



Na poti proti eliminaciji ošpic v Sloveniji

Spremljanje gripe in drugih akutnih okužb dihal 2011/2012

*Izgradnja kapacitet in medresorsko sodelovanje na področju okolja
in zdravja*

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 Frelj

Nina Pirnat

Lucija Perharič

Aleš Petrovič

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

Oblikovanje in spletno urejanje/Secretary of the Editorial Office:

Andreja Petrevčič

Irena Jeraj

Mitja Vrdelja

Nuša Kerč

Izdajatelj/Publisher:

Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ)

Center za nalezljive bolezni in okoljska tveganja

Trubarjeva 2

1000 Ljubljana

T: +386 1 2441 410

F: +386 1 2441 471

E-pošta/E-mail:

enboz@ivz-rs.si

Domača stran na internetu/Internet Home Page:

<http://www.ivz.si/enboz>

ISSN 2232-3139

VSEBINA/CONTENTS

<i>NA POTI PROTI ELIMINACIJI OŠPIC V SLOVENIJI</i>	4
<i>TOWARDS MEASLES ELIMINATION IN SLOVENIA</i>	4
<i>Marta Grgič Vitek¹</i>	4
<i>SPREMLJANJE GRIPE IN DRUGIH AKUTNIH OKUŽB DIHAL 2011/2012</i>	8
<i>SURVEILLANCE OF INFLUENZA AND OTHER ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS 2011/2012</i>	8
<i>Maja Sočan¹, Katarina Prosenc Trilar¹, Nataša Berginc¹, Vesna Šubelj¹, Andreja Petrevčič¹</i>	8
<i>IZGRADNJA KAPACITET IN MEDRESORSKO SODELOVANJE NA PODROČJU OKOLJA IN ZDRAVJA</i>	13
<i>CAPACITY BUILDING AND INTERSECTORAL COOPERATION IN ENVIRONMENT AND HEALTH</i>	13
<i>Pia Vračko¹</i>	13
<i>PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI</i>	16
<i>MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES</i>	16
<i>Andreja Petrevčič¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹</i>	16
<i>PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI</i>	20
<i>OUTBREAKS</i>	20
<i>Sandra Agatič¹, Tatjana Frelj¹</i>	20
<i>EPIDEMIOLOŠKA ŠOLA 2012 V CENTRU ZA NALEZLJIVE BOLEZNI IN OKOLJSKA TVEGANJA NA INŠTITUTU ZA VAROVANJE ZDRAVJA</i>	23
<i>EPIDEMIOLOGY SCHOOL 2012 IN THE COMMUNICABLE DISEASES AND ENVIRONMENTAL HEALTH CENTER IN THE NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH</i>	23
<i>Alenka Kraigher¹</i>	23

Fotografija na naslovnici in slikovno gradivo v eNBoz: iStockphoto in iCLIPART.



TEME MESECA

NA POTI PROTI ELIMINACIJI OŠPIC V SLOVENIJI

TOWARDS MEASLES ELIMINATION IN SLOVENIA

Marta Grgič Vitek¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

UVOD

Ošpice so zelo nalezljiva virusna bolezen, za katero je značilna vročina, vnetje veznic, nahod, kašelj, generaliziran makulopapulozen izpuščaj in značilen enantem - Koplikove pege. Večinoma imajo benignen potek. Pri približno 30 % prijavljenih primerih se pojavijo zapleti kot posledica bolezni, največkrat so to driska, vnetje srednjega ušesa (5–15 % bolnikov z ošpicami), virusna ali bakterijska pljučnica (1–6 %), encefalitis (0,5–1/1000 bolnikov z ošpicami). Zapleti so pogostejši pri mlajših od 1 leta in starejših od 20 let, smrtnost je okrog 0,2 %. Zelo redek, a zelo resen, zaplet je subakutni sklerozirajoči panencefalitis (1/100.000 primerov ošpic) (1).

Ošpice so včasih prizadele večino prebivalstva že v zgodnjem otroštvu. Čeprav je že dolgo na voljo varno in učinkovito cepivo proti ošpicam in v nekaterih delih sveta ošpice dobro obvladujejo, so še vedno pomemben vzrok obolevnosti in smrtnosti pri otrocih v svetovnem merilu (v letu 2005 več kot 20 milijonov primerov ošpic in skoraj 350.000 smrti zaradi ošpic; 90 % smrti pri otrocih do petega leta starosti). Tudi v evropskem merilu še vedno predstavljajo veliko breme. V zadnjih letih so se pojavljale večje epidemije v Ukrajini, Romuniji, Bolgariji in izbruhi v Nemčiji, Grčiji, Italiji, Španiji, Veliki Britaniji, Avstriji ter na Poljskem, Danskem, Irskem idr.

Na področjih, kjer je incidenca ošpic nizka, ima samo klinična diagnoza ošpic (brez potrditve izbruha) nizko pozitivno napovedno vrednost, klinični znaki niso dovolj zanesljivi kot edini kriterij za diagnozo, zato je potrebna laboratorijska potrditev.

Specifična protitelesa na ošpice IgM in IgG nastanejo med primarnim imunskim odzivom in jih zaznamo v serumu v nekaj dneh po začetku izpuščaja z encimsko-immunskim testom (ELISA). 70–90 % primerov ošpic ima zaznavna IgM protitelesa (IgM poz) 0–2 oziroma 3–5 dni po začetku izpuščaja. IgM protitelesa dosežejo vrh v 7–10 dneh in nato upadajo, po 6–8 tednih so redko zaznavna. IgG protitelesa dosežejo vrh v treh tednih in persistirajo zelo dolgo po okužbi. Ponovna izpostavljenost ošpicam sproži močan anamnističen imunski odziv s hitrim porastom IgG protiteles, ki preprečijo klinično bolezen. Virus ošpic lahko osamimo iz običajnih kliničnih vzorcev (bris nazofarinksa, urin) do pet dni po začetku izpuščaja in ga lahko zaznamo s pomočjo PCR v vzorcih odvzetih do sedem dni (ali več) po pojavu izpuščaja (2).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča dokaz IgM protiteles (ELISA) kot standardni test za rutinsko spremljanje ošpic. Poleg tega ošpice lahko dokažemo tudi s 4-kratnim porastom titra IgG protiteles, detekcijo antigena ošpic z imunofluorescenco, detekcijo virusa ošpic (virusne RNA) s PCR ali osamitvijo virusa. V državah z incidenco ošpic nižjo od 1 na milijon prebivalcev (prag

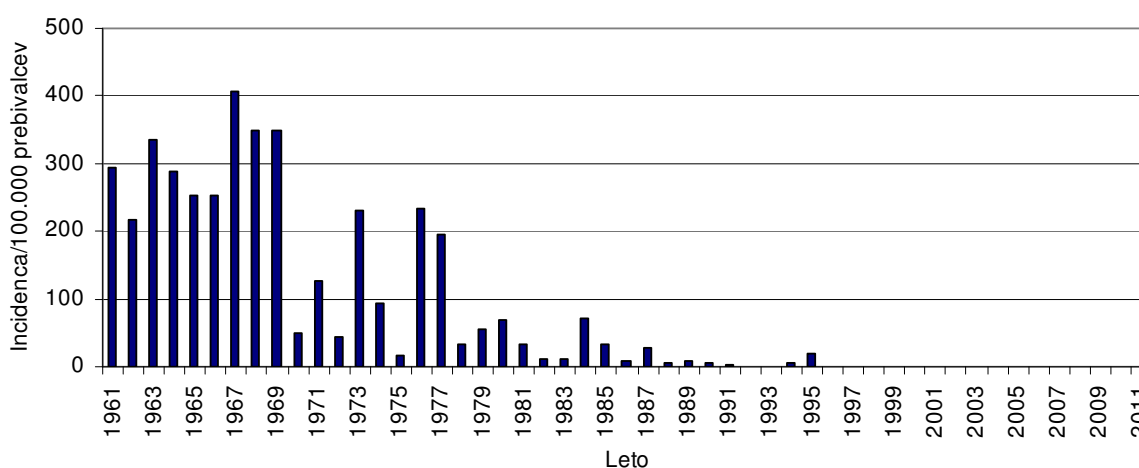
eliminacije) je samo dokaz IgM premalo za diagnozo sporadičnega primera ošpic. V takem primeru je potrebno ošpice potrditi še z drugo laboratorijsko metodo (2).

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN EPIDEMIOLOGIJA OŠPIC V SLOVENIJI

V Sloveniji je prijava primerov ošpic obvezna na podlagi Zakona o nalezljivih boleznih že od leta 1948. V obdobju, preden je bilo uvedeno cepljenje proti ošpicam, je bila v Sloveniji letna prijavna incidenčna stopnja do 400 primerov ošpic na 100.000 prebivalcev (Slika 1). Incidenca se je povečala, kadar se je v populaciji dovolj povečalo število oseb, dovzetnih za ošpice. Epidemije so se pojavljale v valovih, kar je značilno za ošpice.

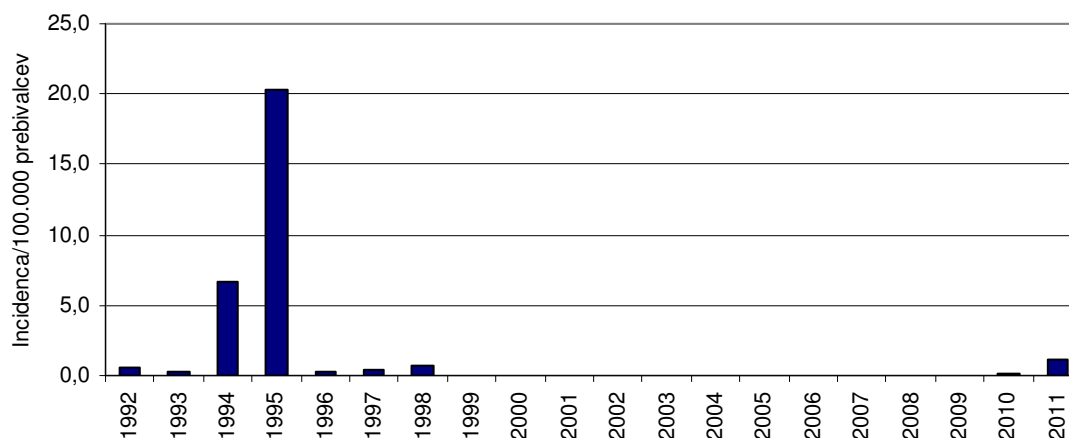
Vsako leto je bilo prijavljenih tudi nekaj umrlih za ošpicami, nazadnje leta 1969, ko je bilo prijavljenih 5 smrtnih primerov zaradi ošpic. Po več kot 10 letih je bil ponovno zabeležen en primer smrti zaradi ošpic v letu 1981, naslednji v letu 1987 in v letu 1994 zadnji doslej zabeležen smrtni primer.

Po uvedbi varnega in učinkovitega cepljenja v letu 1968 se je incidenca ošpic v Sloveniji pomembno zmanjšala v primerjavi z obdobjem pred cepljenjem. Od tedaj je incidenca ves čas padala, razen v letih 1973, 1976/77, 1984 in 1994/95, ko so bili zabeleženi prehodni epidemični skoki. Zmanjšala se je obsežnost epidemij in obdobja med epidemijami so se podaljšala (Slika 1). V zadnjih desetletjih je bila incidenca ošpic v Sloveniji zelo nizka, od leta 2000 pa celih 10 let nismo zabeležili nobenega primera več, do leta 2010, ko smo ponovno zabeležili 3 primere (Slika 2). Od teh je bil en primer (indeksni) pri tujcu - importiran, dva sekundarna primera pa pri naših državljanih ($<0,1/100.000$). V letu 2011 je bilo zabeleženih 22 bolnikov z ošpicami, od teh je bilo 6 primerov vnesenih iz tujine (Francija, Italija, Romunija), ostali zboleli pa so bili naši prebivalci, ki so prišli v stik z njimi. Večina od teh bolnikov (81 %) je bila starih 30–49 let.



SLIKA 1

Prijavne incidenčne stopnje ošpic, Slovenija, 1961 do 2011



SLIKA 2

Prijavne incidenčne stopnje ošpic, Slovenija, 1992 do 2011

CEPLJENJE PROTI OŠPICAM V SLOVENIJI

V Sloveniji je bilo cepljenje proti ošpicam v letu 1968 priporočeno za otroke od dopolnjenih 8 mesecev do 8 let starosti (torej priporočeno za rojene od leta 1960 dalje, ki še niso preboleli ošpic). V letu 1969 je cepljenje postalo obvezno za otroke od 8 mesecev do dveh let starosti, ki še niso bili cepljeni in otroke pred sprejemom v vrtec, šolo, če še niso preboleli ošpic. V naslednjih letih je bilo cepljenje obvezno za otroke od 8 mesecev do treh (štirih, petih ...) let starosti, ki še niso bili cepljeni in otroke pred sprejemom v vrtec, šolo, če še niso preboleli ošpic. V letu 1974 je bila v programu cepljenja prvič navedena obvezna revakcinacija proti ošpicam za otroke v 4. ali 5. letu starosti, ki so že bili enkrat cepljeni. Tako so osebe rojene pred letom 1969 praviloma prejele en odmerek cepiva, rojeni 1969 in kasneje pa dva odmerka cepiva proti ošpicam. V letu 1976 je bilo obvezno cepljenje otrok proti ošpicam premaknjeno na 12 mesecev starosti (od 12 mesecev do dopolnjenih 10 let starosti).

Cepljenje z drugim odmerkom (revakcinacija) za otroke v prvem razredu (za 7 let stare otroke, rojene leta 1971) je bilo v programu ponovno od leta 1978.

V letu 1979 je bilo cepivo proti ošpicam zamenjano s cepivom proti ošpicam in mumpsu.

Od leta 1990 so otroci praviloma cepljeni s prvim odmerkom od dopolnjenih 12 mesecev do dopolnjenih 18 mesecev starosti in revakcinirani ob vstopu v osnovno šolo z živim kombiniranim cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR).

Precepljenost proti ošpicam je bila po uvedbi obveznega cepljenja z enim odmerkom sprva nizka, do leta 1973 je bilo cepljenih vsako leto manj kot 60 % obveznikov, od leta 1979 naprej je prvi odmerek vsako leto prejelo več kot 80 %, drugi odmerek pa več kot 90 % obveznikov. Od leta 1999 dalje je precepljenost z obema odmerkoma večinoma blizu ali nad 95 %.

ELIMINACIJA OŠPIC IN CILJI SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Po priporočilih SZO (3) eliminacija ošpic zahteva naslednje korake (»key strategies«):

- doseči in vzdrževati visoko precepljenost ($\geq 95\%$) z dvema odmerkoma cepiva proti ošpicam;
- zagotoviti možnost za dodatno cepljenje proti ošpicam za skupine, dovzetne za ošpice;
- okrepiti sistem epidemiološkega spremljanja ošpic z natančno preiskavo vsakega primera in laboratorijsko potrditvijo vseh sumljivih primerov ter
- izboljšati dostopnost do kvalitetnih informacij za strokovnjake in javnost o koristih in tveganjih cepljenja proti ošpicam.

Smernice za epidemološko spremljanje ošpic in rdečk je SZO objavila v letu 2009 (2). Indikatorji spremljanja in indikatorji napredka proti eliminaciji, ki so bili določeni v teh smernicah, bodo ključni pri ocenjevanju, ali so države članice dosegle raven epidemiološkega spremljanja, potrebnega za ugotavljanje napredka proti eliminaciji in verificiranje, da so bili doseženi regijski cilji eliminacije.

Ker načrtovana eliminacija ošpic v evropski regiji SZO do leta 2010 ni bila dosežena, je bila septembra 2010 na srečanju držav članic evropske regije v Moskvi, sprejeta resolucija, da se obnovi zaveza o eliminaciji ošpic in rdečk in preprečevanju sindroma kongenitalnih rdečk do leta 2015 (4).

ZAKLJUČEK

V Sloveniji je obvladovanje ošpic relativno uspešno, saj poteka že več kot 40 let. Z dolgoletnim programom cepljenja otrok proti ošpicam in visokim deležem cepljenih smo uspeli močno zmanjšati breme bolezni. Tako se ošpice pri nas več let (od leta 2000 do 2009) sploh niso pojavljale. Tudi ob vnosu bolezni v državo v letih 2010, 2011 in 2012 se ošpice niso razširile v večje izbruhe. Le z vzdrževanjem visokega deleža cepljenih oseb lahko uresničimo načrtovano eliminacijo ošpic.

LITERATURA

1. Strebel PM, Papania MJ, Dayan GH, Halsey NA. Measles vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA eds. Vaccines. 5th ed. Philadelphia, Elsevier ; 2008: 353-398.
2. WHO. Surveillance Guidelines for Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009. Pridobljeno s spletne strani: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/79020/E93035.pdf
3. WHO. Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO European Region strategic plan 2005-2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2005. Pridobljeno s spletne strani: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/2005_1123_1

4. WHO. Resolution. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2010 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region. Moscow, Russia, WHO Regional Office for Europe; 2010. Pridobljeno s spletne strani: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf



SPREMLJANJE GRIPE IN DRUGIH AKUTNIH OKUŽB DIHAL 2011/2012

SURVEILLANCE OF INFLUENZA AND OTHER ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS 2011/2012

Maja Sočan¹, Katarina Prosenec Trilar¹, Nataša Berginc¹, Vesna Šubelj¹, Andreja Petrevčič¹

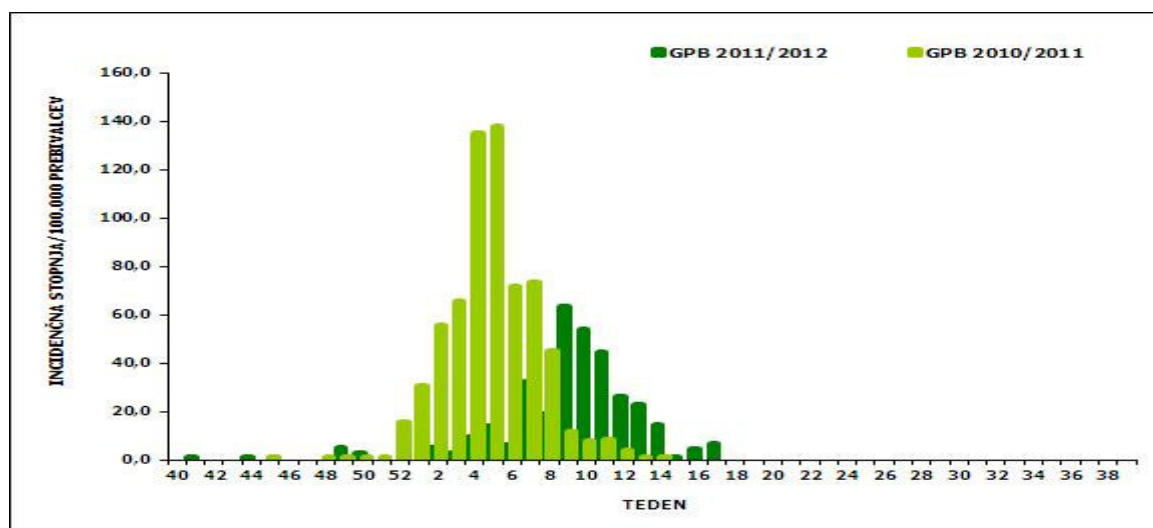
1. Inštitut za varovanje zdravja RS

NACIONALNI PROGRAM ZA SPREMLJANJE GRIPE

Spremljanje gripe in drugih akutnih okužb dihal temelji na kazalnikih, pridobljenih na vzorcu, ki izhaja iz ambulant osnovnega zdravstvenega varstva. Ambulante (družinske medicine, splošne medicine, pediatrične in šolske ambulante) so približno enakomerno porazdeljene po Sloveniji in oskrbujejo 4 % prebivalstva vseh starostnih skupin. Vsaka ambulanta tedensko posreduje dva podatka: število obiskov zaradi gripi podobne bolezni (GPB), kodirane po MKB-10 z J10 ali J11, in število obiskov zaradi akutnih okužb dihal (AOD), širok nabor kod, ki zajame praktično vse akutne okužbe dihal, razen izjemno redkih okužb dihal. Podatki o obiskih so porazdeljeni v več starostnih skupin: predšolski otroci (0-7 let), šolarji in srednješolci (8-14,15-19 let), odrasli (20-64 let) in starejši (nad 65 let). Število opredeljenih bolnikov na ambulanto omogoča izračunavanje tedenskih incidenčnih stopenj GPB in AOD, ki sta bila v sezoni 2011/2012 ključna indikatorja pojava in širjenja gripe. Sprotnih podatkov o hospitalizacijah zaradi gripe nismo zbirali.

Podatke, ki smo jih zbrali na nacionalnem nivoju, smo sproti poročali v Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC, European Centre for Disease Control). Podatki o gripi se na evropskem nivoju združujejo v »European

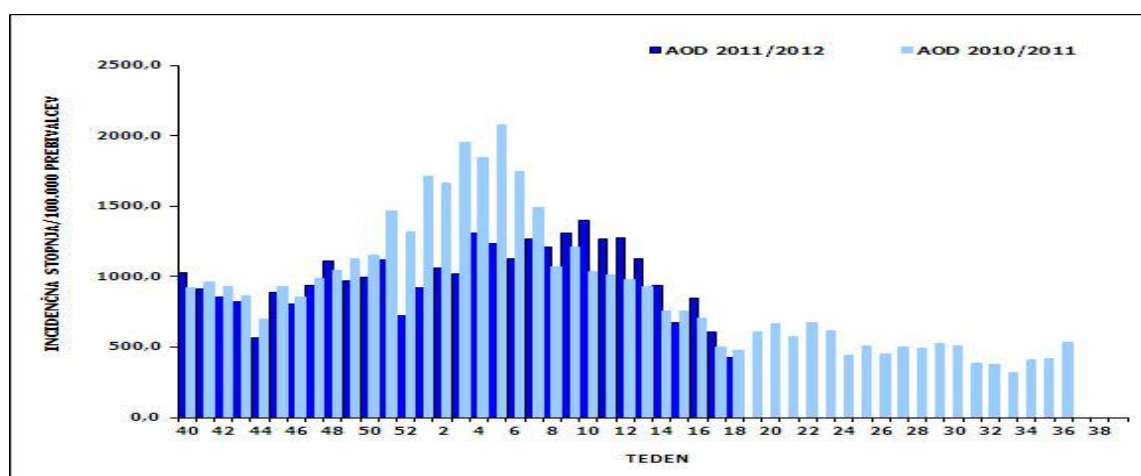
Surveillance System (TESSy) database«. Pojavljanje gripe smo ocenjevali še s semikvantitativnimi kazalniki, kot so intenziteta, geografska razširjenost in trend. Podatki so dostopni na spletni strani Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ) in ECDC.



SLIKA 1

Incidenčne stopnje gripi podobne bolezni po tednih v sezoni 2011/2012

Sezona gripe 2011/2012 se je začela nekoliko kasneje kot prejšnje leto in postopno dosegla vrh v 9. tednu (od 27. februarja do 4. marca 2012), ko je bila na vzorcu populacije izračunana **incidenčna stopnja GPB 63/100.000**. Najvišje incidenčne stopnje GPB so bile pri predšolskih otrocih, sledili so starejši od 65 let, šolarji (7-14 let) in odrasli (15-64 let) (Slika 1). Najvišja incidenčna stopnja **AOD** je bila v 10. tednu (od 5. marca do 11. marca 2012) **1398/100.000**, največ so zbolevali malčki in predšolski otroci, manj šolarji in odrasli (Slika 2).

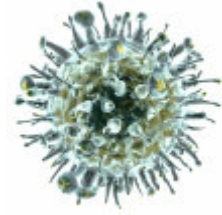


SLIKA 2

Incidenčne stopnje akutnih okužb dihal po tednih v sezoni 2011/2012

VIROLOŠKO SPREMLJANJE VIRUSA INFLUENCE

Vzorci za virološko spremljanje gripe so izhajali iz dveh skupin bolnikov: bolnikov, ki so bili zdravljeni ambulantno (iste ambulante, ki so posredovale epidemiološke podatke) in bolnikov, zdravljenih v t. i. mrežnih bolnišnicah, ki so prebolevali gripi podobno bolezen. Virus influence smo potrjevali v kužninah nosu in žrela. Hkrati smo zbirali tedenska poročila laboratorijev zavodov za zdravstveno varstvo in Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani o številu bolnikov, ki so bili testirani na gripo (in še nekatere druge viruse) in številu pozitivnih vzorcev. Virološko spremljanje kroženja virusov influence poteka skozi vse leto, vendar je intenzivnejše v času porasta obolenj dihal, običajno od začetka oktobra (40. teden) do konca maja (20. teden) naslednje leto.

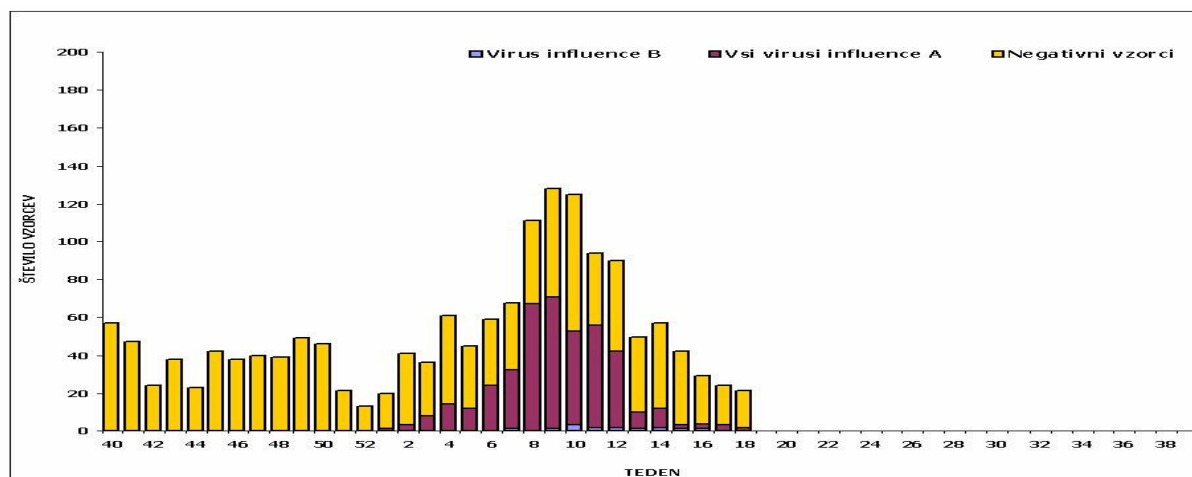


V Laboratoriju za virologijo IVZ smo z verižno reakcijo s polimerazo (PCR) v vseh prejetih vzorcih ugotavljali prisotnost virusov influence in nekaterih drugih respiratornih virusov. Virusom influence smo s PCR določili tudi tip (A, B). Pri influenci A smo določali podtippe H1, H3 in H1pdm-virus, pri influenci B pa podtipa Victoria in Yamagata.

Pozitivne vzorce smo nanесли na celično kulturo za izolacijo virusa. Izolate smo fenotipsko tipizirali z ustreznimi antiserumi. Izbor izolatov smo kot prispevek države k izboru sevov influence za cepivo in v nadaljnjo podrobnejšo analizo poslali v referenčni center za influenco Svetovne zdravstvene organizacije v Londonu.

Od oktobra 2011 do konca aprila 2012 smo skupno analizirali nekaj več kot 1.500 respiratornih vzorcev. Influenco tipa A smo dokazali v 445 vzorcih, influenco B pa v 16. Velika večina influence A so bili virusi podtipa A (H3), le v dveh primerih smo dokazali A(H1)pdm. Polovica virusov influence B je spadala v podtip Victoria in polovica v podtip Yamagata (Slika 3).

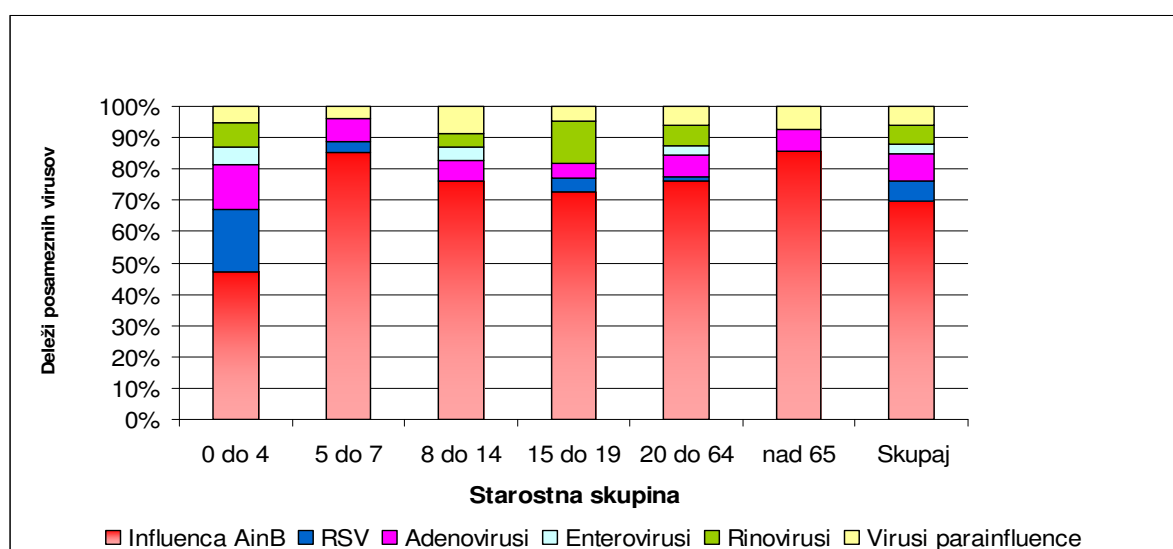
Prvi primer influence smo zaznali sredi decembra 2011 pri hospitaliziranem bolniku, prvi ambulantni primer pa v prvem tednu januarja 2012. Izrazitejši porast deleža pozitivnih vzorcev smo zaznali v tednu 6/2012, vrh kroženja v tednu 9/2012, kar se ujema z epidemiološkimi podatki. Občuten padec deleža vzorcev, pozitivnih na influenco, je bil v tednu 13/2012.



SLIKA 3

Virološko spremljanje gripe v sezoni 2011/2012

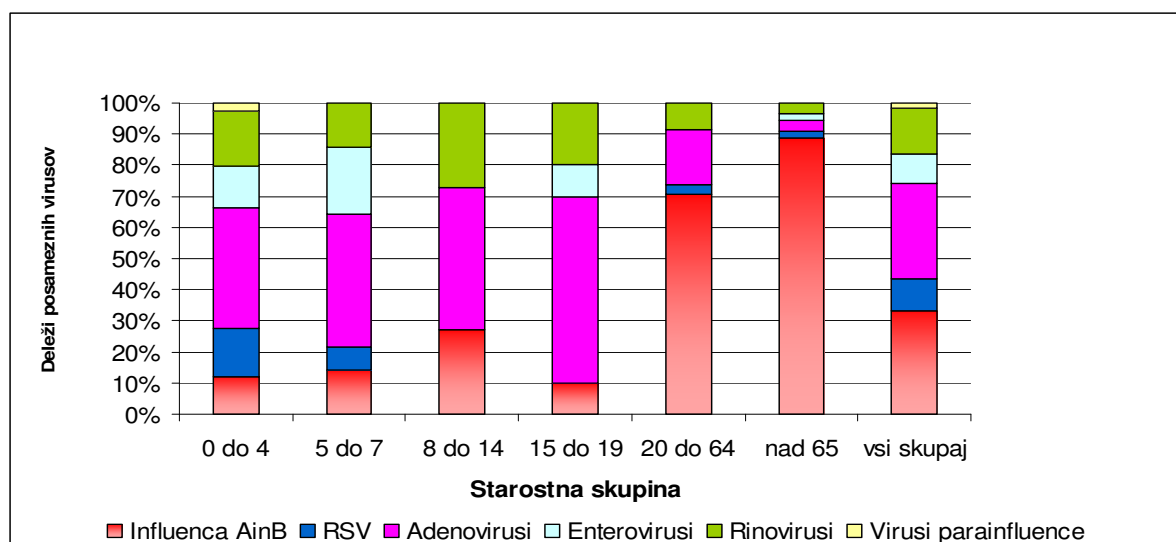
Okužbe dihal poleg virusov influence povzročajo še mnogi drugi virusi in bakterije. Nekateri od teh povzročiteljev so zajeti tudi v prikazanem spremljanju. Kot vzrok respiratornih obolenj pri bolnikih, obravnavanih v ambulantah primarnega zdravstva, je prevladovala okužba z virusi influence. V vseh starostnih skupinah smo zaznali še adenoviruse, rinoviruse in virus parainfluence, pri otrocih od 0 do 4 let je bilo precej tudi RSV.



SLIKA 4

Delež respiratornih virusov v pozitivnih vzorcih iz ambulant primarnega zdravstva

Pri hospitaliziranih bolnikih je bilo v starostnih skupinah do 19 let v letošnji sezoni veliko adenovirusov, pri odraslih in starejših pa so kot vzroki respiratornih obolenj prevladovali virusi influence. Pri otrocih med 0 in 4 leti je bil pogost RSV. Rinovirusi so predstavljali pomemben delež pri respiratornih obolenjih hospitalizirani bolnikov vseh starosti. Pri hospitaliziranih bolnikih smo viruse parainfluence redko dokazali.



SLIKA 5

Deleži respiratornih virusov v pozitivnih vzorcih pri hospitaliziranih bolnikih

V sezoni 2011/2012 smo opazili dolgo obdobje intenzivnejšega kroženja RSV; vse od sredine novembra 2011 do konca aprila 2012.

Kroženje virusov influence je v sezoni 2011/12 potekalo podobno kot drugod po Evropi, kjer je prav tako prevladoval virus influence A(H3N2) (93,8 %), influence B je bilo malo, A(H1N1)pdm so odkrili le v posamičnih primerih. V sezoni je prišlo do odmika krožečega seva A(H3N2) od seva, ki je bil za to sezono zajet v cepivu. Večina sevov se uvršča v skupino A/Victoria/208/2009(H3N2) (v cepivu 2011/12 je bil A/Perth/16/2009(H3N2)). Virus iz te nove skupine bo zajet v cepivu za prihodnjo sezono.

ZAKLJUČEK

Sezona 2011/2012 je bila za osnovno zdravstveno varstvo ena najlažjih sezon v zadnjih 10 letih. Število obiskov pri zdravnikih zaradi gripe je bilo za polovico nižje kot prejšnje leto. Vtis je (s podatki še ne razpolagamo), da je bilo precej več napotitev na sekundarni nivo, posebej bolnikov starejših od 65 let. Sezono 2011/2012 so zaznamovali izbruhi gripe v domovih za starejše, na IVZ smo prejeli kar osem prijav takih izbruhov, kar je precej nad pričakovanim številom.

Nepopolno ujemanje cepilnega seva virusa influence A(H3N2) s sevom, ki je krožil v letošnji sezoni, je povzročil relativno nizko zaščitno učinkovitost cepiva. Dokončnih podatkov o številu cepljenih proti gripi v Sloveniji še ni, pričakovati je nižjo precepljenost kot v prejšnji sezoni.

ZAHVALA

Zahvaljujemo se vsem zdravnikom in medicinskim sestram mrežnih ambulant in bolnišnic za vestno pošiljanje podatkov in vzorcev za virološko diagnostiko kakor tudi vsem mikrobiologom, ki so prispevali podatke o opravljenih preiskavah na respiratorne viruse.

IZGRADNJA KAPACITET IN MEDRESORSKO SODELOVANJE NA PODROČJU OKOLJA IN ZDRAVJA

CAPACITY BUILDING AND INTERSECTORAL COOPERATION IN ENVIRONMENT AND HEALTH

Pia Vračko¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

Evropske države se soočajo z velikimi izzivi na področju okolja in zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ocenjuje, da bi bilo mogoče v evropski regiji SZO z dobro preizkušenimi ukrepi na področju okolja in zdravja zmanjšati umrljivost za skoraj 20 odstotkov (WHO, Burden of disease statistics, Report 2009). Medtem ko hiter družbeni in gospodarski razvoj z dopuščanjem degradacije okolja in sočasnim delovanjem drugih pomembnih determinant zdravja močno vpliva na zdravje ljudi, obstaja tudi velik potencial za krepitev zdravja prebivalstva z ustrezno obravnavo okoljskih determinant zdravja.

V skladu z usmeritvami Evropskega procesa okolje in zdravje in 5. Ministrske konference o okolju in zdravju, Evropski center za okolje in zdravje pri Svetovni zdravstveni organizaciji izvaja projekt "Capacity building in Environment and Health". Projekt sofinancira Evropska Komisija, Generalni direktorat za zdravje in potrošnike (EC DG Sanco). Cilj projekta je okrepiti zmogljivosti za obravnavo vprašanj s področja okolja in zdravja v osmih državah članicah Evropske Unije (Češka, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Poljska, Slovaška in Slovenija), z namenom poenotiti usposobljenost na področju okolja in zdravja v podporo vpeljavi in izvajanju nekaterih ključnih aktov, kot so npr. EU Environment and Health Action Plan, Ministrske deklaracije o okolju in zdravju SZO ter UNECE Protokol o strateški presoji vplivov na okolje. Poleg tega je namen tudi podpora javnozdravstvenim sistemom in javnozdravstvenim reformam za boljši odziv na obstoječe in novo nastajajoče izzive na področju okolja in zdravja, kjer je to izvedljivo.

V okviru projekta je v Rigi (Latvija) od 19. do 25. marca 2012 potekala mednarodna učna delavnica »Izgradnja kapacitet na področju okolja in zdravja«. Slovensko delegacijo so sestavljali predstavniki Ministrstva za zdravje RS, Ministrstva za kmetijstvo in okolje RS, Agencije RS za okolje, Inštituta za varovanje zdravja RS in Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor.

Namen enotedenske delavnice je bil izboljšati razumevanje celotne slike okoljskega zdravja v Evropi, predstaviti teorijo in prakso medresorskega dela, zlasti med zdravstvenim in okoljskim sektorjem, nadgraditi obstoječe znanje in veščine za obravnavo vprašanj s področja okolja in zdravja v okviru področij dela sodelujočih resorjev ter pridobiti veščine za izvedbo usposabljanja na področju okolja in zdravja v svoji državi. Poleg tega je bila delavnica namenjena tudi izmenjavi dobrih praks in izkušenj med državami ter mreženju med udeleženci.

Osnovno izhodišče za izvedbo delavnice je bilo: »Dokazi so na voljo, potrebno jih je uporabiti pri pripravi politik«.

Osrednje predstavitve so bile namenjene najprej osvetlitvi Evropskega procesa okolje in zdravje, s predstavitvijo dela Evropske okoljske agencije (EEA) in konzorcija ERA-ENVHEALTH na področju okolja in zdravja ter s poudarkom na neenakostih v zdravju. Pri tem je bilo izpostavljeno, da so revnejši sloji prebivalstva v Evropski regiji SZO tudi do petkrat bolj izpostavljeni okoljskim

dejavnikom tveganja v primerjavi z dobro stoječim prebivalstvom in da obstaja velik potencial za preprečevanje bolezni z ustvarjanjem trajnostnega okolja. V nadaljevanju so bili v okviru javnozdravstvenih prioritet (kronična obolenja, okoljsko onesnaževanje in klimatske spremembe) v Evropi kot ključni okoljski dejavniki z vplivi na zdravje predstavljeni onesnažen zrak, energetski projekti, nanotehnologija in vode. Med veččinami za delo na področju okolja in zdravja so bili predstavljeni metodološki razvoj in obsežne aktivnosti na področju presoje vplivov na zdravje (Health Impact Assessment, HIA), različne oblike okoljskih presojev ter strategije sporočanja tveganja javnosti.

Vzporedni moduli so bili namenjeni praktični uporabi teoretičnega znanja in podatkov pri zagotavljanju informacij za odločevalce. Delo je potekalo na praktičnih primerih z namenom vključevanja vplivov na zdravje v okoljske presoje - Environmental Impact Assessment (EIA), in Strategic Environmental Assessment (SEA) ter s spoznavanjem različnih kvantitativnih metod za vrednotenje vplivov na zdravje.

Ključna načela vrednotenja vplivov okolja na zdravje predstavljata dva sklopa. Prvi sklop obravnava povezavo med onesnaženjem in izpostavljenostjo dejavnikom tveganja. Pri tem moramo pridobiti odgovore na vprašanja:

- Kaj so viri onesnaženja? Je to en vir ali jih je več?
- Katera onesnaževala so prisotna (s toksikološkimi profili)?
- Kateri mediji v okolju so onesnaženi (voda, tla, zrak, prehranjevalna veriga) ?
- Kje je onesnaženje (prostorska razsežnost, onesnažena območja) ?
- Kdaj (časovna dimenzija dogodka onesnaženja) ?

Odgovori na ta vprašanja nakažejo, na katere vplive na zdravje se je potrebno osredotočiti. Te podatke običajno pridobijo strokovnjaki s področij kemije, biokemije, ekologije, biologije, fizike, geologije, toksikologije in higijene.

Drugi sklop obravnava povezavo med izpostavljenostjo in tveganjem za zdravje.

Vprašanja so:

- Koliko oseb je izpostavljenih (ogrožena populacija) ?
- V kolikšni meri so izpostavljeni (raven izpostavljenosti, po skupinah) ?
- Kako dolgo traja izpostavljenost?
- Koliko oseb je prizadetih (bolezen, smrt) ?
- Kako močan je učinek glede na raven izpostavljenosti?
- Kolikšen del učinka je posledica učinka okoljskega dejavnika tveganja?

Odgovore na ta vprašanja pridobijo strokovnjaki epidemiologije, medicine, biologije in statistike.

Mednarodna učna delavnica je poenotila temeljno znanje in informiranost udeležencev različnih resorjev, s čimer je po eni strani opredelila izhodišča za okrepitev medresorskega delovanja, po drugi strani pa nakazala možnosti za povezavo obstoječih teoretičnih znanj in razpoložljivih podatkov v učinkovite mehanizme za vključevanje v politične odločitve.

V skladu z namenom projekta, da se podobno izobraževanje izvede v vsaki od sodelujočih držav in se tako naprej prenese pridobljena znanja, smo udeleženci 15. maja 2012 v Sloveniji izvedli delavnico »Izgradnja kapacitet okolje in zdravje v Sloveniji«. Udeležilo se je preko 50 predstavnikov z Ministrstva za zdravje RS, Ministrstva za kmetijstvo in okolje RS, Agencije RS za okolje, Inštituta za varovanje

zdravja RS, vseh devetih regionalnih zavodov za zdravstveno varstvo ter Katedre za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V predstavitvah smo strnili najpomembnejša znanja in informacije iz Rige, jim dodali svoje izkušnje in jih ustrezno prilagodili stanju v Sloveniji. Posebej smo izpostavili potrebe in možnosti za nadaljnje sodelovanje med kmetijsko-okoljskim in zdravstvenim resorjem ter stroko, predvsem na področju vpeljave vrednotenja vplivov na zdravje v okoljske presoje.

Velika vrednost enotedenskega usposabljanja v Rigi je bila v spoznavanju, druženju ter izmenjavi znanj in izkušenj med udeleženci iz Slovenije. Uspešno izvedena delavnica v Sloveniji je dodatno potrdila, da je povezovanje kmetijsko-okoljskega in zdravstvenega resorja in stroke v Sloveniji nujno potrebno, zato smo odločeni, da se bomo še naprej skupaj zavzemali za okrepitev sodelovanja.

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN OBVLADOVANJE NALEZLJIVIH BOLEZNI

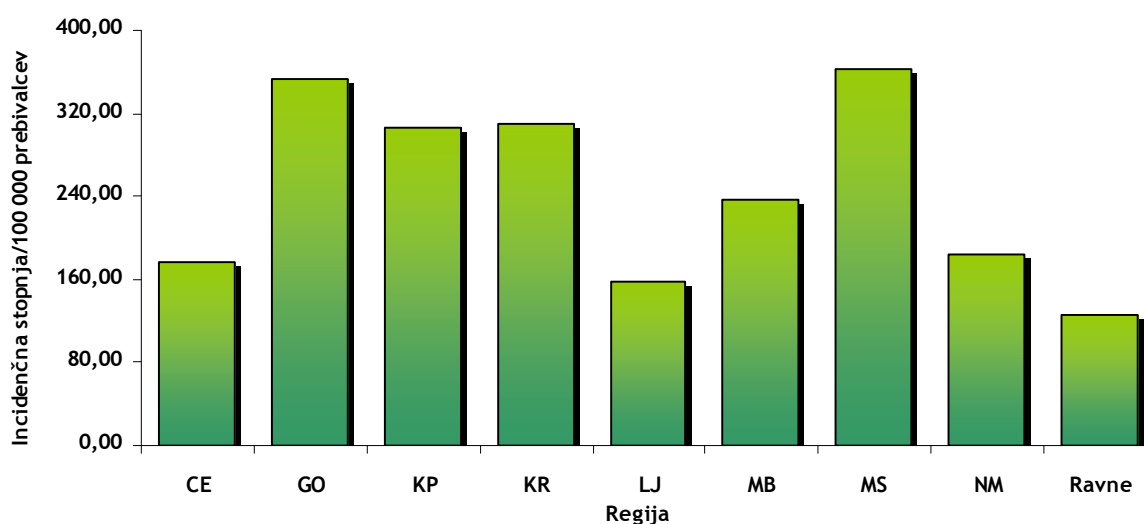
PRIJAVLJENE NALEZLJIVE BOLEZNI

MONTHLY SURVEILLANCE OF COMMUNICABLE DISEASES

Andreja Petrevčič¹, Maja Sočan¹, Eva Grilc¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

V aprilu je s prijavljivimi nalezljivimi boleznimi zbolelo 4.522 oseb, kar je 22 % manj kot v marcu 2012 in 3 % manj kot v enakem obdobju v letu 2011. Stopnja obolevnosti s prijavljivimi nalezljivimi boleznimi je bila 220,66/100.000 prebivalcev. Najvišja stopnja je bila v goriški regiji (352,51/100.000), najnižja pa v ravniški regiji (125,15/100.000) (Slika 1).



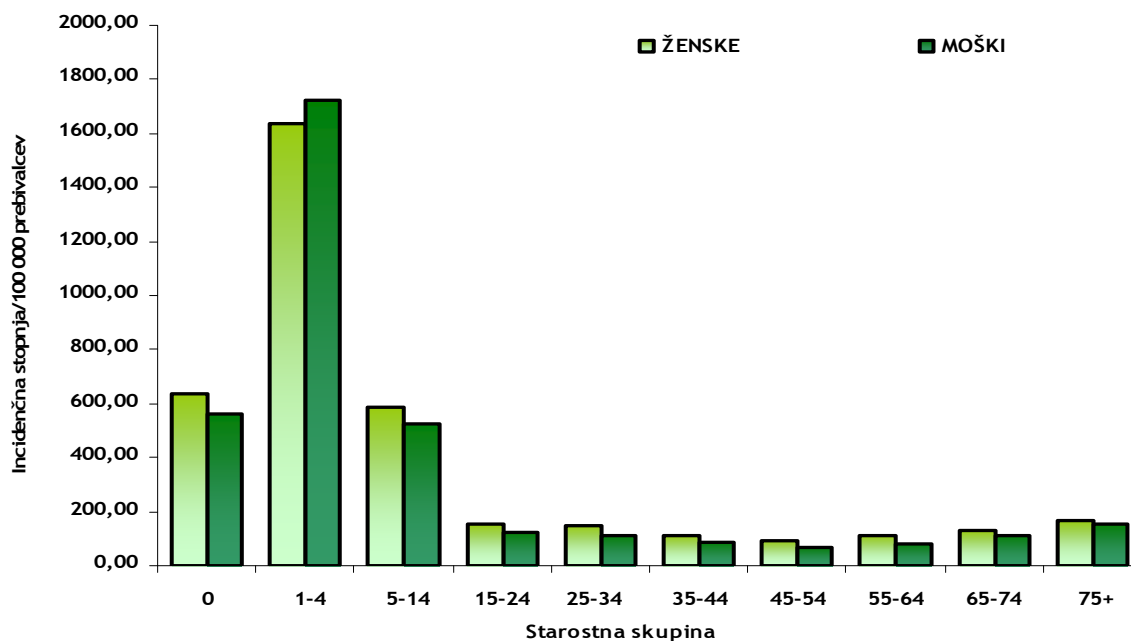
SLIKA 1

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih boleznih po datumu obolenja po regijah, Slovenija, april 2012

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

Med 4.522 prijavljenimi primeri je bilo 53 % bolnikov (2.382) ženskega spola in 47 % (2.140) moškega. 2.538 (57 %) obolelih so bili otroci v starosti od 0–14 let. Najvišja prijavna incidenčna stopnja je bila v starostni skupini 1–4 leta (1.780,55/100.000 prebivalcev), najnižja pa v starostni skupini 45–54 let (78,48/100.000 prebivalcev) (Slika 2).

Aprila so najpogosteje prijavljene norice brez zapletov (915), streptokokno vnetje žrela (791) in akutne črevesne okužbe (725).



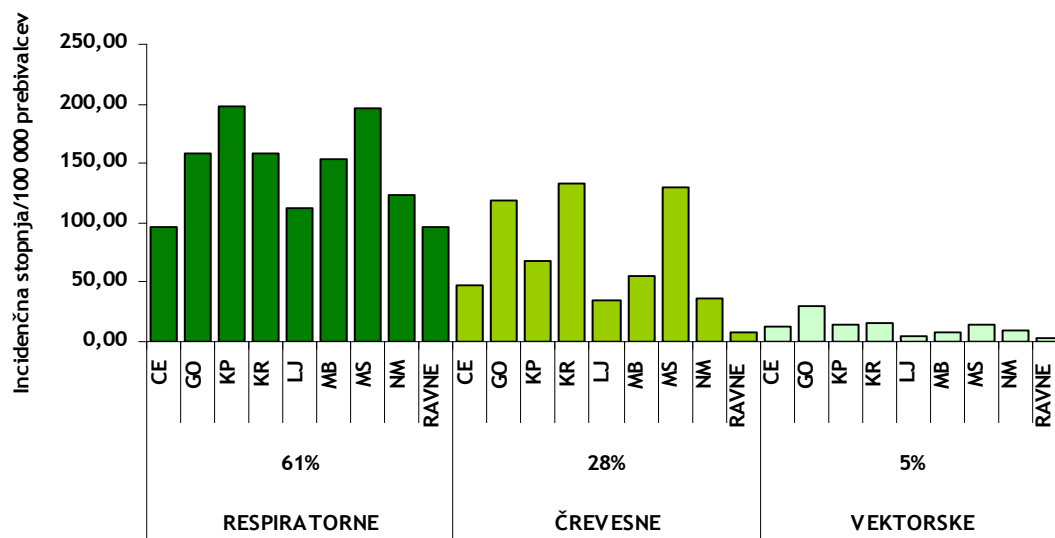
SLIKA 2

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po spolu in starosti, Sloveniji, april 2012

RESPIRATORNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Respiratorne nalezljive bolezni so obsegale 61 % (2.755) vseh prijavljenih bolezni v aprilu. Med najpogostejšimi so bile prijavljeni: norice (915), streptokokno vnetje žrela (791), in škrlatinka (306).

Stopnja obolevnosti je bila 134,44/100.000 prebivalcev, najvišja je bila v koprski regiji (198,22/100.000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (96,27/100.000 prebivalcev) (Slika 3).



SLIKA 3

Incidenčna stopnja prijavljenih nalezljivih bolezni po skupinah in regijah, Slovenija, april 2012

ČREVESNE NALEZLJIVE BOLEZNI

Prijavljenih je bilo 1.246 bolnikov z akutno črevesno okužbo (28 % vseh prijav v aprilu). Največ je bilo prijav gastroenteritisa neznane etiologije (725), rotavirus (213) in črevesnih virusnih okužb (106). Stopnja obolevnosti črevesnih nalezljivih bolezni je bila v aprilu 60,80/100.000 prebivalcev (Slika 3). Najvišja stopnja obolevnosti je bila v gorenjski regiji (132,39/100.000 prebivalcev), najnižja pa v ravenski (8,25/100 000 prebivalcev).

VEKTORSKE NALEZLJIVE BOLEZNI

Aprila smo prejeli 212 prijav vektorskih bolezni kar predstavlja 5 % vseh prijav tega meseca. Prijavljenih je bilo 211 primerov Lymške borelioze in en bolnik s KME.

TABELA 1

Prijavljene nalezljive bolezni po datumu prijave, Slovenija, v letu 2012

	R e g i j a									April 2012		Skupaj leto 2012	Apr. 2011 Inc./ 100 000 preb.
	CE	GO	KP	KR	LJ	MB	MS	NM	Ravne	Skupaj	Inc./ 100 000 preb.		
A02,0 Salmonelni enteritis	3	0	0	0	2	1	2	0	0	8	0,39	41	0,68
A04,0 Infekcija z enteropatogeno <i>E.coli</i>	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0,10	16	0,10
A04,1 Infekcija z enterotoksigeno <i>E.coli</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,10	8	0,05
A04,3 Infekcija z enterohemoragično <i>E.coli</i>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,05	6	0,05
A04,4 Enteritis (<i>E.coli</i>)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,10	10	0,00
A04,5 Enteritis (<i>Campylobacter</i>)	9	3	0	9	7	3	3	0	1	35	1,71	166	2,68
A04,7 Enterokolitis (<i>Clostridium difficile</i>)	2	0	1	2	2	0	7	1	0	15	0,73	77	1,22
A04,8 Druge opredeljene črevesne inf. (bakterijske)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,10	14	0,05
A04,9 Črevesna bakterijska infekcija, neopredeljena	2	23	3	11	0	0	0	0	0	39	1,90	183	1,12
A05,0 Stafilokokna zastrupitev s hrano	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2	0,20
A05,9 Bakterijska zastrupitev s hrano, neopredeljena	2	0	1	4	0	0	3	0	0	10	0,49	44	0,39
A07,1 Lamblijoza (<i>Giardioza</i>)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0,10	10	0,20
A07,2 Kriptosporidioza	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,05	2	0,00
A08,0 Rotavirusni enteritis	32	16	3	64	53	28	12	5	0	213	10,39	905	20,50
A08,1 Akutna gastroenteropatija (virus Norwalk)	2	6	2	14	31	2	10	0	1	68	3,32	510	9,22
A08,2 Adenovirusni enteritis	1	0	1	2	4	0	0	1	0	9	0,44	63	0,59
A08,3 Drugi virusni enteritis	1	0	0	1	0	1	0	2	0	5	0,24	29	0,24
A08,4 Črevesna virusna infekcija, neopredeljena	5	22	21	22	0	21	13	2	0	106	5,17	573	4,78
A09 Driska in gastroenteritis (infekcija)	82	50	62	139	123	121	104	40	4	725	35,38	4304	43,97
A37,0 Oslovski kašelj (<i>Bordetella pertussis</i>)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,10	11	0,59
A37,9 Oslovski kašelj, neopredeljen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2	0,39
A38 Škrlatinka	18	19	19	78	93	41	10	23	5	306	14,93	1577	15,27
A40,0 Sepsa, ki jo povzroča streptokok skupine A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	8	0,15
A40,3 Sepsa, ki jo povzroča <i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0,15	46	0,39
A41,0 Sepsa, ki jo povzroča <i>Staphylococcus aureus</i>	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0,15	24	0,24
A41,1 Sepsa zaradi kakega drugega opred. stafilokoka	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,05	2	0,10
A41,4 Sepsa, ki jo povzročajo anaerobi	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2	0,00
A41,5 Sepsa zaradi drugih gram-negativnih organizmov	3	0	0	0	0	3	2	0	0	8	0,39	71	0,73
A41,8 Druge vrste opredeljena sepsa	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0,10	20	0,24
A41,9 Sepsa, neopredeljena	1	6	0	1	4	1	0	0	0	13	0,63	74	0,83
A46 Erizipel (šen)	19	21	10	31	26	37	16	3	7	170	8,30	704	8,34
A48,1 Legioneloza (legionarska bolezen)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,10	12	0,05
A69,2 Lymška borelijoza - eritem	34	30	21	32	32	27	17	14	2	209	10,20	592	13,57
A84,1 Centralnoevropski klopi - KME	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	4	0,59
A85,0 Enterovirusni encephalomyelitis (G05,1*)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	2	0,00
A87,9 Virusni meningitis, neopredeljen	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	0,20	22	0,24
A91 Hemoragična vročica denga	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,05	1	0,00

A98,5 Hemoragična vročica z renalnim sindromom (HMRS)	3	1	0	0	1	5	2	2	3	17	0,83	31	0,00
B01,8 Norice z drugimi komplikacijami	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,10	9	0,34
B01,9 Norice brez komplikacij	89	54	42	50	192	196	131	111	50	915	44,65	4423	81,00
B02,9 Zoster brez zapleta	28	19	20	22	43	40	14	12	6	204	9,95	1113	12,59
B17,8 Druge vrste opred, virusni hepatitis (neA neB)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,05	3	0,00
B18,2 Kronični virusni hepatitis C	1	0	0	0	2	2	0	0	0	5	0,24	21	0,34
B27,0 Gama herpesvirusna mononukleoza	4	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0,24	14	0,10
B27,9 Infekcijska mononukleoza, neopredeljena	7	5	5	12	10	6	3	1	1	50	2,44	238	3,37
B33,8 Druge opredeljene virusne bolezni	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,15	9	0,00
B35,0 Tinea barbae in tinea capitis (brade in glave)	5	2	0	0	2	5	0	2	0	16	0,78	90	0,54
B35,2 Tinea manuum (roke)	8	2	0	0	1	2	3	1	2	19	0,93	100	0,83
B35,3 Tinea pedis (noge)	0	6	9	0	8	13	4	1	0	41	2,00	212	2,73
B35,4 Tinea corporis (telesa)	3	3	1	0	2	2	0	1	0	12	0,59	113	0,93
B35,8 Druge dermatofitoze	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0,10	22	0,20
B35,9 Dermatofitoza, neopredeljena	27	22	6	0	7	22	14	3	6	107	5,22	464	4,78
B37,9 Kandidioza, neopredeljena	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0,15	10	0,20
B80 Enterobioza	12	8	20	2	6	6	0	8	1	63	3,07	303	2,24
B86 Skabies	1	2	0	4	2	1	3	0	0	13	0,63	73	1,32
G00,1 Pnevmonokokni meningitis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	4	0,05
G00,3 Stafilokokni meningitis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,05	1	0,00
G00,9 Bakterijski meningitis, neopredeljen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,05	5	0,00
G03,1 Kronični meningitis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,05	1	0,00
G03,9 Meningitis, neopredeljen	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	4	0,10
G63,0 Polinevropatija pri Lymški boreliozii	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,10	11	0,05
J02,0 Streptokokni faringitis	19	10	45	29	28	0	4	4	0	139	6,78	645	6,10
J03,0 Streptokokni tonzilitis	83	22	90	92	305	144	50	5	0	791	38,60	4458	40,06
J03,9 Akutni tonzilitis, neopredeljen	0	1	53	0	0	24	0	7	0	85	4,15	741	6,49
J10 Gripa, dokazano povzročena z virusom influenzae	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,10	50	0,00
J10,0 Gripa s pljučnico, virus influenzae dokazan	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0,20	43	0,10
J10,1 Gripa z drugimi manif, na dihalih, dokazan v, infl,	13	2	1	0	7	1	0	3	0	27	1,32	696	0,05
J10,8 Gripa z drugimi manif,, virus influenzae dokazan	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,05	20	0,00
J11,0 Gripa s pljučnico, virus ni dokazan	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,05	10	0,00
J11,1 Gripa z dr, manif, na dihalih, virus ni dokazan	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0,15	65	0,00
J13 Pljučnica, ki jo povzroča Strept, pneumoniae	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0,15	41	0,44
Z22,3 Nosilec drugih opredeljenih bakterijskih bolezni	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3	0,15	18	0,39
Z22,5 Nosilec povzročitelja virusnega hepatitisa B	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0,15	18	0,29
SKUPAJ	535	361	448	629	1005	765	432	256	91	4522			
INCIDENCA/100 000 PREBIVALCEV	177,17	352,51	306,21	309,56	156,83	236,88	361,96	183,43	125,15	221,41			



PRIJAVLJENI IZBRUHI NALEZLJIVIH BOLEZNI

OUTBREAKS

Sandra Agatič¹, Tatjana Frelih¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

V letu 2012 (do vključno 20. maja 2012) so regijski zavodi za zdravstveno varstvo prijavili 29 izbruhov nalezljivih bolezni. Petnajst izbruhov je bilo v domu starejših občanov, štiri izbruhi v bolnišnici, trije v restavraciji in dva izbruha v termah. Po en izbruh beležimo v delovni organizaciji, družini, hotelu in kolektivu. V dvanajstih izbruhih je bil povzročitelj norovirus, v sedmih izbruhih virus influence A ter v dveh izbruhih kalicivirus. Povzročitelj v štirih izbruhih ni bil ugotovljen. Za šest primerov še čakamo končna poročila (Tabela 1).

TABELA 1

Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni, Slovenija, do 20. maja 2012

ZZV	LOKACIJA	ZAČETEK	KONEC	POVZROČITELJ	VRSTA IZBRUHA	I	Z	H	U	V
CE	DSO	24.02.2012	12.03.2012	Virus influence A	kapljični	246	104	0	0	0
GO	DSO	09.01.2012	26.01.2012	ni ugotovljeno	kontaktni	216	38	0	0	0
GO	Hotel	16.02.2012	20.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	288	61	0	0	52
GO	DSO	27.02.2012	09.03.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	216	36	1	0	0
GO	DSO	31.03.2012	16.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	216	66	0	2	0
KR	restavracija	29.03.2012	29.03.2012	norovirusi	kontaktni	20-25	18	0	0	0
KR	bolnišnica	16.04.2012	18.04.2012	norovirusi	kontaktni	28	10	0	0	0
LJ	Družina	01.01.2012	05.01.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	12	8	0	0	0
LJ	DSO	12.02.2012	05.03.2012	norovirusi (Kaplanovi kriteriji)	kontaktno-kapljični	170	22	0	0	0
LJ	DSO	09.02.2012	24.02.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični	161	28	0	0	0
LJ	*DSO	20.02.2012				285	160	3	0	0
LJ	*DSO	29.02.2012				363	40	0	0	0
LJ	kolektiv	16.03.2012	16.03.2012	ni ugotovljeno	alimentarni	cca 150	16	0	0	0
LJ	bolnišnica	27.01.2012	05.02.2012	norovirusi	kontaktni	60-70	17	0	0	0

LJ	restavracija	15.04.2012	18.04.2012	norovirusi	kontaktni	8	5	0	0	0
LJ	bolnišnica	01.04.2012	17.04.2012	norovirusi	kontaktni	116	22	0	0	0
LJ	*VVZ	29.04.2012				neznano	7	6	0	0
MB	DSO	09.02.2012	24.02.2012	Virus influenza A (H3)	kapljični	209	85	0	0	0
MB	DSO	16.02.2012	23.02.2012	Virus influenza A (H3)	kapljični	293	69	0	0	0
MB	DSO	14.02.2012	02.03.2012	norovirusi	kontaktni	300	56	0	0	0
MB	DSO	23.02.2012	17.03.2012	Virus influenza A (H3)	kapljični	170	43	0	0	0
MS	Delovna organizacija	26.01.2012	30.01.2012	ni ugotovljeno	neopredeljen	230	52	1	0	0
MS	DSO	7.02.2012	19.02.2012	kalicivirusi	kontaktno-kapljični	204	101	0	0	0
MS	terme	08.03.2012	28.03.2012	kalicivirusi	kontaktni	855	55	0	0	0
NM	bolnišnica	21.02.2012	24.02.2012	Virus influenza A	kapljični, nozokomialni	30	12	0	0	0
NM	terme	21.03.2012	16.04.2012	norovirusi	kontaktno-kapljični, nozokomialni	217	43	1	0	0
NM	*restavracija	15.04.2012				33	15			
RA	*DSO	20.02.2012		Virus influenza A		216	30	8	0	0
RA	*DSO	15.03.2012		Virus influenza A	kapljični	390	50	6	5	0

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

NOVICE

EPIDEMIOLOŠKA ŠOLA 2012 V CENTRU ZA NALEZLJIVE BOLEZNI IN OKOLJSKA TVEGANJA NA INŠTITUTU ZA VAROVANJE ZDRAVJA

EPIDEMIOLOGY SCHOOL 2012 IN THE COMMUNICABLE DISEASES AND ENVIRONMENTAL HEALTH CENTER IN THE NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Alenka Kraigher¹

1. Inštitut za varovanje zdravja RS

Epidemiologija je veda, ki preučuje zdravje in bolezni prebivalstva. Preučuje distribucijo bolezni vseh vrst in determinante zdravja. Preučuje stanja in dogodke povezane z zdravjem prebivalstva in uporablja svoje izsledke za obvladovanje zdravstvenih problemov. Ukvarja se z vzročnostjo, temelječo na postavljeni in testirani hipotezi. Z odkrivanjem vzrokov bolezni je mogoče preprečevati bolezni in zmanjševati tveganja. Epidemiologija je bazična veda za proučevanje javnega zdravja. Z integriranim pristopom na področju javnega zdravja omogoča neposredne aktivnosti, temelječe na znanstvenih dokazih in vzročni povezavi.

Ali potrebujemo osveženo znanje s področja epidemiologije?

Epidemiologijo, ki se izjemno hitro razvija, uporabljamo na številnih področjih javnega zdravja. Obstajajo številne knjige s področja epidemiologije in tudi nekaj možnosti za dodatna izobraževanja doma in v tujini. Kljub temu menimo, da je epidemiološka šola v Centru za nalezljive bolezni in okoljska tveganja (CNBOT) na Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ), prava dodatna oblika (pot) za obnovitev znanja in veščin na področju epidemiologije. Šola, ki bo potekala več mesecev, bo zajemala številna teoretična in praktična izhodišča, s poudarkom na:

- epidemioloških raziskavah, ki so ključnega pomena za reševanje kompleksnih vprašanj na področju nalezljivih bolezni in okoljskih vplivov;
- uporabi epidemioloških metod v naši vsakdanji praksi ter
- podajanju in predstavitvi primerov obravnave problemov, ki jih najpogosteje srečujemo v vsakdanjem delu.

Kakšna je vsebina epidemiološke šole?

Vsebina sklopov epidemiološke šole CNBOT bo zajemala uporabo epidemiologije pri odkrivanju in spremljanju tveganj za zdravje ljudi, preprečevanju bolezni in ohranjanju zdravja prebivalstva:

- epidemiološko spremljanje in uporaba epidemioloških principov za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni;
- uporaba epidemioloških metod in postopkov pri obravnavi izbruhov;
- uporaba epidemiološkega poizvedovanja in preučevanja za pripravo preventivnih programov in ocenjevanje programov, vključno s programom cepljenja;

- epidemiološki pristopi pri ocenjevanju vplivov okolja na zdravje prebivalstva ter
- pomen komunikacijskih elementov v javnem zdravju.

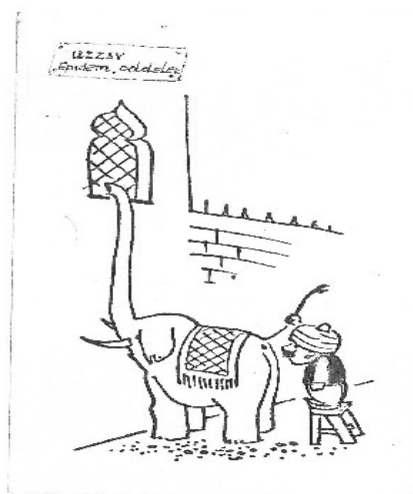
Šola bo potekala več mesecev v več med seboj povezanih delih in s prikazom teorije na praktičnih primerih. Predstavitve bodo oblikovali sodelavci iz CNBOT.

V prvem delu, ki je potekal 9. maja 2012, so bili predstavljeni koncept pojavljanja nalezljivih bolezni, naravni potek bolezni, veriga okužbe, pojavljanje in širjenje nalezljive bolezni v populaciji, epidemiološki pristop pri vrednotenju pomena nalezljivih bolezni, uporaba epidemioloških metod pri obravnavi izbruha in determinate javnega zdravja. Odzivi udeležencev prve delavnice predstavljajo potrditev namenu in usmeritvi zastavljene šole. Poleg tega predstavljajo obvezo vsem pripravljalcem, da vztrajajo na zasnovani poti. Nedvomno je izražena želja po obnavljanju in dograjevanju znanja na področju epidemiologije, z namenom lažjega in uspešnejšega vsakdanjega, tudi rutinskega dela na tem področju.

Komu je namenjena epidemiološka šola 2012?

Šola je namenjena predvsem vsem zaposlenim v CNBOT in na območnih zavodih za zdravstveno varstvo ter specializantom javnega zdravja v okviru kroženja na IVZ. Seveda pa je izobraževanje odprto tudi za vse, ki delajo na tem področju in se želijo pridružiti internemu usposabljanju na področju uporabne epidemiologije.

Uživajmo v epidemiologiji!



"Kdor je zdrav, ima upanje. Kdor ima upanje, ima vse." (Arabski pregovor)

