

Antoni Platowski, Małgorzata Orłowska, Grażyna Cholewińska Szymańska

OSTRE NIEŻYTY ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE LECZONE
W ODDZIALE III WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZAKAŻNEGO
W WARSZAWIE W LATACH 2001-2005

Oddział III Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie
Ordynator Oddziału: Grażyna Cholewińska Szymańska

Słowa kluczowe: ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy, Salmonella, źródło zakażenia
Key words: gastroenteritis, Salmonella, source of infection

WSTĘP

Jedną z najczęstszych przyczyn pilnych hospitalizacji w oddziałach chorób zakaźnych są ostre nieżyty żołądkowo-jelitowe powodowane pałeczkami *Salmonella*. Od lat osiemdziesiątych XX wieku w etiopatogenezie salmoneloz na terenie Polski dominuje serotyp *Salmonella* Enteritidis. Częstość zachorowań powodowanych przez poszczególne serotypy może ulegać zmianom (1,3). Najpowszechniejszym źródłem zakażeń są drobiowe produkty spożywcze. W skali kraju zmniejsza się liczba zachorowań i zapadalność na salmonelozę.

Celem pracy było zbadanie, czy w grupie pacjentów hospitalizowanych w Oddziale III Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego (W.Sz.Z.) w latach 2001-2005, u których potwierdzono zakażenie pałeczkami *Salmonella*, uległy zmianie serotypy odpowiedzialne za zakażenie. Próbowano określić również, czy zmienił się obraz kliniczny choroby oraz sposób leczenia.

MATERIAŁ I METODY

Badanie retrospektywne objęło dokumentację gromadzoną w Oddziale III na przestrzeni 5 lat (2001-2005). W tym okresie hospitalizowano 510 pacjentów z objawami ostrego nieżyty żołądkowo-jelitowego. W tej grupie u 129 pacjentów (100 kobiet, 29 mężczyzn) potwierdzono zakażenie pałeczkami *Salmonella* w posiewach kału. Wszystkie przypadki *Salmonelli* należącej do grupy D wg Klasyfikacji Kauffmana Whita należały do serotypu *S. Enteritidis* (8). W przypadku pałeczek z pozostałych grup nie oznaczano serotypu. Wiek pacjentów: 16 – 84 lat (średnia 44). W ocenie statystycznej użyto testu χ^2 .

WYNIKI

W badanym okresie salmonelozę potwierdzono u 25% (129/510) pacjentów z ostrym niezłym żołądkowo-jelitowym. Obserwuje się zwiększoną liczbę hospitalizacji z powodu salmonelozy – 2003 r – 28, 2004 r - 39, 2005 r – 41 przypadków.

U większości pacjentów stwierdzono zakażenie *Salmonellą* z grupy D – od 87% przypadków w 2001 r. do 70% przypadków w 2005. W roku 2003 (17,8% przypadków) i 2005 (30%) obserwowano wzrost częstości zachorowań powodowanych pałeczkami z grupy C. Zakażenia pałeczkami z pozostałych grup (grupa B i E) stanowiły pojedyncze przypadki (tab. I). Nie potwierdzono statystycznie istotnego wzrostu liczby zakażeń serotypem C (tab. II).

Tabela I : Występowanie serotypów *Salmonella* w grupie badanejTable I : Prevalance of *Salmonella* serotypes in investigation

	2001		2002		2003		2004		2005		Razem	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Salmonella z gr. B	1	12,5	1	7,7	1	7	4	10,1	-	-	7	2,3
Salmonella z gr. C	-	-	1	7,7	5	17,8	2	5,1	12	30	20	15,6
Salmonella z gr. D	7	87,5	11	84,6	21	75,2	33	84,6	29	70	100	77,8
Salmonella z gr. E	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	1	0,7
Razem	8		13		28		39		41		129	
Brak potw. bakt.	49		73		67		125		67		381	

No – liczba przypadków

Tabela II : Analiza statystyczna testem χ^2 częstości zakażeń *Salmonella* serotyp CTable II : Test χ^2 assay of *Salmonella* serotype C prevalence

	2001	2002	2003	2004	2005	Suma
Serotyp C	0	1	5	2	12	20
Inne serotypy	8	12	23	37	29	109
Suma	8	13	28	39	41	129

Ustalono poziom istotności $\alpha = 0,05$

$\chi^2_{0,05} = 9,488$ dla czwartego stopnia swobody

$\chi^2_{obs} = 8,063$

$\chi^2_{0,05} > \chi^2_{obs}$

Brak statystycznej znamienności dla wzrostu ilości zakażeń serotypem C.

Obraz kliniczny choroby był typowy dla ostrego niezłoty jelitowego lub żołądkowo-jelitowego – u wszystkich pacjentów wystąpiła biegunka, wymioty występowały u od 50% w (2001 r.) do 78% (2005 r.) przypadków. Gorączkę obserwowano w ponad 60% przypadków.

Pacjenci otrzymywali typowe leczenie objawowe – stosowano ograniczenia dietetyczne, uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych, środki spowalniające motorykę jelit, miejscowo działający chemioterapeutyk. W kolejnych latach zmniejszała się liczba leczonych antybiotykiem – od 62% w 2002 r. do 22% w 2005 r. Jednak liczba chorych, u których konieczna była antybiotykoterapia pozostawała podobna: 8 chorych w 2002 r., 12 w 2003 r., 11 w 2004 r., 9 w 2005 r. (tab. III).

Tabela III: Zastosowane leczenie chorych w III Oddziale W.Szp.Z.
Table III : Treatment of patients in III Isolation Ward

	2001		2002		2003		2004		2005		Razem	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
leczenie objawowe	6	75	5	38	16	57	28	72	32	78	87	67,5
I. objawowe + antybiotyk	2	25	8	62	12	43	11	28	9	22	42	32,5

No – liczba przypadków

Źródło zakażenia ustalano na podstawie wywiadu z chorym lub jego rodziną. Prawdopodobne źródło zakażenia określono jedynie w 52% przypadków. W tej grupie 50% zakażeń było związane ze spożyciem jaj kurzych, ok. 37% z produktami zawierającymi jaja (ciasta, lody, kremy, majonez), 13% pozostałych przypadków można powiązać ze zjedzeniem mięsa drobiowego.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

W pierwszych pięciu latach XXI wieku na terenie Polski utrzymywała się tendencja, zapoczątkowana w drugiej połowie lat 80. ubiegłego stulecia, charakteryzująca się zmniejszaniem liczby zachorowań powodowanych pałeczkami *Salmonella* (1,3). W badanym okresie odnotowywano coraz mniej przypadków ostrych zatruc pokarmowych o tej etiologii (4-7). Ma to najprawdopodobniej związek zarówno z wprowadzonymi zmianami procedur przy produkcji i przechowywaniu żywności, jak i z propagowanymi zmianami w nawykach żywieniowych i higienicznych społeczeństwa (1-3). Nie ma aktualnych badań dotyczących źródeł zakażeń zbiorowych i indywidualnych. W dostępnych analizach, w przypadku zatruc zbiorowych, zasadniczą przyczyną było spożycie ciast z kremem (30 - 39,9%), jaja i dania mięsno-jajeczne odpowiadają za ok. 15% przypadków (1,10). W badanej grupie dominują pacjenci, u których doszło do pojedynczego zatrucia po spożyciu nieodpowiednio przygotowanych jaj (50% chorych z potwierdzonym źródłem zakażenia). Większość z nich pamiętała o myciu lub sparzeniu skorupki jaj. Jednak żadna z tych osób nie zdawała sobie sprawy z faktu, że bakterie mogą być ukryte wewnątrz jaj. Konsekwencją było spożywanie jaj surowych lub jedynie poddanych wstępnej obróbce termicznej. Wydaje się w związku z tym, że konieczne jest, obok utrzymania odpowiedniego reżimu sanitarnego przy produkcji i sprzedaży żywności, również dalsze upowszechnianie wiedzy o zagrożeniu salmonelozą wśród konsumentów.

Zastanawiające i trudne do wytłumaczenia jest to, że pomimo zmniejszenia się liczby zachorowań na salmonelozę w całym kraju, w kolejnych latach rosła liczba chorych hospitalizowanych z tego powodu w Oddz. III W.Sz.Z. Z drugiej strony bezwzględna liczba pacjentów, którzy wymagali intensywnego leczenia, między innymi z podaniem antybiotyku, była każdego roku podobna. Możliwe, że niemal stała liczba ciężkich przypadków związana jest z utrzymywaniem się jednego, dominującego patogenu. Jak wiadomo wrażliwość na zakażenie powodowane przez pałeczki *Salmonella* jest osobnicza i determinowana predyspozycjami genetycznymi (9). Prawdopodobnie dalej idące wnioski będą możliwe na podstawie dalszych obserwacji.

WNIOSKI

1. Pomimo okresowego wzrostu częstości zakażeń pałeczkami *Salmonelli* z gr. C zasadniczym patogenem pozostaje *Salmonella* Enteritidis.
2. Obraz kliniczny i leczenie pozostają bez zmian – wydaje się, że częściej występują salmonelozy niewymagające leczenia antybiotykiem.
3. Najczęstszym źródłem zakażeń u osób leczonych w Oddziale były jaja i zawierające je produkty spożywcze.

A Platowski, M Orłowska, G Cholewińska-Szymańska

GASTROENTERITIS ACUTA IN ISOLATION WARD III VOIVODESHIP HOSPITAL
IN WARSAW 2001-2005

SUMMARY

Summary: study was done to evaluate changes of serotypes of *Salmonella*, clinical pattern, methods of treatment of patients who were hospitalized in our ward between 2001-2005. Among 129 patients with microbiologically confirmed *Salmonella* serotype S. enteritidis is prevalent. No changes of etiology were detected. Signs and treatment was not significantly changed. The most common source of infection were poultry products.

PIŚMIENNICTWO

1. Stypułkowska-Misiurewicz H. Aktualne problemy epidemiologiczne shigelloz i salmonelloz. *Mikrob Med.* 1996;(2):37-43.
2. Fota-Markowska H, Modrzewska R, Borowicz I, Lis J. Salmonellosis – etiologia, epidemiologia, patogeneza, klinika, diagnostyka, leczenie. *Med Ogólna* 2001;7(1):51-9.
3. Rataj J, Krawczyński M. Analiza zakażeń pałeczkami *Salmonella* u dzieci leczonych w oddziale dziecięcym Szpitala Rejonowego w Pleszewie w latach 1982-2002. *Ped Pol* 2004;79(12):1016-20.
4. Gonera E. Salmonelozy w 2001 r. *Przegl Epidemiol* 2003;57(1):67-76.
5. Gonera E, Czerwiński M. Salmonelozy w 2002r. *Przegl Epidemiol* 2004;58(1):67-76
6. Czerwiński M, Gonera E. Salmonelozy w 2003r. *Przegl Epidemiol* 2005;59(2):253-62
7. Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce: 2004, 2005. http://www.pzh.gov.pl/epimeld/index_p.html
8. Dera-Tomaszewska B, Głońska R. Zestawienie serotypów *Salmonella* występujących w Polsce. *Przegl Epidemiol* 1999;53 (3/4):253-62.
9. Molenda J. Współczesne mechanizmy zakażeń salmonelozowych. W: *Choroby odzwierzęce człowieka związane z zatruciami pokarmowymi: materiały*. Szczecin; 1996:24-9.
10. WHO surveillance programme for control of food borne infectious and intoxications in Europe: seventh report 1993-1998. Berlin 2001:263-76.

Otrzymano: 30.10.2006 r.

Adres Autorów:

Dr Antoni Platowski
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie Oddział III
Ul. Wolska 37 01-207 Warszawa
e-mail: ketnaai@vp.pl