

Michał Czerwiński, Mirosław P Czarkowski, Barbara Kondej

ZATRUCIA JADEM KIEŁBASIANYM W POLSCE W 2012 ROKU

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

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kiełbasianym (toksyną botulinową) w Polsce w 2012 roku w porównaniu do sytuacji w ubiegłych latach.

MATERIAŁ I METODY. Analizę i ocenę sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kiełbasianym w Polsce przeprowadzono na podstawie danych z rocznego biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” i wcześniejszych biuletynów, oraz raportów jednostkowych o zachorowaniach na botulizm nadesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH.

WYNIKI. W 2012 r. zarejestrowano ogółem 22 zachorowania (9 przypadków potwierdzonych laboratoryjnie) a zapadalność (0,06 na 100 000 ludności) była najniższa od czasu wprowadzenia obowiązku zgłaszania botulizmu. Najwyższą zapadalność odnotowano w woj. lubelskim (0,23) oraz wielkopolskim (0,20). Zapadalność na terenach wiejskich (0,07 na 100 000 ludności) była nieznacznie wyższa, aniżeli w miastach (0,05). Zapadalność mężczyzn była ponad 2-krotnie wyższa od zapadalności kobiet, najwyższą zapadalność (0,20 na 100 000 ludności) zanotowano u mężczyzn w grupie wiekowej 30-39 lat. Najwięcej zatruc wystąpiło po spożyciu przemysłowych konserw różnych, często nieokreślonych gatunków mięs. Często jako nośnik zatrucia wskazywane były również konserwy rybne produkcji przemysłowej. Hospitalizowano wszystkich chorych. Odnotowano 1 zgon.

WNIOSKI. W 2012 roku w Polsce utrzymała się tendencja spadkowa w liczbie zgłoszonych zatruc pokarmowych toksyną botulinową. Niezbędne jest zwiększenie odsetka przypadków potwierdzanych wynikami badań laboratoryjnych.

Słowa kluczowe: botulizm, zatrucia jadem kiełbasianym, zatrucia pokarmowe, epidemiologia, Polska, rok 2012

WSTĘP

Zatrucia jadem kiełbasianym w Polsce, mimo obserwowanej w ostatniej dekadzie tendencji spadkowej liczby rejestrowanych przypadków, stanowią wciąż istotny problem epidemiologiczny. Według danych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Zwalczenia Chorób (ECDC), jeszcze w 2010 roku, laboratoryjnie potwierdzone przypadki botulizmu pokarmowego zgłoszone w Polsce, Rumuni, Włoszech i Francji stanowiły aż 80% ogółu zatruc jadem kiełbasianym zgłoszonych w Unii Europejskiej jako przypadki potwierdzone.

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w 2012 r. w porównaniu do sytuacji w ubiegłych latach.

MATERIAŁ I METODY

W ocenie sytuacji epidemiologicznej wykorzystano wyniki analizy danych z następujących źródeł:

- biuletyny roczne „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” za lata 2006-2012 (NIZP-PZH, GIS, Warszawa);
- raporty jednostkowe (wywiady epidemiologiczne) o zatruciach toksyną botulinową przesłane do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne.

W krajach Unii Europejskiej przypadki zatruc jadem kiełbasianym klasyfikowane są na „potwierdzone” lub „prawdopodobne” w oparciu o kryteria zawarte w definicji wprowadzonej przez Komisję Europejską decyzją

z dnia 28 kwietnia 2008 r. (2008/426/WE). W Polsce dodatkowo dopuszcza się stosowanie kategorii przypadków „możliwy” dla przypadków zgłoszonych przez lekarzy na podstawie objawów klinicznych, bez badań laboratoryjnych, których dostępność w Polsce jest bardzo ograniczona. Definicje stosowane w rutynowym nadzorze w 2012 roku dostępne są na stronie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/inne/Def_PL2_2a.pdf.

WYNIKI

W 2012 roku utrzymała się w Polsce tendencja spadkowa w liczbie rejestrowanych zatruc pokarmowych toksyną botulinową - zarejestrowano ogółem 22 przypadki, tj. o 13 mniej niż w 2011 r., i aż o 24 mniej od mediany z lat 2006-2010 (Tab. I. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw). Zapadalność - 0,06 na 100 000 ludności - była najniższa od czasu wprowadzenia w Polsce obowiązku zgłaszania botulizmu. (Ryc. 1. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 1993-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności).

Zatrucia jadem kielbasianym w 2012 r. wystąpiły na obszarze 10 województw (Tab. I). Najwyższą zapadalność odnotowano w woj. lubelskim - 0,23 na 100 000 ludności - oraz wielkopolskim - 0,20, tj. w województwach, które zaliczają się do grupy województw o najwyższej zapadalności na botulizm w ostatnim dziesięcioleciu (Ryc. 2. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 2002-2011. Mediana rocznej zapadalności na 100 000 ludności wg województw).

W sześciu województwach – dolnośląskim, lubuskim, łódzkim, śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim - nie zarejestrowano zatruc toksyną botulinową.

Najliczniejszą grupę - około 55% ogólnej liczby przypadków zatruc (12) - stanowiły zachorowania zarejestrowane zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, jako przypadki “możliwe”, zgłoszone na podstawie diagnozy klinicznej lekarza i informacji (z wywiadu) o spożyciu przez chorego żywności konserwowanej lub pasteryzowanej. Przypadki „potwierdzone”, czyli zatrucia jadem kielbasianym, potwierdzone wykazaniem obecności toksyny botulinowej w materiale klinicznym pobranym od chorego, stanowiły jedynie 41% (9 przypadków) ogólnej liczby zarejestrowanych zachorowań. W tej grupie, najwięcej tj. 6 przypadków było spowodowanych toksyną typu B, ponadto u 3 chorych wykryto zarówno toksyną typu B jak i E. Jedno zachorowanie zgłoszono jako przypadek „prawdopodobny” na podstawie objawów klinicznych

oraz powiązania epidemiologicznego (narażenie przez to samo źródło co przypadki potwierdzone).

W 2012 roku, podobnie jak w latach poprzednich, dominowały zachorowania sporadyczne (18 przypadków). Zanotowano tylko 2 małe ogniska (2-osobowe) (Tab. II. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2012 r. Liczba ognisk oraz liczba i odsetek zachorowań wg wielkości ognisk i środowiska (miasto/wieś)).

Ze względu na zmniejszającą się w ostatnich latach liczbę przypadków zatruc toksyną botulinową, zatarciu ulega typowa sezonowość zachorowań obserwowana w skali roku. I tak, w 2012 r. w ogóle nie zanotowano zatruc w czerwcu i lipcu, a więc w miesiącach letnich, w których w poprzednich latach liczba zatruc na ogół była najwyższa.

Zapadalność na botulizm na wsi (0,07 na 100 000) była w 2012 r. mniej więcej o połowę wyższa niż w miastach (0,05), co było różnicą stosunkowo niewielką zważywszy na różnice notowane w poprzednich latach (np. ponad 8-krotna różnica w 2010 r.). Wyższa zapadalność na terenach wiejskich zaznaczała się szczególnie wśród starszych grup wiekowych.

Podobnie jak w latach ubiegłych częściej chorowali mężczyźni – zapadalność mężczyzn (0,08) była 2-krotnie wyższa od zapadalności kobiet (0,04), przy czym najwyższą zapadalność (0,20 na 100 000 ludności) zanotowano u mężczyzn w grupie wiekowej 30-39 lat (Tab. III. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2012 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i odsetek zachorowań wg wieku, płci i środowiska (miasto/wieś)).

Nie zanotowano zatruc wśród dzieci i młodzieży. Wiek chorych wahał się od 19 do 71 lat (mediana 43 lata), a najwyższą zapadalność (0,12 na 100 000 ludności) zanotowano w grupie wieku 30-39 lat.

Najwięcej zatruc wystąpiło po spożyciu przemysłowych lub domowych konserw z różnych lub nieokreślonych gatunków mięsa, w tym także mięsa wieprzowego. Relatywnie znaczący był udział zatruc, w których podejrzanym nośnikiem były przemysłowe konserwy rybne (ogółem około 20% wszystkich zachorowań) (Tab. IV. Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2012 r. Liczba i odsetek zachorowań wg środowiska (miasto/wieś) i prawdopodobnego nośnika toksyny botulinowej). Badań laboratoryjnych podejranej o spowodowanie zatrucia żywności nie przeprowadzono. Prawdopodobny nośnik zatrucia typowano wyłącznie na podstawie informacji (z wywiadu) o spożywanej przez chorego żywności w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów zatrucia i jej właściwościach organoleptycznych.

U chorych dominowały objawy typowe dla zatruc jadem kielbasianym. Do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należały zaburzenia widzenia (86%), suchość w jamie ustnej (82%) i trudności połykania (73%),

a także opadanie powiek i chrypka (46%); często obserwowano również objawy ze strony przewodu pokarmowego – zaparcia (68%) wymioty (46%) i biegunka (27%).

Około 70% przypadków zatrucia (14 chorych), w których podano ocenę kliniczną przebiegu zachorowania, miała przebieg określony jako „lekki” do „średniego”; pozostałe 30% (6 chorych) to zachorowania o przebiegu ciężkim lub średnio ciężkim. Wszyscy chorzy wymagali hospitalizacji, przy czym okres hospitalizacji wahał się od 4 do 46 dni (mediana 10 dni). Według danych inspekcji sanitarnej, zanotowano jeden zgon (mężczyzna, 57 lat, zamieszkały w mieście).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W 2012 r. - przy utrzymującej się w Polsce tendencji spadkowej liczby rejestrowanych zatruc pokarmowych toksyną botulinową - nie uległy zmianie inne (poza poziomem zapadalności i sezonowością) zasadnicze cechy sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kiełbasianym w Polsce, ani tendencje obserwowane w latach poprzednich. Z punktu widzenia nadzoru epidemio-

logicznego zwraca uwagę liczna grupa przypadków zatrucia (55%) zgłoszonych przez lekarzy wyłącznie na podstawie objawów klinicznych, bez potwierdzenia laboratoryjnego czy epidemiologicznego. Przemawia to za koniecznością dalszego utrzymania w nadzorze krajowym kategorii „przypadek możliwy” dla tak zgłaszanych zachorowań. Odpowiada to wcześniej stosowanemu postępowaniu w tym zakresie w Polsce, a tym samym pozwala na zachowanie porównywalności danych wieloletnich. W celu zapewnienia porównywalności danych między innymi międzynarodowych, należy jednak dążyć do wzrostu odsetka laboratoryjnych potwierdzeń zgłaszanych do nadzoru i rejestrowanych przypadków.

Otrzymano: 24.03.2014 r.

Zakwalifikowano do druku: 28.03.2014 r.

Adres do korespondencji:

Michał Czerwiński

Zakład Epidemiologii,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: mczerwinski@pzh.gov.pl

