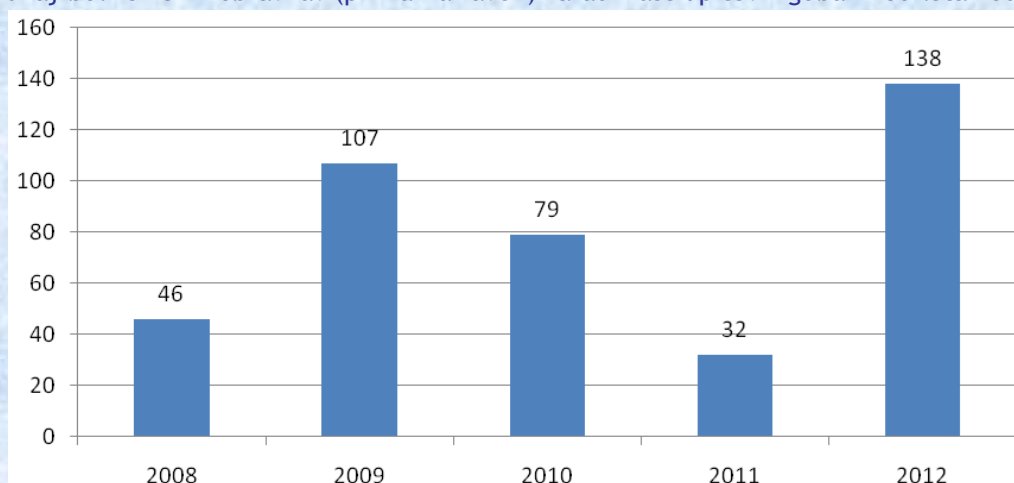
Zastrupitve z gobami v Sloveniji

Zastrupitve z gobami so pogoste v poznem poletnem, predvsem pa v jesenskem času. Zaradi številnih priljubljenih načinov konzerviranja gob, moramo možnost zastrupitve z gobami diferencialno diagnostično upoštevati tudi izven gobarske sezone. Število zastrupitev z gobami je na splošno gledano v upadanju, kar pripisujemo ozaveščenosti ljudi glede nevarnosti uživanja gob. Število smrti zaradi zastrupitev z gobami se je v zadnjih letih zmanjšalo na nič do en primer letno - pred dobrimi dvajsetimi leti je v Sloveniji zaradi zastrupitve z zeleno mušnico umrlo letno tudi do deset ljudi. Zadnji dve leti je bila izredno bogata gobarska sezona, v družbi pa se pojavlja tudi splošen trend k bioprehrani, kar je verjetno botrovalo k ponovnemu porastu števila zastrupitev z gobami, k sreči pa ne tistih najhujših, ki se končajo s smrtjo.

Epidemiološki podatki o zastrupitvah z gobami v Sloveniji za zadnjih pet let

SLIKA 1

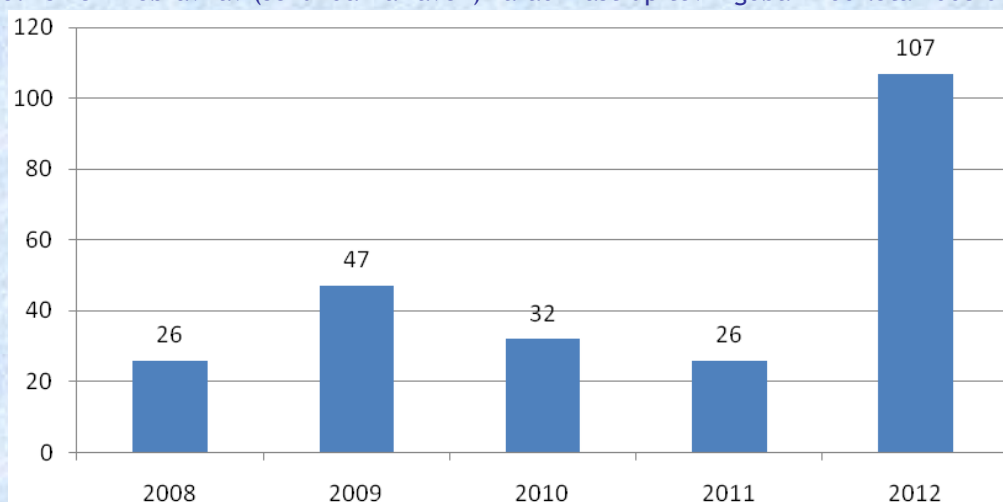
Število zunaj-bolnišničnih obravnav (primarna raven) zaradi zastrupitev z gobami od leta 2008 do 2012



Vir: Zbirka podatkov: Zunajbolnišnična statistika, NIJZ. 2014

SLIKA 2

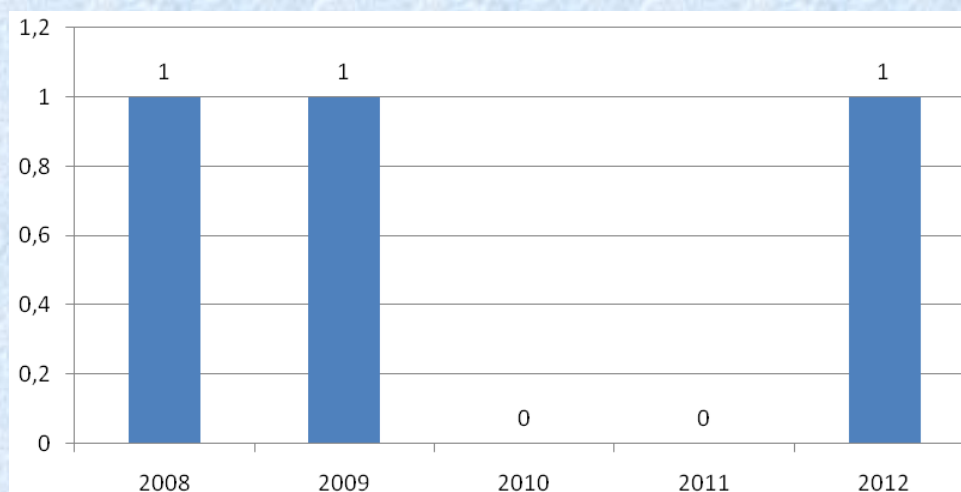
Število bolnišničnih obravnav (sekundarna raven) zaradi zastrupitev z gobami od leta 2008 do 2012



Vir: Zbirka podatkov: Zbirka hospitalizacij (epizod, agregiranih po diagnozah) zaradi bolezni, poškodb ali zastrupitev, NIJZ. 2014

SLIKA 3

Število smrtnih izidov zaradi zastrupitve z gobami od leta 2008 do 2012



Vir: Zbirka podatkov: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ.2014

Zaključek

Nabiranje in uživanje gob je velik užitek in je v Sloveniji zelo priljubljeno. Vendar je uživanje gob lahko tudi zelo nevarno, zato moramo biti zelo pazljivi, katere gobe nabiramo in uživamo. V primeru suma na zastrupitev z gobami se čim prej posvetujemo z zdravnikom in ne čakamo, da bodo težave mogoče spontano minile, saj s tem izgubljam čas, ko je še možno z ustrezno terapijo preprečiti najhujše učinke pri morebitni zastrupitvi z zeleno mušnico.

Literatura

1. Horowitz BZ, Pinasky MR. Mushroom Toxicity. Medscape. Pridobljeno 6.6.2014 s spletne strani: <http://emedicine.medscape.com/article/167398-overview>.
2. Kirbiš S, Sinkovič A. Zastrupitev z gobami. Med Razg. 2009; 48: 137-143.



ŽIVILA S PRETEČENIM DATUMOM MINIMALNE TRAJNOSTI SO LAHKO V PROMETU

FOODSTUFFS FOR WHICH DATE OF MINIMUM DURABILITY HAS EXPIRED MAY BE PRESENT ON MARKET

Pavel Pollak¹, Simona Uršič¹, Irena Veninšek-Perpar¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

UVOD

Slovenija je uvedla spremenjeno prakso označevanja živil (Pravilnik o splošnem označevanju predpakiranih živil - Ur.l.RS, št. 36/2014)(1), kar pomeni, da se lahko prodajajo tudi živila, ki imajo pretečen datum minimalne trajnosti. Vlada RS pričakuje, da bo s tem omogočena delitev viškov hrane socialno ogroženim in da bodo humanitarne organizacije lažje dobile in upravljale s presežki hrane, s čimer bomo srednjeročno zmanjšali količino zavržene hrane. Izpostavljena je bila tudi koristnost socialnih trgovin, ki so v tujini v osnovi namenjene zbiranju odvečne hrane in njenega posredovanja tistim, ki jo potrebujejo. Socialne trgovina tako koristi vsem - trgovcem in proizvajalcem, ki neprodanega blaga ne zavržejo, socialno najšibkejšim potrošnikom in tudi državi pri lažšanju socialnih stisk (2). Stališča glede uveljavitve obravnavanega Pravilnika pa so tudi drugačna. Humanitarne organizacije sprejemajo »novo« prakso glede označevanja živil precej zadržano: prevzem in dostava presežkov bosta morebiti nekoliko lažja, vprašanje pa je, koliko bodo trgovci še zainteresirani za njihovo doniranje, če bodo živila odslej lahko ponujali tudi po preteku roka. In to za zdaj neomejeno dolgo, kar vzbuja dvom o kakovosti živil. Do kdaj pa bodo živila res še varna za uživanje, bo moral po novem oceniti trgovec, ki bo živila prodajal. Sicer gre za izdelke, kot so riž, testenine, zdrob, polenta, kava, suhi fižol, marmelada, olje, sokovi ..., ki niso hitro pokvarljivi. Stališče Zveze potrošnikov Slovenije je: *»Namen spremembe pravilnika je opredeljen kot potrebno dejanje za pomoč socialnim trgovinam in dobrodelnim organizacijam, s spremembo pa so dejansko omogočili trgovini prodajo neprodanih zalog prehranskih izdelkov, po tistem, ko jim je pretekel rok minimalne trajnosti. Tak način prodaje pomeni ne le zmanjševanje kakovosti izdelkov na prodajnih policah, ampak tudi dodatna možna tveganja za zdravje kupcev, ker zdaj z nobenim predpisom ni več urejeno, koliko časa so tovrstni prehranski izdelki še lahko v prodaji.«* (3)

Kako druge članice EU gledajo na spremenjeno prakso označevanja živil?

Podobno Uredbo (4), kot je obravnavani pravilnik, bodo druge države članice EU uveljavile 12. decembra 2014. Pripravljenost in odnos do prodaje hrane s pretečenim rokom minimalne trajnosti se v državah članicah zelo razlikujeta. Dejstvo je, da v zvezi s tem vidijo težave predvsem države, ki so se pridružile EU v kasnejših razširitvah in so imele v prejšnjih časih precej rigidne preskriptivne zakonodaje, relativna ohlapnost in nedefiniranost obravnavanih EU predpisov pa jim je precej tuja. Na Švedskem npr. takšna prodaja že dolgo poteka - v zvezi s tem nimajo nikakršnih težav - živil s pretečenim rokom minimalne trajnosti v trgovinah niti ni potrebno namestiti na posebne prodajne police, kakršen je predpis pri nas. Tudi na Irskem takšna živila prodajajo že dolgo. V Nemčiji spodbujajo, da

se tovrstna hrana preseli v socialne trgovine. V Avstriji je takšna živila možno kupiti le v posebnih »socialnih« trgovinah - pri tem gre za spodbujanje socialnega podjetništva. Zaposleni v socialni trgovini je usposobljen tudi oceniti primernost prehranskega izdelka s pretečeno minimalno trajnostjo - vizualno pregleda embalažo, izdelek odpre in opravi organoleptični/senzorični pregled živila. Oceni videz, vonj in okus živila ter presodi o njegovi primernosti za uporabo.

Kdo je odgovoren za varno hrano? Odgovornost med deležniki je deljena (Shared Responsibility):

1. **Nosilci živilskih dejavnosti** so primarno odgovorni. Zagotavljanje varne hrane zahteva celosten pristop skozi celotno živilsko verigo, kar pomeni, da mora vsak nosilec živilske dejavnosti v katerem koli njenem delu zagotoviti, da varnost hrane ni ogrožena. V tem smislu morajo nosilci živilskih dejavnosti v okviru notranjega nadzora, za katerega so odgovorni, izvajati programe dobre higienske prakse in postopke, ki temeljijo na načelih sistema HACCP v skladu z Uredbo (ES) 852/2004 o higieni živil (5). Nosilci humanitarnih organizacij in socialnih ustanov ter trgovin so pri svojih postopkih s hrano zavezanci omenjene uredbe. Glede na 10. člen Uredbe o izvajanju delov določenih uredb Skupnosti glede živil, higiene živil in uradnega nadzora nad živila (Uradni list RS, št. 72/10)(6) lahko nosilci humanitarnih organizacij oziroma drugi zainteresirani v okviru sektorja, ki mu pripadajo, pristopijo k pripravi Nacionalnih smernic za dobro higiensko prakso in uporabo načel HACCP. Uveljavljanje »mehke« zakonodaje je v nacionalnem interesu - Smernice namreč omogočajo pomembno pomoč živilskim dejavnostim pri doseganju ciljev Uredbe (ES) 852/2004 o higieni živil (5).
2. **Država** svojo soodgovornost izkazuje z izvajanjem uradnega nadzora s strani pristojnih organov v sestavi posameznih ministrstev, ki pri nosilcih živilskih dejavnosti preverjajo skladnost z živilsko zakonodajo.
3. **Potrošniki** smo pomemben zadnji člen v živilski verigi, ki zagotavljamo varno hrano in preprečujemo bolezni, ki se z njo lahko prenašajo (7). Potrošniki imamo glede zagotavljanja varne hrane mnoge odgovornosti - jo kupujemo, shranjujemo, obdelujemo, pripravljamo in nudimo tako drugim kot sebi. Zavedati se moramo varnostnih zahtev in poznati lastnosti posameznih vrst živil (8). Postopki rokovanja z živila v domačem okolju lahko vplivajo na preživetje in razmnoževanje patogenih mikroorganizmov kot tudi na navzkrižno onesnaženje drugih živil (9). Glede na dejstvo, da 92 % žensk in 61 % moških pripravlja obroke najmanj enkrat do dvakrat na teden, če ne vsak dan (10), je zelo pomembno, da se z živila postopa tako, da ne povečujemo tveganja za bolezni, ki se prenašajo s hrano.

Kljub zaupanju v učinkovit sistem varnosti živil se je treba zavedati, da bolezni, ki se prenašajo s hrano, predstavljajo pomemben in naraščajoč javnozdravstveni ter ekonomski problem v mnogih deželah (11).

Zaključek

Za osvetlitev kompleksne problematike sta za spletno stran Nacionalnega inštituta za javno zdravje v pripravi prispevka »**Vodila/Smernice za razdeljevanje živil v**

socialnih ustanovah«, ki je prevod ter priredba avstrijskega dokumenta »Leitfaden für die Weitergabe von Lebensmitteln an soziale Einrichtungen«(12) in »**Rok uporabnosti živil**«.

Literatura

1. Pravilnik o splošnem označevanju predpakiranih živil. Ur. l. RS, št. 36/2014.
2. Ministrstvo za delo, družino socialne zadeve in enake možnosti. Omogočena delitev viškov hrane socialno ogroženim. Novica z dne 28.5.2014. Privzeto dne 8.9.2014 s spletne strani: http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article//7442/.
3. Zupančič Grašič J. Viški hrane: bomo socialno ogroženim delili odpadke? Nedelo. 1.6.2014. Privzeto dne 8.9.2014 s spletne strani: <http://www.delo.si/zgodbe/nedeljskobranje/viski-hrane-bomo-socialno-ogrozenim-delili-odpadke.html>.
4. Uredba (EU) Evropskega parlamenta in Sveta št. 1169/2011 z dne 25. oktobra 2011 o zagotavljanju informacij o živilih potrošnikom, spremembah uredb (ES) št. 1924/2006 in (ES) št. 1925/2006 Evropskega parlamenta in Sveta ter razveljavitvi Direktive Komisije 87/250/EGS, Direktive Sveta 90/496/EGS, Direktive Komisije 1999/10/ES, Direktive 2000/13/ES Evropskega parlamenta in Sveta, direktiv Komisije 2002/67/ES in 2008/5/ES in Uredbe Komisije (ES) št. 608/2004.
5. Uredba Evropskega parlamenta in Sveta (ES) št. 852/2004 z dne 29. aprila 2004 o higieni živil.
6. Uredba o izvajanju delov določenih uredb Skupnosti glede živil, higiene živil in uradnega nadzora nad živil. Ur. l. RS, št. 72/2010.
7. The Pennington group. (1997) Report on the circumstances leading to the 1996 outbreak of infection with *E. Coli* O157 in Central Scotland, the implications for food safety and the lessons to be learned. The Stationery Office. Edinburgh.
8. Communicable diseases network, Australia and New Zealand working party (CDNANZ). (1997) Foodborne Disease: Towards Reducing Foodborne Illness in Australia. December. Technical Report series No.2 Commonwealth of Australia.
9. Roberts, T., Ahl, A. and McDowell, R. (1995) Risk assessment for microbial hazards. In Roberts, T., Jensen, H. And Unnoehr, L. (eds) *Tracking Foodborne Pathogens from Farm to Table*. Economic Research Service (ERS). Conference proceedings, Jan 9-10. Washington D.C. USDA, ERS. Miscellaneous Publication No. 1532.
10. Nicolaas, G. (1995) Cooking: Attitudes and Behaviour. OPCS Social Survey Division. Omnibus Survey Publications: Report 5. HMSO. London.
11. World Health Organisation (WHO). (2000) Address by the Director General to the 53rd World Health Assembly. Reference A53/3. 15 May. Geneva.
12. Schneider, F. Leitfaden für die Weitergabe von Lebensmitteln an soziale Einrichtungen. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, 2011. Privzeto dne 8.9.2014 s spletne strani: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/VerbraucherInnengesundheit/Lebensmittel/Leitfaden_fuer_die_Weitergabe_von_Lebensmitteln_an_soziale_Einrichtungen.

PRIJAVLJENI PRIMERI SPOLNO PRENESENIH OKUŽB V SLOVENIJI, ČETRTLETNO POROČILO, 1. JULIJ–30. SEPTEMBER 2014

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN SLOVENIA

Tanja Kustec¹, Sandra Kosmač¹, Irena Klavs¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

V obdobju od 1. julija do 30. septembra 2014 je bilo na osnovi *Zakona o nalezljivih boleznih* (Ur. l. št. 69/95) Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje prijavljenih **283 primerov** spolno prenesenih okužb (SPO), od tega **190 pri moških** in **93 pri ženskah**.

Prijavljenih je bilo **57 primerov spolno prenesene klamidijske okužbe** (46 pri moških in 11 pri ženskah), **17 primerov gonoreje** (16 pri moških in eden pri ženskah), **osem primerov zgodnjega sifilisa** pri moških in **šest primerov neopredeljenega sifilisa** pri moških. Med ostalimi prijavljenimi spolno prenesenimi boleznimi po sindromih in/ali povzročiteljih je bilo **108 primerov genitalnih bradavic**, **53 primerov nespecifičnega uretritisa** in **34 primerov genitalnega herpesa**.

Od 16 prijavljenih primerov gonoreje pri moških je devet moških navedlo vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih. Pri osmih prijavljenih primerih zgodnjega sifilisa pri moških so trije navedli vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze.

Skupaj so **74 odstotkov** primerov SPO prijavili dermatovenerologi, **18 odstotkov** ginekologi, **tri odstotke** zdravniki splošne medicine, po **dva odstotka** infektologi in mikrobiologi ter **en odstotek** proktologi.

Med prijavljenimi primeri SPO je bilo **devet tujih državljanov** (dva državljana in državljanka iz Srbije in Črne gore, štirje državljani iz Bosne in Hercegovine, en državljan iz Makedonije in ena državljanka iz Ukrajine).

Podatki o prijavljenih primerih in prijavni incidenci SPO podcenjujejo pojavljanje teh okužb v prebivalstvu, predvsem spolno prenesene klamidijske okužbe, saj je v Sloveniji opravljenih zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidije. Prijavljeno število primerov zato nikakor ni zanesljiv pokazatelj bremena te okužbe med prebivalstvom. SPO pogosto ostanejo neprepoznane, številne diagnosticirane pa niso prijavljene. Razlike v prijavnih incidencah SPO med različnimi zdravstvenimi regijami predvidoma ne odražajo različnega bremena teh okužb med regijami, temveč nakazujejo razlike v prepoznavanju in prijavljanju teh okužb med različnimi specialisti in različnimi regijami.

V **tabeli 1** so prikazani prijavljeni primeri in prijavne incidence zgodnjega sifilisa, gonoreje in spolno prenesene klamidijske okužbe glede na spol in regijo bivanja v Sloveniji od 1. julija do 30. septembra 2014. V **tabeli 2** so prikazani prijavljeni primeri in prijavne incidence zgodnjega sifilisa, gonoreje in spolno prenesene klamidijske okužbe glede na spol in starostno skupino v Sloveniji od 1. julija do 30. septembra 2014.

TABELA 1

Prijavljeni primeri in prijavne incidence zgodnjega sifilisa, gonoreje in spolno prenesene klamidijske okužbe glede na spol in regijo bivanja v Sloveniji od 1. julija do 30. septembra 2014

		zgodnji sifilis		gonoreja		klamidijska okužba – genitalna	
		št. prij. primerov	št. na 100.000	št. prij. primerov	št. na 100.000	št. prij. primerov	št. na 100.000
Celje	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	1	0,7	1	0,7	7	4,6
	<i>skupaj</i>	1	0,3	0	0,0	7	2,3
Gorica	ženski	0	0,0	0	0,0	1	1,9
	moški	0	0,0	0	0,0	1	2,0
	<i>skupaj</i>	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Koper	ženski	0	0,0	0	0,0	2	2,7
	moški	2	2,7	1	1,4	3	4,1
	<i>skupaj</i>	2	1,4	1	0,7	5	3,4
Kranj	ženski	0	0,0	0	0,0	1	1,0
	moški	1	1,0	3	3,0	5	5,0
	<i>skupaj</i>	1	0,5	3	1,5	6	2,9
Ljubljana	ženski	0	0,0	0	0,0	4	1,2
	moški	2	0,6	5	1,6	17	5,3
	<i>skupaj</i>	2	0,3	5	0,8	21	3,2
Maribor	ženski	0	0,0	0	0,0	2	1,2
	moški	1	0,6	5	3,1	10	6,3
	<i>skupaj</i>	1	0,3	5	1,5	12	3,7
Murska Sobota	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<i>skupaj</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Novo mesto	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	1	1,4	0	0,0	1	1,4
	<i>skupaj</i>	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Ravne	ženski	0	0,0	1	2,8	0	0,0
	moški	0	0,0	1	2,8	1	2,8
	<i>skupaj</i>	0	0,0	2	2,8	1	1,4
neznana	ženski	0		0		0	
	moški	0		0		0	
	<i>skupaj</i>	0		0		0	
<i>skupaj (slovenski državljani)</i>	ženski	0	0,0	1	0,1	10	1,0
	moški	8	0,8	16	1,6	45	4,4
	<i>skupaj</i>	8	0,4	17	0,8	55	2,7
tujci	ženski	0		0		1	
	moški	0		0		1	
	<i>skupaj</i>	0		0		2	
<i>vsi skupaj</i>	ženski	0		1		11	
	moški	8		16		46	
	<i>skupaj</i>	8		17		57	

Vir podatkov: Prijave spolno prenesenih okužb, 24.11.2014.

TABELA 2

Prijavljeni primeri in prijavne incidence zgodnjega sifilisa, gonoreje in spolno prenesene klamidijske okužbe glede na spol in starostno skupino v Sloveniji od 1. julija do 30. septembra 2014

		zgodnji sifilis		gonoreja		klamidijska okužba – genitalna	
		št. prij. primerov	št. na 100.000	št. prij. primerov	št. na 100.000	št. prij. primerov	št. na 100.000
<15	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<i>skupaj</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-19	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	0	0,0	1	2,0	2	4,0
	<i>skupaj</i>	0	0,0	1	1,0	2	2,0
20-24	ženski	0	0,0	0	0,0	3	5,3
	moški	0	0,0	2	3,3	10	16,5
	<i>skupaj</i>	0	0,0	2	1,7	13	11,1
25-29	ženski	0	0,0	0	0,0	5	7,5
	moški	0	0,0	4	5,5	15	20,7
	<i>skupaj</i>	0	0,0	4	2,9	20	14,4
30-34	ženski	0	0,0	0	0,0	2	2,7
	moški	2	2,4	1	1,2	7	8,5
	<i>skupaj</i>	2	1,3	1	0,6	9	5,8
35-44	ženski	0	0,0	1	0,7	1	0,7
	moški	2	1,3	5	3,2	9	5,7
	<i>skupaj</i>	0	0,0	6	2,0	10	3,3
45-64	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	4	1,3	3	1,0	3	1,0
	<i>skupaj</i>	4	0,7	3	0,5	3	0,5
≥65	ženski	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	moški	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<i>skupaj</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
skupaj	ženski	0	0,0	1	0,1	11	1,1
	moški	8	0,8	16	1,6	46	4,5
	<i>skupaj</i>	8	0,4	17	0,8	57	2,8

Vir podatkov: Prijave spolno prenesenih okužb, 24.11.2014.

Izčrpnější podatki o SPO v Sloveniji za obdobje zadnjih desetih let so predstavljeni v poročilu »*Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2013*« (2), ki je na voljo na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS: http://www.ivz.si/hiv_spo.

Literatura

1. Zakon o nalezljivih boleznih /ZNB/. Ur. l. RS, št. 69/1995.
2. Klavs I, Kustec T, Kastelic Z, Kosmač S. *Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2013*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, 2014.

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN OBVLADOVANJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI

MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES

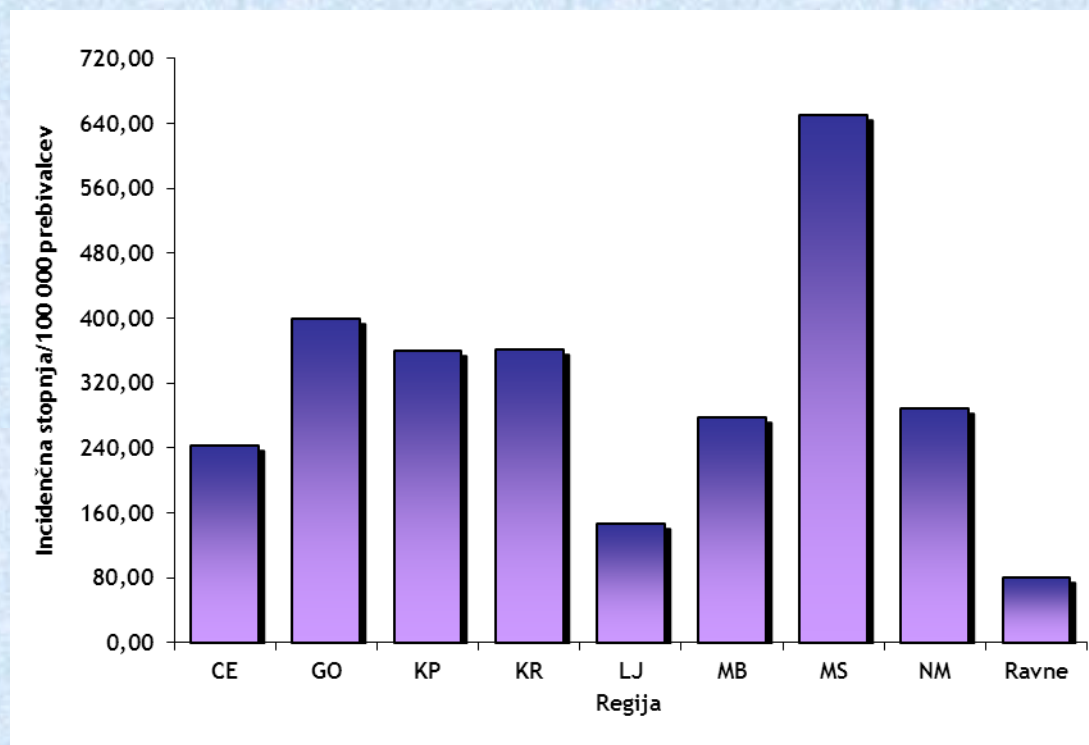
Maja Praprotnik¹, Saša Steiner Rihtar¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹, Marta Grgič Vitek¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

V oktobru 2014 smo prejeli skupaj 5 456 prijav nalezljivih bolezni. Prijavna stopnja je bila 265/100 000 prebivalcev. Najvišja prijavna stopnja je bila v murskosoboški regiji (650/100 000), najnižja pa v ravenski regiji (80/100 000) (Slika 1).

SLIKA 1

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po regijah, Slovenija, oktober 2014



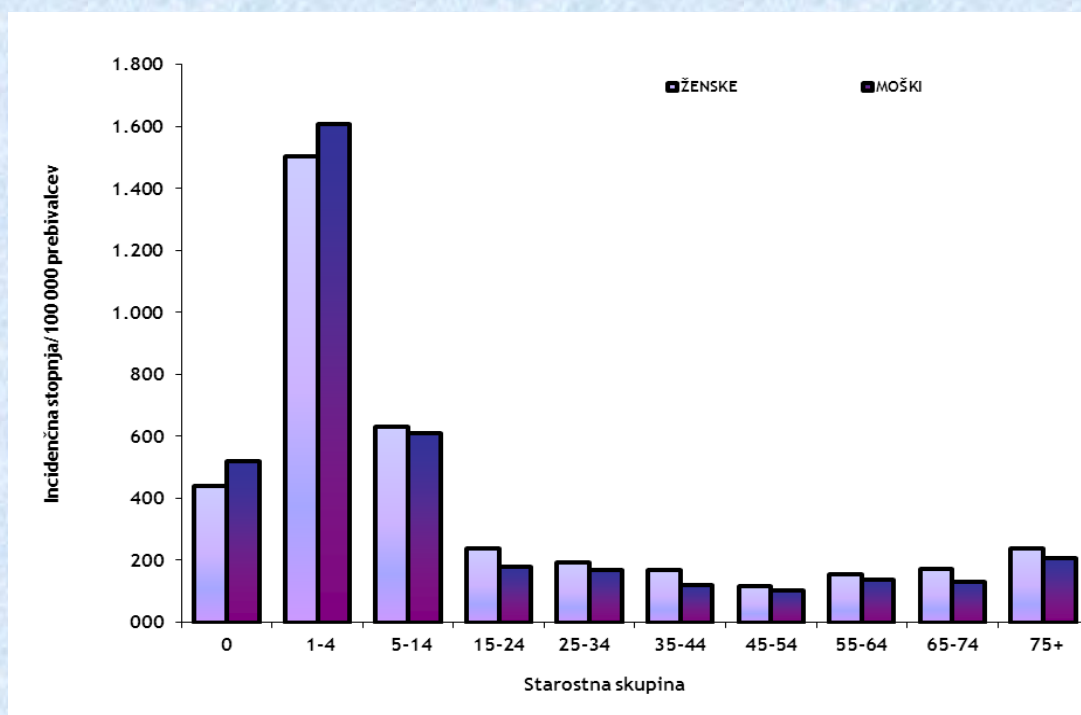
V število prijavljenih primerov niso zajeti AIDS, spolno prenosljive okužbe (razen hepatitisov) in tuberkuloza.

Med 5 456 prijavljenimi primeri je bilo 52 % (2 852) ženskega spola in 48 % (2 604) moškega spola. 2 652 (49 %) obolelih so bili otroci v starosti 0–14 let. Najvišja prijavna incidenčna stopnja je bila v starostni skupini 1–4 leta (1 558/100 000 prebivalcev), najnižja pa v starostni skupini 45–54 let (110/100 000 prebivalcev) (Slika 2).

V oktobru 2014 je bil najpogosteje prijavljen gastroenteritis neznane etiologije (1 428), streptokokni tonzilitis (668) in norice brez zapletov (465).

SLIKA 2

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po spolu in starosti, Slovenija, oktober 2014



NALEZLJIVE BOLEZNI, KI SE PRENAŠAJO KAPLJIČNO ALI PO ZRAKU

Respiratorne nalezljive bolezni so obsegale 41 % (2 222, prijavna incidenčna stopnja 108/100 000) vseh prijavljenih bolezni v oktobru 2014. Najpogosteje je bil prijavljen streptokokni tonzilitis (668) in norice brez zapletov (465). Najvišja obolevnost je bila v koprski regiji 209/100 000 prebivalcev, najnižja pa v ravenski regiji (26/100 000 prebivalcev) (Slika 3).

BOLEZNI, KI JIH PREPREČUJEMO S CEPLJENJEM

V oktobru smo prejeli 14 prijav oslovskega kašlja, po pet iz kranjske in ljubljanske regije, dve iz novomeške regije, po ena pa iz murskosoboške in celjske regije. Glede na podatke s prijavnic je bilo 11 (79 %) primerov laboratorijsko potrjenih. Med prijavljenimi zbolelimi sta bila dva mlajša od enega leta, šest bolnikov je bilo starih 12 do 19 let, šest pa jih je bilo starejših od 30 let. Med prijavljenimi zbolelimi je bilo šest žensk in osem moških.

Prijavljenih je bilo tudi 469 bolnikov z noricami in 326 primerov herpes zostra.

Od invazivnih okužb smo prejeli 33 prijav invazivne pnevmokokne okužbe in eno prijavo invazivnega obolenja, povzročenega z bakterijo *Haemophilus influenzae* pri otroku.

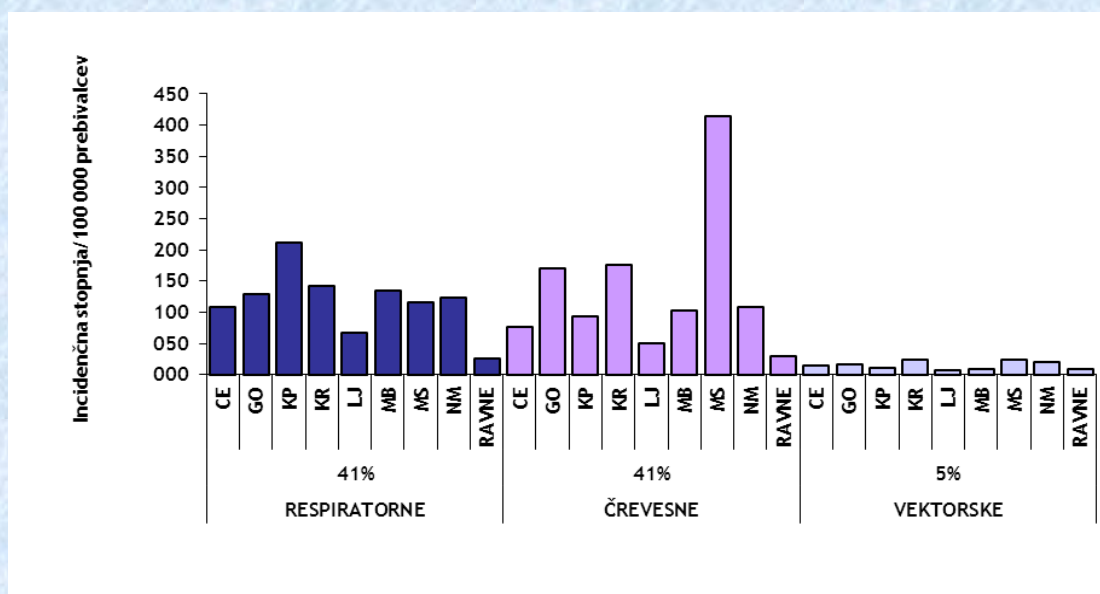
V oktobru je bil prijavljen en primer tetanusa pri starejši bolnici. Primerov ošpic, rdečk ali mumpsa nismo zabeležili.

ČREVESNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Prijavljenih je bilo 2 227 bolnikov (prijavna incidenčna stopnja 108/100 000 prebivalcev) z akutno črevesno okužbo (41 % vseh prijav v oktobru 2014) (Slika 3). Največ je bilo prijav gastroenteritisa neznane etiologije (1 428), črevesnih virusnih okužb brez opredeljenega povzročitelja (205) in norovirusnih okužb (161). Najvišja stopnja obolevnosti je bila v murskosoboški regiji (414/100 000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (29/100 000 prebivalcev).

SLIKA 3

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po skupinah in regijah, Slovenija, oktober 2014

**NALEZLJIVE BOLEZNI, KI JIH PRENAŠAJO ČLENONOŽCI**

V oktobru 2014 smo prejeli 271 prijav nalezljivih bolezni, ki jih prenašajo členonožci, kar predstavlja pet % vseh prijav v tem mesecu. Prejeli smo 264 prijav Lymske borelioze ter sedem prijav klopnega meningoencefalitisa.

TABELA 1

Prijavljene nalezljive bolezni po datumu prijave, Slovenija, v letu 2014

	CE	GO	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	Ravne	Skupaj oktober 2014	Inc./100 000 preb.	Skupaj leto 2014
A02.0 Salmonelni enteritis	9	2	9	3	18	6	9	1	5	62	3,01	413
A02.1 Salmonelna sepsa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	4
A04.0 Infekcija z enteropatogeno <i>E.coli</i>	2	1	0	0	1	0	0	0	0	4	0,19	66
A04.2 Infekcija z enteroinvazivno <i>E.coli</i>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,10	10
A04.3 Infekcija z enterohemoragično <i>E.coli</i>	0	3	0	0	2	0	0	0	0	5	0,24	28
A04.4 Enteritis (<i>E.coli</i>)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	12
A04.5 Enteritis (<i>Campylobacter</i>)	14	9	11	11	28	17	10	4	0	104	5,05	905
A04.6 Enteritis (<i>Yersinia enterocolitica</i>)	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0,15	15
A04.7 Enterokolitis (<i>Clostridium difficile</i>)	3	0	4	5	8	4	6	7	0	37	1,80	298
A04.8 Druge opredeljene črevesne inf. (bakterijske)	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0,19	26
A04.9 Črevesna bakterijska infekcija, neopredeljena	2	10	4	4	0	0	0	0	1	21	1,02	258
A05.0 Stafilokokna zastrupitev s hrano	1	0	4	0	0	0	0	0	0	5	0,24	27
A05.9 Bakterijska zastrupitev s hrano, neopredeljena	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	26
A07.1 Lamblijoza (Giardioza)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	32
A07.2 Kriptosporidioza	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	7
A07.9 Protozojska črevesna bolezen, neopredeljena	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	4
A08.0 Rotavirusni enteritis	7	1	6	25	27	34	36	23	0	159	7,72	1375
A08.1 Akutna gastroenteropatija (virus Norwalk)	9	59	19	42	14	4	14	0	0	161	7,82	981
A08.2 Adenovirusni enteritis	1	1	2	0	6	2	3	0	0	15	0,73	124
A08.3 Drugi virusni enteritis	1	0	0	0	0	4	0	0	0	5	0,24	62
A08.4 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	22	26	40	33	0	26	50	7	1	205	9,96	1572
A09 Driska in gastroenteritis (infekcija)	157	60	40	233	218	236	360	110	14	1428	69,36	9002
A27.8 Druge oblike leptospiroze	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,10	6
A27.9 Leptospiroza, neopredeljena	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0,19	15
A35 Tetanus	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	4
A37.0 Oslovski kašelj (<i>Bordetella pertussis</i>)	1	0	0	5	1	0	1	1	0	9	0,44	264
A37.9 Oslovski kašelj, neopredeljen	0	0	0	0	4	0	0	1	0	5	0,24	110
A38 Škrlatinka	23	10	23	15	23	35	3	18	4	154	7,48	2015
A40.1 Sepsa, ki jo povzroča streptokok skupine B	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0,10	7
A40.3 Sepsa, ki jo povzroča <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	0	0	1	3	0	3	1	0	9	0,44	78

A40.8 Druge vrste streptokokna sepsa	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0,15	15
A41.0 Sepsa, ki jo povzroča <i>Staphylococcus aureus</i>	2	0	0	1	0	4	0	0	0	7	0,34	94
A41.1 Sepsa zaradi kakega drugega opred. stafilokoka	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0,15	19
A41.3 Sepsa, ki jo povzroča <i>Haemophilus influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,05	9
A41.5 Sepsa zaradi drugih gram-negativnih organizmov	3	2	1	0	8	6	2	0	0	22	1,07	221
A41.8 Druge vrste opredeljena sepsa	3	0	0	0	2	1	4	0	0	10	0,49	58
A41.9 Sepsa, neopredeljena	4	1	3	7	4	1	1	8	0	29	1,41	271
A46 Erizipel (šén)	36	17	18	25	28	44	21	14	3	206	10,01	1993
A48.1 Legioneloza (legionarska bolezen)	0	1	0	1	4	0	0	0	0	6	0,29	51
A49.2 Infekcija zaradi <i>Haemophilus influenzae</i> , neopred	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	1
A69.2 Lymska boreliozna - eritem	43	16	16	46	51	30	28	29	5	264	12,82	3491
A84.1 Centralnoevropski klopni - KME	3	0	0	2	0	0	0	0	2	7	0,34	99
A87.0 Enterovirusni meningitis(G02.0*) ECHO,Coxsackie	3	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0,19	18
A87.9 Virusni meningitis, neopredeljen	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4	0,19	108
A98.5 Hemoragična vročica z renalnim sindromom (HMRS)	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0,10	24
B01.8 Norice z drugimi komplikacijami	0	2	1	0	1	0	0	0	0	4	0,19	43
B01.9 Norice brez komplikacij	88	46	24	28	95	137	13	32	2	465	22,59	7506
B02.0 Encefalitis zaradi zostra (G05.1*)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	7
B02.1 Meningitis zaradi zostra (G02.0*)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	6
B02.9 Zoster brez zapleta	54	16	29	50	63	53	31	21	7	324	15,74	3197
B15.9 Hepatitis A brez hepatične kome	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	10
B16.9 Akutni hepatitis B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	8
B18.1 Kronični virusni hepatitis B brez agensa delta	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	0,15	19
B18.2 Kronični virusni hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,05	45
B18.8 Druge vrste kronični hepatitis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	1
B27.0 Gamaherpesvirusna mononukleoza	4	0	3	0	0	0	0	5	0	12	0,58	64
B27.9 Infekcijska mononukleoza, neopredeljena	7	11	3	4	17	7	4	3	0	56	2,72	596
B35.0 Tinea barbae in tinea capitis (brade in glave)	9	3	2	0	2	8	7	2	1	34	1,65	315
B35.2 Tinea manuum (roke)	14	1	0	0	1	4	11	3	0	34	1,65	298
B35.3 Tinea pedis (noge)	0	18	11	0	8	14	14	3	4	72	3,50	626
B35.4 Tinea corporis (telesa)	15	12	8	6	37	8	4	6	1	97	4,71	505
B35.6 Tinea cruris	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	30
B35.8 Druge dermatofitoze	1	0	0	0	0	4	1	1	0	7	0,34	41
B35.9 Dermatofitoza, neopredeljena	44	23	10	13	21	30	36	6	2	185	8,99	1634
B36.9 Superficialna mikoza, neopredeljena	0	0	1	0	0	0	13	0	0	14	0,68	128
B58.9 Toksoplazmoza, neopredeljena	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,10	29
B68.9 Tenioza, neopredeljena	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0,10	5
B80 Enterobioza	33	27	30	16	43	17	16	27	3	212	10,30	1567
B86 Skabies	8	2	2	6	15	10	7	3	0	53	2,57	301
B95.3 Invazivna pnevmokokna pljučnica	1	0	5	0	6	0	0	0	0	12	0,58	90
G00.1 Pnevmonokni meningitis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	8
G03.9 Meningitis, neopredeljen	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4	0,19	16
J02.0 Streptokokni faringitis	8	6	50	29	3	0	3	7	0	106	5,15	1119
J02.8 Akutni faringitis (drugi opredeljeni povzročit.)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	1
J03.0 Streptokokni tonzilitis	87	17	94	86	170	126	49	37	2	668	32,45	7896
J03.9 Akutni tonzilitis, neopredeljen	0	1	53	0	0	17	1	24	0	96	4,66	779
J10.1 Gripa z drugimi manif.na dihalih,dokazan v.infl.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	470
J13 Pljučnica,ki jo povzroča <i>Strept. pneumoniae</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,05	14
Z22.5 Nosilec povzročitelja virusnega hepatitisa B	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0,10	32
SKUPAJ	734	409	530	704	952	897	767	405	58	5456	265,01	
INCIDENCA/100 000 PREBIVALCEV	243	400	359	345	147	278	650	289	80	265		



PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI

OUTBREAKS

Tatjana Frelih¹, Maja Praprotnik¹

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

V letu 2014 (do vključno 21. novembra 2014) so območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje prijavile skupno 63 izbruhov nalezljivih bolezni. Dvaindvajset izbruhov se je zgodilo v domovih za starejše občane (DSO), trinajst v vrtcih, osem v šolah, pet v bolnišnicah, štirje v gostinskem obratu, po trije v socialno-varstvenih zavodih in v družinah ter dva na izletih in po en v šolskem centru, med prebivalci naselja, v osnovni šoli in vrtcu skupaj.

V zadnjem mesecu (24. 10. 2014–21. 10. 2014) smo prejeli deset prijav izbruha nalezljivih bolezni. V treh izbruhih je bila izolirana *Salmonella Enteritidis*, in sicer v gostinskem obratu, v osnovni šoli ter skupaj v vrtcu in osnovni šoli. V dveh vrtcih so zabeležili izbruh rotaviroze. V dveh domovih za starejše občane so zabeležili rotavirusno okužbo in izbruh oslovskega kašlja. V osnovni šoli so zabeležili izbruh atipične pljučnice, katera preiskava še poteka, prav tako pa poteka še preiskava črevesnih okužb v socialno-varstvenem zavodu in vrtcu.

TABELA 1

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni, Slovenija, do 21. novembra 2014

OE NIJZ	LOKACIJA	ZAČETEK	KONEC	POVZROČITELJ	VRSTA IZBRUHA	I	Z	H	U	V	
1	CE	bolnišnica	27.12.2013	2.1.2014	norovirus	kontaktni	ni podatka	20	0	0	0
2	LJ	bolnišnica*	28.12.2013		ni ugotovljen						
3	NM	DSO	1.1.2014	13.1.2014	rotavirus,norovirus	kontaktni	270	58	0	0	53
4	MB	DSO	2.1.2014	11.1.2014	norovirus	kontaktni	330	32	0	0	0
5	GO	DSO	2.1.2014	22.1.2014	norovirus	kontaktno-kapljični	140	42	0	0	0
6	CE	VVZ	6.1.2014	16.1.2014	rotavirus	kontaktni	54	21	0	0	0
7	CE	VVZ	11.1.2014	16.1.2014	norovirus	kontaktni	115	19	1	0	0
8	MB	bolnišnica	16.1.2014	25.1.2014	norovirus	kontaktni	174	48	0	0	16
9	LJ	DSO	1.2.2014	7.2.2014	norovirus	kontaktni	86	14	0	0	0
10	GO	DSO	8.2.2014	22.2.2014	virus influenza A	kapljični	186	38	3	1	0
11	MB	DSO	9.2.2014	28.2.2014	virus influenza A	kapljični	229	30	0	0	0
12	CE	gostinski obrat	20.2.2014	21.2.2014	norovirus	kontaktni	31	18	0	0	0
13	MB	DSO	25.2.2014	19.3.2014	norovirus	kontaktni	228	94	0	0	0
14	CE	socialno varstveni zavod	1.2.2014	18.3.2014	virus influenza A	kapljični	370	92	9	2	0
15	KR	VVZ	1.2.2014	24.3.2014	<i>Streptococcus pyogenes</i>	kapljični	73	18	1	0	0
16	LJ	DSO	16.2.2014	23.3.2014	virus influenza A	kapljični	195	29	2	4	0
17	KR	bolnišnica	24.2.2014	27.2.2014	Boca virus, enterovirus, rinovirus	kapljični	38	11	0	0	0
18	CE	VVZ	3.3.2014	14.3.2014	norovirus	kontaktni	51	20	0	0	0
19	MB	DSO	5.3.2014	11.3.2014	virus influenza A	kapljični	172	16	0	0	0
20	LJ	DSO	28.2.2014	13.3.2014	rotavirus	kontaktni	290	16	0	0	0

21	KR	VVZ	20.3.2014	28.3.2014	norovirus	kontaktni	49	25	0	0	0
22	KP	DSO	17.3.2014	27.2.2014	virus influenza A (H3)	kapljični	200	20	2	3	0
23	KR	socialno varstveni zavod	20.3.2014	7.4.2014	virus influenza A	kapljični	160	24	0	0	0
24	Ravne	DSO	21.3.2014	11.4.2014	rotavirus	kontaktni	216	33	1	0	0
25	CE	osnovna šola	26.3.2014	28.3.2014	ni ugotovljen	kontaktni	228	60	0	0	0
26	KR	DSO	26.3.2014	23.4.2014	virus influenza A	kapljični	176	46	2	0	0
27	MS	DSO	30.3.2014	10.4.2014	norovirus	kontaktno-aerogeni	240	26	0	0	0
28	GO	DSO	31.3.2014	8.4.2014	rotavirus	kontaktno-kapljični	164	18	0	0	0
29	MB	DSO	5.4.2014	12.4.2014	ni ugotovljen	kontaktni	207	20	0	0	0
30	MB	izlet	11.4.2014	13.4.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	44	16	0	0	0
31	Ravne	osnovna šola	18.4.2014	7.6.2014	<i>Bordetella pertussis</i>	kapljični	555	87	5	0	0
32	LJ	DSO	8.4.2014	6.5.2014	rotavirus	kontaktni	400	96	0	0	0
33	CE	VVZ	15.5.2014	25.5.2014	rotavirus	kontaktni	50	25	10	0	0
34	LJ	osnovna šola	21.5.2014	24.5.2014	norovirus	kontaktno-aerogeni	60	43	0	0	0
35	LJ	osnovna šola	2.6.2014	2.6.2014	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	kapljični	50	4	0	0	0
36	KP	bolnišnica	12.6.2014	12.6.2014	ni ugotovljen	verjetno kontaktni	neznano	3	0	0	0
37	LJ	DSO	16.7.2014	21.7.2014	ni ugotovljen	ni ugotovljen	284	17	0	0	0
38	Ravne	gostinski obrat	27.7.2014	12.8.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	neznano	57	21	0	56-500
39	KR	šolski center	19.8.2014	21.8.2014	norovirus	kontaktni	53	14	0	0	0
40	Ravne	družina	21.8.2014	26.8.2014	<i>Bordetella pertussis</i>	kapljični	14	6	0	0	1
41	LJ	gostinski obrat	1.9.2014	4.9.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	neznano	5	0	0	0
42	KR	VVZ	2.9.2014	2.10.2014	rotavirus	kontaktni	200	45	2	0	0
43	KR	VVZ	9.9.2014	17.10.2014	norovirus	kontaktni	310	70	0	0	0
44	GO	DSO	11.9.2014	2.10.2014	norovirus	kontaktno-kapljični	191	59	0	1	0
45	KR	družina	15.9.2014	16.9.2014	<i>Bordetella pertussis</i>	kapljični	9	4	0	0	0
46	KP	DSO	15.9.2014	25.9.2014	rotavirus	kontaktni	144	42	0	0	0
47	CE	VVZ	16.9.2014	20.9.2014	ni ugotovljen	kontaktni	99	15	0	0	0
48	MB	izlet	17.9.2014	19.9.2014	ni ugotovljen	alimentarno-kontaktne	101	41	1	0	0
49	MB	VVZ	24.9.2014	26.9.2014	ni ugotovljen	kontaktni	46	15	0	0	0
50	LJ	osnovna šola	1.9.2014	3.10.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	500	19	2	0	0
51	LJ	srednja šola	29.9.2014	5.10.2014	ni ugotovljen	kontaktno-kapljični	39	21	0	0	0
52	LJ	naselje	Sept.2014	23.9.2014	<i>Salmonella Typhimurium</i>	hidrični	120	5	3	0	0
54	KP	družina	14.10.2014	21.10.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	17	13	3	0	0
53	KR	DSO*	10.9.2014		<i>Bordetella pertussis</i>	kapljični	118	4	0	0	0
55	Ravne	osnovna šola*	17.10.2014		<i>Salmonella Enteritidis</i>		15	3	0	0	0
56	GO	DSO*	19.10.2014		rotavirus	kontaktni	147	4	0	0	0
57	KR	socialno varstveni zavod*	20.10.2014		v preiskavi		170	7	0	0	0
58	NM	gostinski obrat	14.10.2014	17.10.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	alimentarni	35	9	1	0	3
59	MB	osnovna šola*	28.10.2014		<i>Mycoplasma pneumoniae</i>		40	10	2	0	0
60	MS	VVZ	29.10.2014	4.11.2014	rotavirus	kontaktno-aerogeni	113	5	5	0	0
61	NM	VVZ*	3.11.2014		rotavirus	kontaktni	323	20	1	0	0
62	CE	VVZ*	10.11.2014		v preiskavi		110	13	0	0	0
63	MB	osnovna šola in VVZ	23.9.2014	7.10.2014	<i>Salmonella Enteritidis</i>	ni ugotovljen	130	7	0	0	0

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

AKTUALNO

PRIMERI MRZLICE ZAHODNEGA NILA PO OBMOČJIH, posodobitev 20. 11. 2014 - EU REGIJA/OBMOČJE MEDITERANA

DISTRIBUTION OF WEST NILE FEVER CASES BY AFFECTED AREAS, update 20. 11. 2014 - European region/Mediterranean basin

Irena Jeraj¹

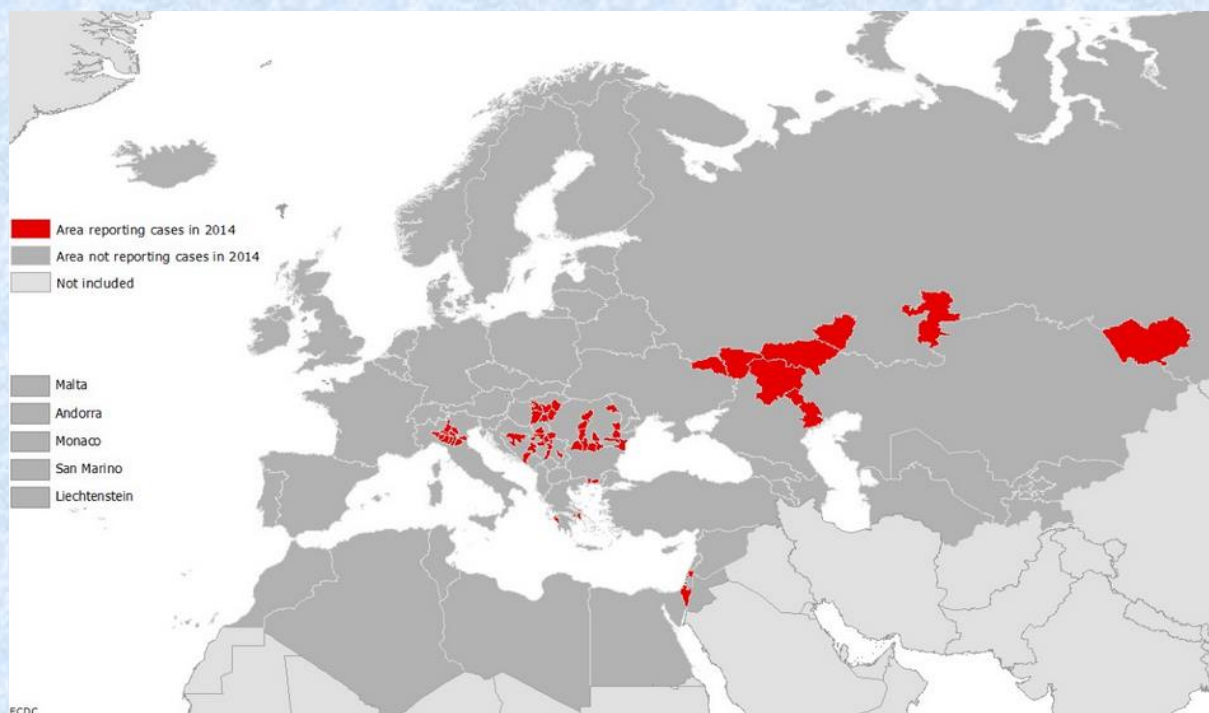
1. Nacionalni inštitut za javno zdravje

Kumulativno število primerov mrzlice Zahodnega Nila do 20. novembra 2014 je 210: Avstrija 1, Grčija 15, Madžarska 11, Italija 24, Romunija 23, Bosna in Hercegovina 13, Izrael 17, Palestina 1, Rusija 29, Srbija 76. Več na spodnji povezavi:

http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/west_nile_fever/West-Nile-fever-maps/pages/index.aspx

SLIKA 1

Razporeditev primerov mrzlice Zahodnega Nila po območjih, EU regija/območje Mediterana, sezona 2014 (posodobljeno 20. 11. 2014)



Vir :

http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/west_nile_fever/West-Nile-fever-maps/pages/index.aspx



"Precej je treba vedeti, preden opaziš, kako malo veš." (Waggerl)