

Małgorzata Sadkowska-Todys, Mirosław P Czarkowski

SALMONELOZY W POLSCE W 2010 ROKU

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

CEL. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej salmoneloz w Polsce w 2012 roku w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę przeprowadzono na podstawie wyników analizy danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce 2012”, informacji z laboratoriów stacji sanitarno-epidemiologicznych i z formularzy dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach salmoneloz, nadesłanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne do Zakładu Epidemiologii oraz danych pochodzących z Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego. Na potrzeby nadzoru zachorowania były kwalifikowane zgodnie z obowiązującą definicją przypadku.

WYNIKI. W 2012 r. zarejestrowano w Polsce łącznie 8 444 zachorowania na salmoneloz odzwierzęce, w tym 8 267 przypadków salmoneloz jelitowej i 177 pozajelitowej. Zapadalność wyniosła 21,9 na 100 000 ludności. Kryteria przypadku potwierdzonego spełniło ponad 94% zachorowań. Liczba zarejestrowanych zachorowań była niższa niż w 2011r., co świadczy o utrzymywaniu się tendencji spadkowej liczby przypadków salmoneloz w Polsce. Utrzymuje się bardzo wysoki odsetek (69,4%) hospitalizacji osób zakażonych odzwierzęcymi pałeczkami *Salmonella*. W ogniskach odsetek ten stanowił 1/3 wszystkich zachorowań. Chorowały głównie dzieci w wieku poniżej 5 lat. Zmarło z powodu salmoneloz 7 osób. W 2012 r. zgłoszono 181 ognisk wywołanych przez pałeczki *Salmonella*, w których zachorowało 1 511 osób. W większości były to małe ogniska rodzinne. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym salmoneloz w Polsce jest *S.Enteritidis*, jednak nieznacznie zwiększa się odsetek pałeczek, u których nie określono typu serologicznego – w 2012 wyniósł on 14%. Odsetek ten był najwyższy w województwie pomorskim i wyniósł 58%.

WNIOSKI. Utrzymywanie się od ponad 10 lat odsetka hospitalizacji salmoneloz na poziomie 70%, świadczy o niedorejestrowaniu tej choroby w kraju i rozpoznawaniu przede wszystkim przypadków salmoneloz wymagających leczenia szpitalnego. O trudnościach z diagnostyką laboratoryjną salmoneloz świadczy także rosnący odsetek pałeczek *Salmonella*, które nie są poddawane serotypowaniu, sięgający w niektórych województwach powyżej 30%.

Słowa kluczowe: salmoneloz, salmoneloz jelitowe, salmoneloz pozajelitowe, epidemiologia, Polska, rok 2012

Wśród chorób bakteryjnych przebiegających z nieżytem żołądkowo-jelitowym, które podlegają obowiązkowej rejestracji w Polsce, salmoneloz są nadal najczęściej zgłaszaną jednostką chorobową. Jest to sytuacja odmienna niż w krajach UE, w których w ostatnich latach głównym czynnikiem etiologicznym są pałeczki *Campylobacter*. W Polsce obok postaci jelitowej salmoneloz obowiązkowa jest także rejestracja postaci pozajelitowej.

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej salmoneloz w Polsce w 2012 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY

Analizę sytuacji epidemiologicznej salmoneloz w Polsce w 2012 r. przeprowadzono na podstawie danych z rocznego biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” (NIZP-PZH, GIS, Warszawa 2013). Ponadto wykorzystano dane z nadesłanych do NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne: formularzy dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach oraz informacji z laboratoriów stacji sanitarno-epidemiologicznych. Klasyfikacja zachorowań na salmoneloz jelitowe odbywa się na podstawie

definicji przypadku przyjętej przez Komisję Europejską w decyzji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniającej decyzję 2002/253/EC i wprowadzonej do rutynowego nadzoru w Polsce w 2009r.

WYNIKI

W 2012 r. w Polsce zarejestrowano ogółem 8 444 zachorowania na salmonelozę odzwierzęcą (zapadalność 21,9 na 100 000 ludności) (Tab. I). Jest to najniższa liczba przypadków, jaką dotychczas zarejestrowano, co wskazuje na utrzymywanie się tendencji spadkowej rejestrowanych zachorowań na salmonelozę w kraju. W porównaniu z 2011 r. zgłoszono o 369 mniej przypadków, a w stosunku do mediany za lata 2006-2010 o 1 288 mniej zachorowań. Odsetek hospitalizacji jest nadal bardzo wysoki i utrzymuje się, jak w ostatnich 10 latach, na poziomie prawie 70%. Odsetek ten na początku lat 90. wynosił niewiele ponad 40%. Jest to jeden ze wskaźników pogarszania się zlecenia badań laboratoryjnych przez lekarzy i wykonywania ich głównie u osób, które z powodu objawów chorobowych wymagają hospitalizacji.

Podobnie jak w poprzednich latach, zachorowania występowały przede wszystkim w sezonie letnim. Wzrost liczby zachorowań obserwuje się od maja, ze szczytem w sierpniu, a spadek liczby zachorowań jest wyraźnie widoczny w listopadzie.

Podobnie jak w ubiegłych latach, ponad 95% wszystkich zarejestrowanych zachorowań na salmonelozę spełniało kryteria przypadku potwierdzonego (Tab. II). Największy odsetek prawdopodobnych przypadków odnotowano w województwach świętokrzyskim (18,1%) i mazowieckim (12%).

W 2012 r. znaczący spadek zapadalności na salmonelozę odzwierzęcą ogółem (przynajmniej o 5% w porównaniu do roku poprzedniego) zanotowano w 6 województwach - największy w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (prawie 40%) (Tab. III). Natomiast w województwach podlaskim i świętokrzyskim nastąpił wyraźny wzrost zapadalności, z czego w podlaskim o ponad 60%.

W 2012 r. zarejestrowano 177 zachorowań na salmonelozę pozajelitową (zapadalność 0,46 na 100 000), o 16 przypadków więcej niż w 2011 r. i o 41 więcej niż wynosi mediana za lata 2006-2010.

Podobnie jak w latach poprzednich, najczęściej na salmonelozę chorowały dzieci w wieku poniżej 5 lat, a najwyższa zapadalność 236 na 100 000 wystąpiła u dzieci w 2. roku życia (Tab. IV). Natomiast salmonelozę pozajelitową najczęściej rozpoznawano, jak w poprzednich latach, u dzieci do pierwszego roku życia, a zapadalność wynosiła 2,86 na 100 000 i była niższa

niż w roku 2011 i nieznacznie wyższa niż mediana za lata 2006-2010 (Tab. IV).

Wg danych GUS w 2012 r. stwierdzono 7 zgonów, w których salmonelozę była wyjściową przyczyną zgonu ludzi w Polsce.

W roku 2012 w ramach nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą pokarmową zgłoszono 181 ognisk spowodowanych pałeczkami *Salmonella*. W ogniskach tych ogółem zachorowało 1 511 osób. Stanowi to niecałe 18% wszystkich zarejestrowanych przypadków salmonelozy jelitowej. Prawie 80% ognisk wystąpiło w domach/mieszkaniach prywatnych, w tym około 70% dotyczyło wyłącznie mieszkańców gospodarstwa domowego. Ognisk, definiowanych jako 30 lub więcej zachorowań, zgłoszono 10, w trzech zarejestrowano ponad 50 chorych (Tab. V). Spośród tych ognisk pięć wystąpiło w przedszkolach. W 168 ogniskach (prawie 93% wszystkich zgłoszonych) czynnikiem etiologicznym była *S. Enteritidis*, w 7 *S. Typhimurim*, w jednym *S. Infantis* i w jednym *S. Brandenburg*. Jedno ognisko spowodowane było dwoma serotypami pałeczek *Salmonella* – *S. Mbandaka* i *S. Typhimurim*. W porównaniu do około 70% hospitalizowanych osób z ogółu zakażonych odzwierzęcymi pałeczkami *Salmonella* w 2012 r., w ogniskach odsetek hospitalizacji jest zdecydowanie niższy i wynosił niecałe 33%. W roku 2012 zgłoszono 9 ognisk, które wystąpiły w przedszkolach. W ogniskach tych łącznie zachorowało 259 osób. W przypadku tych ognisk odsetek hospitalizacji był znacząco wyższy i wyniósł ponad 83%.

Informacje na temat ognisk zakażeń pokarmowych wywołanych przez pałeczki *Salmonella* zamieszczono w opracowaniu pt. „Zatrucia i zakażenia pokarmowe”.

W roku 2012 z 5 serotypów najczęściej powodujących zachorowania, głównym czynnikiem etiologicznym we wszystkich województwach zarówno w ogniskach, jak i zachorowaniach sporadycznych, pozostawała *S. Enteritidis* (Tab. V, VI). Ten typ serologiczny spowodował 77,3% ogólnej liczby zachorowań na salmonelozę (Tab. V, VI), nieznacznie więcej niż w roku 2011, kiedy osiągnął 77% wszystkich zachorowań. W 2012 *S. Typhimurium* nadal zajmowała drugą pozycję wśród serotypów, choć od kilku lat widoczny jest stały trend spadkowy w liczbie przypadków, w 2012 r. było ich o 33% mniej. W 2012 r. było nieznacznie więcej zachorowań spowodowanych przez pałeczki *S. Infantis* i mniej spowodowanych przez *S. Mbandaka*. Liczby pozostałych serotypów nie przekraczały 40.

W 2012 r. ponownie wzrósł odsetek izolatów, w których nie określono typu serologicznego pałeczek *Salmonella* – wyniósł on 14%. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja w województwie pomorskim, w którym w ponad 58% izolatów nie określono serotypu oraz w województwie łódzkim – ponad 34,4%. W woje-

wództwach tych sytuacja ta pogarsza się z każdym rokiem (Tab. V).

W roku 2012 liczba osób pracujących z żywnością, badanych w kierunku pałeczek *Salmonella* była porównywalna z rokiem 2011, a odsetek osób z dodatnim wynikiem badania wyniósł 0,2% i był mniejszy niż w roku 2011 i 2010, w których wyniósł odpowiednio – 0,3% i 0,5%. (Tab. IX).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. W 2012 r. w Polsce zarejestrowano ogółem 8 444 zachorowania na salmonelozę odzwierzęcą (zapadalność 21,9 na 100 000 ludności). Wskazuje to, że utrzymuje się tendencja spadkowa w liczbie rejestrowanych przypadków salmoneloz w kraju.
2. Na terenie całego kraju najczęstszym czynnikiem etiologicznym zarówno w ogniskach, jak i przypadkach sporadycznych, jest *S. Enteritidis*, a udział zachorowań wywołanych tym typem serologicznym w ogólnej liczbie zachorowań na salmonelozę w Polsce wyniósł ponad 77%.
3. Choć liczba badań w kierunku nosicielstwa osób pracujących z żywnością jest na podobnym poziomie

co w roku 2011 i 2010 to odsetek badanych osób z wynikiem dodatnim jest mniejszy (0,2%) – w porównaniu w 2010 r. - 0,5% a w 2011 - 0,3%.

4. Utrzymywanie się od 2003 r. wysokiego odsetka hospitalizacji (około 70% wszystkich rejestrowanych przypadków) oraz zwiększanie się odsetka izolatów pałeczek, w których nie wykonano serotypowania świadczy o pogarszaniu się wykonawstwa badań laboratoryjnych w diagnostyce chorób biegunkowych. W konsekwencji należy zakładać, że salmonelozę na terenie Polski są w znacznym stopniu niedodiagnozowane i niedorejestrowane, co wymaga zasadniczego działania ze strony nadzoru epidemiologicznego .

Otrzymano: 05.05.2014 r.

Zakwalifikowano do druku: 06.05.2014 r.

Adres do korespondencji:

dr Małgorzata Sadkowska-Todys
Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 022 54-21-215

