

Michał Czerwiński, Mirosław P Czarkowski, Barbara Kondej

ZATRUCIA JADEM KIELBASIANYM W POLSCE W 2011 ROKU

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

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kielbasianym w Polsce w 2011 roku.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę przeprowadzono głównie na podstawie danych opublikowanych w biuletynie rocznym „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 r.” i wcześniejszych, oraz wywiadów epidemiologicznych o zachorowaniu na botulizm przesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne.

WYNIKI. W 2011 r. zarejestrowano ogółem 35 zachorowań (21 przypadków potwierdzonych laboratoryjnie), a zapadalność (0,09 na 100 000 ludności) należała do jednej z najniższych od czasu wprowadzenia obowiązku zgłaszania botulizmu. Wyższą zapadalność w 2011 r. w porównaniu do poprzedniego roku zanotowano w województwach: warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, podkarpackim, mazowieckim i dolnośląskim. Zapadalność na terenach wiejskich (0,13 na 100 000 ludności) była znacząco wyższa, aniżeli w miastach (0,07). Zapadalność mężczyzn była ponad 3,5-krotnie wyższa od zapadalności kobiet, najwyższą zapadalność (0,23 na 100 000 ludności) zanotowano u mężczyzn w grupie wiekowej 60+ lat. Najwięcej zatruc wystąpiło po spożyciu przemysłowych konserw z mięsa wieprzowego lub innych, często nieokreślonych gatunków mięs. Często jako nośnik zatrucia wskazywane były również konserwy produkcji domowej, tak mięsne, jak i mięsno-jarzynowe. Hospitalizowano prawie wszystkich chorych (33 przypadki). Odnotowano 1 zgon.

WNIOSKI. W 2011 r. nie uległy zmianie zasadnicze cechy sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kielbasianym w Polsce. Z punktu widzenia nadzoru epidemiologicznego niezbędne jest zwiększenie odsetka przypadków potwierdzanych wynikami badań laboratoryjnych.

Słowa kluczowe: botulizm, zatrucia jadem kielbasianym, zatrucia pokarmowe, epidemiologia, Polska, 2011

WSTĘP

Zatrucia jadem kielbasianym (botulizm) rejestrowane są w Polsce w ramach rutynowego nadzoru epidemiologicznego od 1963 roku. Rejestracji podlegały wszystkie zachorowania zgłaszane przez lekarzy, niezależnie od potwierdzenia laboratoryjnego. W 2005 r. wprowadzono w Polsce definicję przypadku botulizmu dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego, która – jak w innych krajach Unii Europejskiej - obejmuje zachorowania potwierdzone wynikami badań laboratoryjnych oraz zachorowania powiązane epidemiologicznie z takimi przypadkami. Z uwagi na ograniczoną dostępność badań laboratoryjnych, pozwalających na wykazanie obecności toksyny botulinowej w materiale klinicznym pobranym od chorego (kryterium potwierdzenia laboratoryjnego), w nadzorze krajowym przejściowo dopuszczono stoso-

wanie kategorii „przypadek możliwy” dla zachorowań zgłoszonych przez lekarzy na podstawie objawów klinicznych, bez potwierdzenia laboratoryjnego i epidemiologicznego. Odpowiadało to wcześniejszej praktyce w Polsce, a tym samym pozwoliło na zachowanie porównywalności danych wieloletnich.

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kielbasianym w Polsce w 2011 r.

MATERIAŁ I METODY

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

- biuletyny roczne „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” za lata 2005-2011 (NIZP-PZH, GIS, Warszawa);

- wywiady epidemiologiczne o zatruciach toksyną botulinową przesłane do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Zgłoszone przez lekarzy do nadzoru przypadki zatruc pokarmowych jadem kiełbasianym kwalifikowane były jako przypadki potwierdzone laboratoryjnie lub prawdopodobne (powiązane epidemiologicznie), zgodnie ze standardową definicją przyjętą w Unii Europejskiej i opublikowaną w decyzji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniającej decyzję 2002/253/EC. Zachorowania zgłoszone wyłącznie na podstawie objawów klinicznych, bez potwierdzenia laboratoryjnego i epidemiologicznego, kwalifikowano jako „przypadki możliwe”.

WYNIKI

W 2011 roku zarejestrowano w Polsce ogółem 35 przypadków zatruc pokarmowych toksyną botulinową, o 3 zachorowania więcej niż w 2010 r., ale o 11 mniej od mediany z lat 2005-2009 (Tab. I Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw). Zapadalność (0,09 na 100 000 ludności) należała do jednej z najniższych od czasu wprowadzenia w Polsce obowiązku zgłaszania botulizmu. Tempo obniżania się zapadalności w ostatnich latach jest znacznie wolniejsze niż obserwowane przed 2005 r. (Ryc. 1 Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 1992-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności).

W skali województw, wyższą zapadalność w 2011 r. w porównaniu do roku 2010 zanotowano w 6 województwach (Tab. I). Najwyższą zapadalność w kraju - powyżej 0,30 na 100 000 ludności - zanotowano w województwach lubelskim i warmińsko-mazurskim. Poza wyższą zachorowalnością w pasie województw wschodnich zwraca również uwagę wysoka zapadalność w Wielkopolsce i na Pomorzu. W pięciu województwach - lubuskim, małopolskim, opolskim, śląskim i świętokrzyskim - nie zarejestrowano w ogóle zatruc toksyną botulinową.

Przypadki potwierdzone, czyli zatrucia jadem kiełbasianym, potwierdzone wykazaniem obecności toksyny botulinowej w materiale klinicznym pobranym od chorego, stanowiły jedynie 60% (21 przypadków) ogólnej liczby zarejestrowanych zachorowań. Podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej zatruc (18 przypadków) było spowodowanych toksyną typu B, ponadto u 4 chorych wykryto zarówno toksyną typu B jak i E.

Ponad 30% stanowiły zachorowania (11 przypadków) zarejestrowane jako przypadki „możliwe”, zgłoszone na podstawie diagnozy klinicznej lekarza i informacji (z wywiadu) o spożywaniu przez chorego żywności niewłaściwie konserwowanej lub pasteryzo-

wanej. Trzy zachorowania zgłoszono jako przypadki „prawdopodobne” na podstawie objawów klinicznych oraz powiązania epidemiologicznego (narażenie przez to samo źródło co przypadki potwierdzone).

Zmniejszająca się w ostatnich latach liczba przypadków zatruc toksyną botulinową powoduje zacieranie się typowej sezonowości zachorowań, chociaż większość zatruc zarejestrowanych w 2011 r. zgłoszono w okresie letnim (od czerwca do sierpnia) (Fig. 2 Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)).

Tak jak w latach poprzednich, dominowały zachorowania sporadyczne (24 przypadki). Zanotowano 2 ogniska 2-osobowe i po jednym 3- i 4-osobowym (Tab. II Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2011 r. Liczba ognisk oraz liczba i odsetek zachorowań wg wielkości ognisk i środowiska (miasto/wieś)).

Zapadalność na terenach wiejskich była znacząco wyższa, aniżeli w miastach. Wyższa zapadalność na wsi wyraźnie zaznacza się wśród starszych grup wiekowych. Częściej chorują mężczyźni – zapadalność mężczyzn była ponad 3,5-krotnie wyższa od zapadalności kobiet, przy czym najwyższą zapadalność (0,23 na 100 000 ludności) zanotowano u mężczyzn w grupie wiekowej 60+ lat (Tab. III Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2011 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i odsetek zachorowań wg wieku, płci i środowiska (miasto/wieś)). Wiek chorych wahał się od 1 do 87 lat ale chorowali głównie dorośli - mediana wieku 39 lat (zakres międzykwartyłowy 35).

Najwięcej zatruc wystąpiło po spożyciu przemysłowych lub domowych konserw z mięsa wieprzowego lub innych często nieokreślonych gatunków mięs. Relatywnie znaczny był udział liczby zatruc, w których podejrzanym nośnikiem były konserwy mięsno-jarzynowe produkcji domowej (ogółem 20% wszystkich zachorowań) (Tab. IV Zatrucia toksyną botulinową w Polsce w 2011 r. Liczba i odsetek zachorowań wg środowiska (miasto/wieś) i prawdopodobnego nośnika toksyny botulinowej). W żadnym przypadku nie przeprowadzono badań laboratoryjnych podejranej o spowodowanie zatrucia żywności. Prawdopodobny nośnik zatrucia ustalano i typowano wyłącznie na podstawie informacji (z wywiadu) o spożywanej przez chorego żywności w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów zatrucia i jej właściwościach organoleptycznych.

Do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należały zaburzenia widzenia (83%), trudności połykania i suchność w jamie ustnej (74%), a także opadanie powiek (51%); często obserwowano również objawy ze strony przewodu pokarmowego - wymioty (51%), bóle brzucha (49%) i zaparcia (34%).

Ponad połowa przypadków zatruc (15 chorych; 52% przypadków, w których podano ocenę kliniczną przebiegu zachorowania) miała przebieg kliniczny określony

jako „lekki” do „średniego”; pozostałe to zachorowania o przebiegu ciężkim lub średnio ciężkim (14 chorych). Według danych inspekcji sanitarnej, zanotowano jeden zgon (mężczyzna, 55 lat, zamieszkały na wsi). Prawie wszyscy chorzy wymagali hospitalizacji (33 przypadki), przy czym okres hospitalizacji wahał się od 2 do 43 dni (mediana 12 dni).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W 2011 r. nie uległy zmianie zasadnicze cechy sytuacji epidemiologicznej zatruc jadem kiełbasianym w Polsce, ani tendencje obserwowane w latach poprzednich. Zarejestrowano zbliżoną liczbę zatruc w porówna-

niu do roku poprzedniego; podobny pozostaje również rozkład geograficzny i charakterystyka zachorowań. Z punktu widzenia nadzoru epidemiologicznego niezbędne jest zwiększenie odsetka przypadków potwierdzanych wynikami badań laboratoryjnych.

Otrzymano: 13.03.2013 r.

Zakwalifikowano do druku: 27.03. 2013 r.

Adres do korespondencji:

Michał Czerwiński

Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: mczewinski@pzh.gov.pl