
ORSZÁGOS EPIDEMIOLOGIAI KÖZPONT

Epinfo

<i>Clostridium difficile</i> által okozott megbetegedések a Pándy Kálmán kórházban 2011-2013. között	109
Tájékoztatás szakmai rendezvényről	118
Fertőző betegségek adatai	120

Epidemiológiai Információs Hetilap

HAZAI/NEMZETKÖZI INFORMÁCIÓ

CLOSTRIDIUM DIFFICILE ÁLTAL OKOZOTT MEGBETEGEDÉSEK A PÁNDY KÁLMÁN KÓRHÁZBAN 2011-2013. KÖZÖTT

Összefoglaló

A *Clostridium difficile* infekció, mint nosocomiális enterális fertőzés az elmúlt évtizedben egyre nagyobb mértékben elhatalmasodó világproblémát jelent. A fertőzés elleni küzdelem sokrétű és komplex. Iránymutatásban segítségünkre van az utóbbi években megjelent tanulmányok sokasága, ám tapasztalatot csak saját intézményeinkben tudunk szerezni.

Jelen tanulmányban egy izolációs intézkedés hatását vizsgáltuk egy megyei kórházban az intézkedés bevezetését megelőző egy év és az azt követő két év adatainak feldolgozásával. Az intézkedés alapja az izoláció pontos és helyes betartása a szigorú higiénés rendszabályok mellett. Erre a nehéz feladatra kórházunk **infektológiai osztálya** vállalkozott, így a *Clostridium difficile* fertőzésben szenvedő betegeket ezen az osztályon izoláljuk. Az osztály kialakítása lehetővé teszi a helyes izolációs szabályok pontos betartását, mely más osztályokon nagyon nehezen vagy egyáltalán nem lehetséges, és szakmai szempontból is egy felkészült csapat koordinálja a betegek kezelését. **2011-ben 103 *Clostridium difficile* által okozott megbetegedés fordult elő.** Ez az Országos Epidemiológiai Központ által publikált 2011. évi NNSR-CDI adatok alapján az országos átlag (26,1 eset/intézmény) felett volt. **2012-ben 95 új esetet regisztráltunk.** Az országos adatok erre az évre az intézmények jelentései alapján a *Clostridium difficile* fertőzések számában emelkedést mutatnak az előző évhez mérten. A mi adataink ezzel szemben csekély visszaesést tükröznek,

de semmiféleképpen nem egy nagyarányú progressziót. **2013-ban** nemcsak Magyarországon, de Európában is tovább fokozódott a ***Clostridium difficile*** előfordulása. Ebben az évben, kórházunkban továbbra sem romlott a helyzet, sőt a 100 000 ápolási napra vetített incidenciát mutatók bizakodást jelentő, kismértékű visszaesést tükröznek évről évre. Kor és nemek megoszlását tekintve az adatok megegyeznek az országos átlaggal. Természetesen ezeknek a számoknak a validitását sok zavaró tényező torzíthatja, ám az eredmény mindenféleképpen figyelemfelkeltő.

Bevezetés

Az utóbbi időben egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a nosocomialis fertőzések. A fejlődő országokban a felnőtt lakosságot érintő egyik legnagyobb probléma a ***Clostridium difficile*** okozta igen makacs enterális infekció.¹ Az utóbbi 10 évben - a jelentős mértékben megnövekedett incidenciával - az egyre súlyosabb kórképek is a probléma fontosságát hangsúlyozzák. Az Egyesült Államokban évente több mint 3 millió ember betegszik meg.² 2000-ben ugyancsak itt 1,1 milliárd USA dollárt költöttek a *Clostridium difficile* okozta betegségek és szövődmények gyógyítására.³ A legveszélyeztetettebbek a 65 év feletti tartoznak, mely korosztálynál nemcsak a *Clostridium difficile* okozta fertőzés kialakulásának gyakorisága magas, hanem a recidiva előfordulási aránya is.⁴ A kórokozó agresszivitását alátámasztandó adatok alapján az összes antibiotikum-használattal kapcsolatos hasmenés kb. 20-30%-ért tehető felelőssé maga a *Clostridium difficile*, az antibiotikum okozta colitist 50-75%-ban okozhatja ez a kórokozó. A legsúlyosabb kórképet, a pseudomembranosus colitist már több mint 90%-ban a ***Clostridium difficile*** okozza.⁵ A ***Clostridium difficile*** előretöréséért, elterjedéséért legnagyobb mértékben az antibiotikumok irracionális használata okolható. A kórokozó már 1 éves kor felett megtalálható a gyermekek székletében,⁶ és a felnőttek néhány százalékában is kimutatható.⁷ A béltraktusban vegetatív formában található meg. Az antibiotikus kezelés következtében a normál flóra egyensúlya a bélrendszerben felborul, lazul a kolonizációs rezisztencia, ezáltal utat nyitva a ***Clostridium difficile*** baktérium elszaporodásának. A kórokozó által termelt toxinok felelősek a tünetek kialakulásáért és a megbetegedések gyakran fatálisak. Kezelését tekintve szűkek a lehetőségek, ezért is fontos és kap egyre nagyobb hangsúlyt a megelőzés, ezen belül az infekciókontroll tevékenység. Tekintettel a kórokozó feco-oral terjedési módjára, az elsődleges terjesztő a kéz, elsősorban az egészségügyi dolgozók keze. Az infekciókontroll feladata az egészségügyi intézményekben nemcsak a beteg, hanem a dolgozó megvédése is.

Célkitűzéseink és módszer

Nemcsak az irodalmi és az országos adatok hívták fel a figyelmet a növekvő problémára, hanem kórházunkban is jelentősen megnövekedett a ***Clostridium difficile*** fertőzések száma. Egyre nagyobb kihívást generáltak a kórokozó által okozott, nehezen gyógyuló kórképek, és nemcsak az osztályoknak, de a kórháznak is jelentős gazdasági terhet jelentett mindez. Az egészségügyi ellátórendszer segítségére siettek az irányelvek, a szakmai szempontból jól kidolgozott módszertani levelek, de nem harmonizáltak az intézmények, többek között a mi kórházunk infrastrukturális helyzetével sem. Sok osztályon az izoláció gyakran kivitelezhetetlen volt, és egyre fontosabbá vált a növekvő esetszámok visszaszorítása vagy megfékezése. A probléma megoldásra várt.

Jelen tanulmány az izolációs intézkedések hatását vizsgálja egy megyei kórházban **2011 és 2013.** között. Retrospektív vizsgálat, mely részben helyi surveillance adatlapok, NSSR-be történő kötelező jelentések és a széklet-tenyésztési adatok alapján történt. A terápia, mint tényező, konstans volt. A vizsgált periódusok alatt a ***Clostridium difficile*** gyógyszeres kezelési stratégiája nem változott. Azon betegek adatait dolgoztuk fel, akik megfeleltek az alábbi **esetdefiníciónak**: kórházunk összes fekvőbeteg-ellátó részlegéről a klinikum alapján azon betegek, akiknél a megbetegedés diagnózisát ***Clostridium difficile*** A és B toxin, antigén-kimutatás, és pozitív széklet-tenyésztési vizsgálat alátámasztotta. Az alsó korhatár 2 év. A székletvizsgálatokat a békéscsabai Synlab Laboratórium Kft. végezte. Ezen források részletes áttekintését követően az adatokat tisztítottuk, és feldolgoztuk. A recidiv eset nem számított új esetnek, azaz csak az első megbetegedést vettük alapul.

Kórházunkban **2012.** elején az Intézményi Antibiotikum Bizottság (IAB) első féléves ülésén a ***Clostridium difficile*** fertőzés, mint növekvő probléma volt az egyik napirendi pont. A bizottság a következő intézkedéseket hozta az esetlegesen kialakuló járványok megelőzése érdekében:

Az intézmény fekvőbeteg-ellátó részlegein észlelt ***Clostridium difficile*** gyanús enterális fertőzésben szenvedő betegek az infektológiai osztályra helyezhetőek át. E mögött nemcsak szakmai indokok húzódtak meg, hanem infrastrukturális szempontokat is figyelembe kellett venni. Kórházunk infektológiai osztálya 2 és 3 ágyas kórtermekből áll, a mai modern kor követelményeinek mind izolációs, mind infektológiai szempontból teljes mértékben megfelel. Más osztályokon a módszertani levélben megfogalmazott izolációs intézkedéseket nem, vagy nagyon nehezen lehet megoldani. A döntést belefoglaltuk az intézményi infekciókontroll kézikönyvnek a ***Clostridium difficile*** prevenciós intézkedéseket, izolációs eljárásokat megfogalmazó pontjaiba.

E szerint minden ***Clostridium difficile*** fertőzésben szenvedő beteget **elkülönítünk**. Kohorsz izoláció az igazolt esetekben megengedett. Törekedni kellett arra, hogy a beteg kórtermen kívüli vizsgálatait a nap végén végezzék el. A beteg szállítása során a standard izolációs szabályokat kell betartani, a szállítóeszközök **fertőtlenítése** sporocid hatású szerekkel történik. A kórterem ajtajára felhívást függesztünk ki a látogatók számára, az izolációs szabályok betartása érdekében. Az osztályon, az elkülönített kórtermekben csak egyfázisú szappanos kézmosásra biztosítunk lehetőséget. Falra szerelt adagolók biztosítják a megfelelő mennyiséget. A kórtermeken kívül, a folyosón szenzoros alkoholos kézfertőtlenítő adagolók kerültek felhelyezésre. Ezzel a teljes körű és biztonságos kézfertőtlenítés feltételei adóttak. Az **oktatásokkal** az emberi tényezőt, mint esetleges hibaforrást is megpróbáltuk a minimálisra csökkenteni. A páciensek és hozzátartozóik rendszeres felvilágosításban részesültek a helyes kézmosást illetően. A **védőfelszerelés** (egyszer használatos gumikesztyű, szájmaszk, védőköpeny) a kórterem előtti közlekedőben van elhelyezve, hogy könnyen elérhető legyen mind a látogató, mind az egészségügyi személyzet számára. A ***Clostridium difficile*** fertőzésben szenvedő betegek csak **egyszer használatos evőeszközöket** kapnak. A vérnyomásmérő, és hőmérő a kórteremben marad, és csak ott használható. A szennyes és a használt pelenka gyűjtése duplafalú, megjelölt, sárga nylonzsákba történik. Prevenációs stratégiaként, kiegészítve a fenti intézkedéseket, az **antibiotikum** racionálisabb és mennyiségében is **megfontoltabb felhasználását** megcélzó döntés született. A döntés értelmében intézményünkben bizonyos parenterális, széles spektrumú antibiotikumok használata infektológiai engedélyhez kötött. Az izoláció feloldható az első normál széklet megjelenésétől számított 48 óra múltán.

Ezen izolációs intézkedések hatékonyságát próbáljuk vizsgálni ebben a tanulmányban, összevetve a határozat előtti évet és az azt követő két év periódusait a ***Clostridium difficile*** fertőzésre vonatkozó esetszámok alakulásának tükrében.

Eredmények

2011. január elseje és december 31. között **123 *Clostridium difficile*** fertőzést regisztráltunk, közülük **20** eset recidiva volt. Tehát ebben az évben **103 új esetünk** volt. Ez az országos átlag (26,1 eset/intézmény) felett van. A kórházunkban észlelt ***Clostridium difficile*** fertőzés incidenciája ebben az évben 24,4 eset/10 000 elbocsátott beteg, az országos adat szerint pedig ugyanezen a mutatóra vonatkozóan 9,7 eset/10 000 elbocsátott beteg volt. Kórházunkban tehát közel háromszor gyakoribb volt az esetek előfordulása. Az ápolási napok tükrében is hasonló a kép, ugyanis addig, míg országos

átlagban 12,1 eset/100 000 ápolási nap volt ez az érték, a helyi adatok alapján 30,1 eset/100 000 ápolási nap adódott incidencia-sűrűségnek. Ismerve a fertőzés epidemiológiai jellemzőit, ehhez az eltéréshez kórházunk strukturális ágyszám-felépítése is hozzájárulhat, mivel magas a krónikus és a hosszú ápolási idejű részlegek ágyszáma, ahol legfőképp idős betegeket gyógyítanak. Szem előtt kell tartani, hogy az országos átlaghoz képest egy helyi adat nagy különbségeket mutathat.

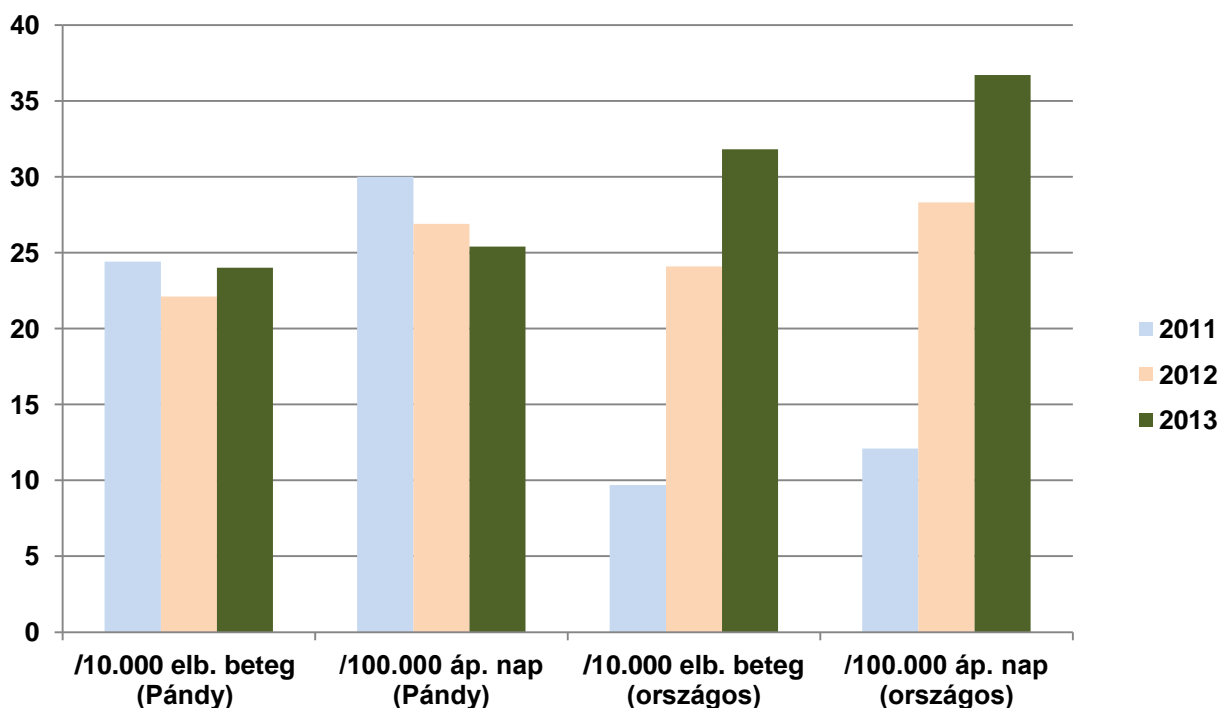
2012-ben az intézményünkben észlelt ***Clostridium difficile*** fertőzés előfordulása **112-re** mérséklődött, melyből ha levonjuk a recidiv megbetegedések számát, ami **17** esetben fordult elő, akkor **95** új esetünk volt. Ha megfigyeljük a gyakorisági mutatókat, akkor ez a mi kórházunkban egy 22,1 eset/10 000 elbocsátott beteg incidencia értéket tükröz. Országos szinten ez a mutató 24,1 eset/10 000 elbocsátott beteg. Az ápolási napok tekintetében országosan átlagosan 28,3 esetet regisztráltak 100 000 ápolási napra. Az intézményünkben ez a szám 26,9 eset/100 000 ápolási nap. A 2012-ben mért gyakorisági mutatók alacsonyabbak voltak az országos átlagnál, és a 2011-es évhez képest az arány meglepően kedvezően alakult. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy addig, míg országosan jelentősen nőtt a ***Clostridium difficile*** fertőzés incidenciája, kórházunkban ez a szám kismértékben csökkent.

A *C.difficile* fertőzések járványügyi jellemzői
Pándy Kálmán Kórház, 2011-2013.

	2011	2012	2013
<i>C.diff.</i> új eset	103	95	103
<i>C. diff.</i> recidiva	20 (16%)	17 (15%)	19 (15%)
Férfi	54 (44%)	55 (49%)	54 (44%)
Nő	69 (56%)	57 (51%)	68 (56%)
Kor (számtani átlag)	68,9	68,8	70
Összes eset	123	112	122
Incidencia (10 000 elbocsátott beteg)	24,4	22,1	24,0
Incidencia sűrűség (100 000 ápolási nap)	30,0	26,9	25,5

Ha a fenti összesítő táblázatot áttanulmányozzuk, és a 100 000 ápolási napra számított incidencia-sűrűsége fókuszálunk, akkor elmondhatjuk, hogy kismértékben visszaesett ezen kórokozó előfordulása kórházunkban. Az országos adatok és a kórházunk adatai közti különbségeknél zavaró tényezőként szerepelhet a jelentési hajlandóság, mely területenként változik. **2013-ban** az OEK mérése alapján a mi régióinkban mértek egyedül kis visszaesést, egyébként országosan mindenhol tovább romlott a helyzet. Országosan 2013-ban 31,8 volt az incidencia 10 000 elbocsátott betegre kalkulálva, és a 100 000 ápolási napra mért incidencia-sűrűség pedig 36,7 volt. Az adatok átlátható összehasonlítása végett ezeket az alábbi diagramon ábrázoljuk.

***Clostridium difficile* incidenciája a Pándy Kálmán Kórházban és országosan, 2011-2013.**



A diagramot megfigyelve látható, hogy kórházunkban az országos tendenciával ellentétben kismértékű visszaesés figyelhető meg, amely leginkább a 100 000 ápolási napra vetített incidenciánál tükröződik.

A ***Clostridium difficile*** fertőzés egyik fő jellemzője a recidiva. Esetünkben a vizsgált három év között szignifikáns különbség nem volt a recidiva arányát tekintve. 2011-ben 16%, 2012-ben és 2013-ban 15%. Az átlagos életkor értéke számos tanulmánnyal megegyezően reprezentálja, hogy ez a betegség leginkább az idősebb korosztályt érinti.

Megbeszélés

Népegészségügyi szempontból a *Clostridium difficile* fertőzés az utóbbi évek egyik legnagyobb veszélyét jelenti a multirezisztens kórokozók mellett. Az USA-ból, Kanadából és Európából származó számos tanulmány a kórokozók hipervirulenciáját, a drámaian megnőtt incidenciát, és az okozott kórképek súlyosságát bizonyítják.^{8,9,10,11} Egyes szerzők szerint az USA néhány régiójában a methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus*-tól (MRSA) átvette a vezető szerepet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések körében. Halálozási arányát tekintve 2004-ben Quebecben a nosocomiális *Clostridium difficile* fertőzés halálozási rátája 6,9% volt¹², mely csaknem négyszeres emelkedést mutat, összevetve a Kanadában készült nemzeti felméréssel, ami 1997-ben készült és mindössze 1,9%-os halálozási arányt ír le.¹³ Európában a *Clostridium difficile* esetszám 2011-ben is további progrediálást mutat. Angliában a 100 000 ápolási napra jutó *Clostridium difficile* esetszám 2011-ben 21,8¹⁴, ugyancsak ebben az évben Magyarországon ez a mutató 12,1/100 000 ápolási nap¹⁵ Hazánkban 2012-re az incidencia az adatok alapján több mint a duplájára nőtt, 100 000 ápolási napra **28** esetet regisztráltak.¹⁶

2013-ban egy széles körű európai multicentrikus prospektív pont-prevalencia vizsgálat készült, mely a *Clostridium difficile* okozta enterális fertőzést vizsgálta a kórházban fekvő páciensek körében (EUCLID). Ebben a vizsgálatban 20 európai ország 482 kórháza vett részt. Eredményként kiemelendő, hogy az adatok alapján 6,6 esetet regisztráltak 10 000 ápolási napra.¹⁷ Az ECDIS (European Clostridium difficile Infection Survey) a 2008 és 2009 között végzett európai tanulmányában 4,1/10 000 ápolási napra számolt incidenciát állapított meg.¹⁸ Már az akkori adatok is azt tükrözték, hogy a kórokozó terjedésének következményeként nemcsak potenciális életéveket veszítünk, hanem jelentős anyagi megterhelést is jelent közvetlenül az egészségügyi intézménynek valamint az államháztartás költségvetésének.

A megelőzés kulcsfontosságú, mely miatt egyre szélesebb körökben szorgalmazzák az infekciókontroll tevékenységek bővítését, megerősítését. Emellett a prevenció nagyobb hangsúlyt kellene, hogy kapjon, melynek alappillére a kézhigiéne, az izoláció, és a meggondoltabb antibiotikum-felhasználás. Mint ismeretes, egy, a környezeti hatásokkal szemben igen ellenálló spórával állunk szemben. Az alkohol szerepe kiemelkedő, és az utóbbi években jelentősen megalapozták ennek elsőrangú szerepét a kézhigiében. Talán ezért is fontos külön beszélnünk arról, hogy a kézfertőtlenítés, mint elsődleges prevenciós pont a *Clostridium difficile* spórái ellen más, mint a multirezisztens kórházi kórokozók esetében. Számos tanulmány bizonyította, hogy **az alkohol hatástalan a *Clostridium difficile* spóráival szemben**, csak a szappanos kézmosással és dörzsöléssel tudjuk a spórákat eltávolítani a kezünkről.^{19,20,21}

Az **infektológiai osztály** elrendezése, a zsilipelés lehetősége, a komfortos kórtermek megteremtik a helyes izoláció feltételeit. Az esetszámok csökkenéséhez, valamint az uralható recidiva-arányhoz az is hozzájárult, hogy az osztályon a szakmai felkészültség mellett helyes, racionális antibiotikum-politikát folytatnak, és fegyelmezett ápolás folyik. Eredményeink alapján elmondható, hogy a szakmailag megalapozott izolációs intézkedések pontos betartása eredményhez vezetett, de emellett több más frontot is meg kell nyitni a fertőzés hosszú távú visszaszorítása és a sikeres prevenció érdekében.

Tájékoztatást adta: **Dr. Seres Ábel** infekciókontroll vezető
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház
Kórházhygiénés osztály

IRODALOMJEGYZÉK

1. Dharmarajan TS, Sipalay M, Shyamsundar R, Norkus EP, Pitchumoni CS. Co-morbidity, notage, predicts adverse outcome in *Clostridium difficile* colitis. *World J Gastroenterol* 2000;6:198e201.
2. Barbut F, Corthier G, harpak Y, Cerf M, Moteil H, Fosse T et al. Prevalence et pethogenicity of *Clostridium difficile* in hospitalized patient: A French multicenter study. *Arch intern Med.* 1996;156, 1449-54.
3. Kyne L, Hamel MB, Poavaram R, Kelly CP. Healthcare costs and mortality-associated with nosocomial diarrhea due to *Clostridium difficile*. *Clin Infect Dis.* 2002;34:346-353.
4. Pepin J, et al. Increasing risk of relapse after treatment of *Clostridium difficile* colitis in Quebec, Canada. *Clin Infect Dis.* 2005;40:1591-7.
5. Kelly CP, Pothoulakis C, LaMont JT. *Clostridium difficile* colitis. *N Engl J Med* 1994;330:257e262.
6. Hall IC, O'Toole E. Intestinal flora in new-born infants. *Am J Dis Child* 1935;49:390-402. Viscidi R, Willey S, Bartlett JG. Isolation rates and toxigenic potential of *Clostridium difficile* isolates from various patient populations. *Gastroenterology* 1981;81:5-9.
7. Aronsson B, Mollby R, Nord CE. Antimicrobial agents and *Clostridium difficile* in acute enteric disease: epidemiological data from Sweden, 1980-1982. *J Infect Dis* 1985;151:476-481. Nakamura S, Mikawa M, Nakashio S, et al. Isolation of *Clostridium difficile* from the feces and the antibody insera of young and elderly adults. *Microbiol Immunol* 1981;25:345-351.
8. McDonald LC, Owings M, Jernigan DB. *Clostridium difficile* infection in patients discharged from US short-stay hospitals, 1996-2003. *Emerg Infect Dis* 2006;12:409-415.
9. Redelings MD, Sorvillo F, Mascola L. Increase in *Clostridium difficile*-related mortality rates, United States, 1999-2004. *Emerg Infect Dis* 2007;13:1417-1419.
10. Burckhardt F, Friedrich A, Beier D, Eckmanns T. *Clostridium difficile* surveillance trends, Saxony, Germany. *Emerg Infect Dis* 2008;14:691-692.
11. Gravel D, Miller M, Simor A, Taylor G, Gardam M, McGeer A, et al. Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. Health care-associated *Clostridium difficile* infection in adults admitted to acute care hospitals in Canada: a Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program Study. *Clin Infect Dis* 2009;48:568-576.
12. Loo VG, Poirier L, Miller MA, Oughton M, Libman MD, Michaud S, et al. A predominantly clonal multi-institutional outbreak of *Clostridium difficile*-associated diarrhea with high morbidity and mortality. *N Engl J Med* 2005;353:2442-2449.

13. Miller MA, Hyland M, Ofner-Agostini M, Gourdeau M, Ishak M. Canadian Hospital Epidemiology Committee. Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. Morbidity, mortality, and healthcare burden of nosocomial *Clostridium difficile*-associated diarrhea in Canadian hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23:137-140
14. HPA éves jelentés
15. Országos Epidemiológiai Központ, Nemzeti Nosocomiális Surveillance Rendszer éves jelentései
16. Országos Epidemiológiai Központ. Összefoglaló az egészségügyi ellátással összefüggő *C.difficile* fertőzések járványügyi helyzetéről. *Epinfo* 2013; 16: 169 – 173.
17. Davies K et al. First report from European, multi-centre, prospective bi-annual point prevalence study of *Clostridium difficile* Infection in hospitalised patients with Diarrhoea (EUCLID). Late breaker poster LB-2968 presented at European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID); Berlin, Germany, 27 - 30 Apr 2013.
18. Bauer et al. *Clostridium difficile* infection in Europe: a hospital-based survey. *Lancet* 2011 *Jan* 1;377(9759):63-73).
19. Dubberke ER, Gerding DN. Rationale for Hand Hygiene Recommendations after Caring for a Patient with *Clostridium difficile* Infection. A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals, October 5, 2012.
20. Boyce JM, Ligi C, Kohan C, Dumigan D, Havill NL. Lack of association between the increased incidence of *Clostridium difficile*-associated disease and the increasing use of alcohol-based handrubs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006,27(5):479-483.
21. Országos Epidemiológiai Központ. Módszertani levél a *Clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről. *Epinfo* 2011; 4. különszám

TÁJÉKOZTATÁS SZAKMAI RENDEZVÉNYRŐL**A MAGYAR HIGIÉNUSOK TÁRSASÁGA**

**2015. március 31-én, kedden, 10 órai kezdettel az
Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
„Fodor József” előadótermében
(Budapest IX., Nagyvárad tér 2.)**

tartja

FODOR JÓZSEF

ÉS

FENYVESSY BÉLA

emlékülését.

Az ülés keretében a Társaság elnöke átadja

a 2015. évi

Fodor József-, és Fenyvessy Béla-, valamint Szendei Ádám-emlékérmeket.

Az emlékülést követően kerül sor Fodor József mellszobrának
és az „A” épületen lévő domborművű arcképének
megkoszorúzására.

A Magyar Higiénikusok Társasága elnöksége
tisztelettel meghívja Önt

az emlékülésre és a koszorúzási ünnepségre.

Megnyitó

Dr. Páldy Anna

a Magyar Higiénikusok Társaságának elnöke

FODOR JÓZSEF-EMLEKELŐDÁS

Dr. Paulik Edit

(SZTE ÁOK Népegészségtani Intézete)

A dohányzás prevenció szerepe az anya-, gyermek- és ifjúságvédelemben

FENYVESSY BÉLA-EMLEKELŐADÁSOK

Dr. Müller Cecília

(Fejér Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve)

„Egy vidéki tisztifőorvos (nem) mindennapjai”

Nagy Csilla

(Budapest Főváros Kormányhivatala Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve)

A nemfertőző betegségek epidemiológiai módszereinek helye, szerepe és alkalmazása a népegészségügy működési ciklusában

Szünet

SZENDEI ÁDÁM-EMLEKELŐADÁS

Dr. Erdős Gyula

(Országos Epidemiológiai Központ)

Hagyományaink megőrzése az Országos Epidemiológiai Központban

FIATAL HIGIÉNIKUSOK X. FÓRUMA, 2014

I. DÍJAS ELŐADÁS

Dr. Bartakovics Mónika

(Baranya Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve)

Gondolatok (és egy kis statisztika) két nosocomialis járvány körül

HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2015. március 9-15.** közötti időszakban bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

Mind a **bakteriális**, mind a **virális enterális fertőző betegségek** közül kevesebb eset került a nyilvántartásba, mint az előző héten. A bejelentett **salmonellosis** megbetegedések száma kétharmadával, a **campylobacteriosisoké** 80%-kal volt több a 2009-2013. évek azonos hetére számított középértéknél. A legtöbb campylobacteriosist Budapesten (23) és Győr- Moson-Sopron megyében (14) jelentették.

Ezen a héten 15%-kal kevesebb **rotavírus-gastroenteritist** regisztráltak, mint az előző héten. A legtöbb megbetegedést Budapesten (21), Somogy (20), Borsod-Abaúj-Zemplén (17) és Győr-Moson-Sopron (16) megyében jelentették.

A 11. héten **kilenc új közösségi gastroenteritis járványt** regisztráltak. Közülük egy esemény tömeges méretű volt.

Terület megnevezése (megye)	Közösség	Járvány kezdete	Exponáltak száma	Betegek száma	Kórházi ápoltak száma	Etiológia
Budapest	kórház	02.28.	60	12	.	ismeretlen
Nógrád	kórház	02.18.	95	3	.	folyamatban
Veszprém	kórház	03.02.	56	3	.	calicivírus
Budapest	óvoda	03.03.	172	14	0	folyamatban
Budapest	ált.iskola	03.05.	115	16	0	folyamatban
Budapest	kórház	03.06.	91	9	.	calicivírus
Budapest	időotthon	03.07.	374	45	0	rotavírus
Békés	rendezvény	03.08.	18	9	2	folyamatban
Budapest	kórház	03.11.	62	9	.	ismeretlen

Budapesten, egy idősek otthonában március 7. és 16. között 45 gondozott betegedett meg hányás, hasmenés tüneteivel, melyek enyhék voltak, gyorsan rendeződtek. Kórházi ellátás nem vált szükségessé. Az expozíciónak 374 fő (266 gondozott, 108 dolgozó) volt kitéve. A mikrobiológiai laboratórium 16 székletmintában igazolta a **rotavírus** jelenlétét. A járványügyi vizsgálat élelmiszer közvetítő szerepét kizárta, a fertőzés kontakt úton terjedt.

A 11. héten 43-ról 20-ra csökkent a bejelentett **heveny fertőző májgyulladások száma**. Tíz megbetegedést **HAV** okozott, ebből hét Borsod-Abaúj-Zemplén megyében került a nyilvántartásba.

A **légúti fertőző betegségek** közül a **scarlatina** megbetegedések száma harmadával csökkent az előző hetihez viszonyítva, ugyanakkor **1551 varicella** megbetegedés került a nyilvántartásba, 13%-kal több, mint az előző héten. A morbiditás 15,7‰-nek bizonyult, a járványügyi helyzet lényegesen kedvezőtlenebb, mint az előző év azonos hetében. A legmagasabb morbiditást ezen a héten is Komárom-Esztergom, Nógrád, és Veszprém megyében észlelték. Védőoltással megelőzhető megbetegedés gyanúját nem jelentették.

A héten az **idegrendszeri fertőző betegségek** közül **11 gennyes meningitist** regisztráltak, szemben az előző heti 24-gyel. Négy esetet **Neisseria meningitidis**, egyet **Streptococcus pneumoniae** okozott. Hat megbetegedés etiológiája még nem ismert. Két-két, a jelentés írásáig ismeretlen kórokozójú **meningitis serosa** és **encephalitis infectiosa** került a nyilvántartásba.

A tárgyhéten rögzített fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Cases of notified communicable diseases recorded current week in Hungary (+)

11/2015. sz. heti jelentés (weekly report)

2015.03.09 - 15.

Betegség Disease	11. hét (week)			1 - 11. hét (week)		
	2015.03.09 - 2015.03.15.	2014.03.10 - 2014.03.16.	Medián 2009-2013	2015.	2014.	Medián 2009-2013
Typhus abdominalis	-	-	-	-	-	-
Paratyphus	-	-	-	-	1	-
Botulizmus	-	-	-	6	2	-
Salmonellosis	67	42	41	716	844	711
Dysenteria	-	-	-	6	2	14
Pathogen E. coli által okozott megbet.	2	●	●	28	●	●
Campylobacteriosis	114	88	63	1474	1511	853
Yersiniosis	-	2	1	7	21	21
Rotavírus-gastroenteritis	165	317	●	1529	3002	●
Hepatitis infectiosa	20	8	5	472	309	90
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	-	1	-	3	4	3
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	-	-	-	2	2	3
Scarlatina	63	88	68	632	646	752
Morbilli	-	-	-	-	2	1
Rubeola	-	-	-	2	2	2
Parotitis epidemica	-	2	1	6	14	11
Varicella	1551	868	1037	11351	8346	11568
Legionellosis	1	-	1	10	9	8
Meningitis purulenta	11	3	4	81	77	66
Meningitis serosa	2	-	1	17	21	15
Encephalitis infectiosa	2	1	2	16	15	18
Creutzfeldt-J. betegség	1	-	-	11	6	8
Lyme-kór	1	3	3	88	49	74
Listeriosis	1	-	-	12	13	2
Brucellosis	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis	-	-	-	4	-	2
Ornithosis	-	-	-	10	14	3
Q-láz	-	1	-	12	15	13
Tularemia	2	-	-	31	8	5
Tetanus	-	-	-	-	-	1
Hantavírus-nephropathia	-	-	●	1	-	●
Vírusos haemorrh. láz*	-	-	●	2	3	●
Malária*	-	-	-	1	3	1
Toxoplasmosis	5	2	1	43	28	25

(+) Előzetes, részben tisztított adatok - Preliminary, partly corrected figures

(*) Importált esetek - Imported cases

(#) Importált esetekkel együtt - Reported cases included both indigenous and imported cases

(●) Nincs adat - No data available

A statisztika készítés ideje: 2015.03.17.

EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA

MINISTRY OF HUMAN RESOURCES

A tárgyhéten rögzített fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Cases of notified communicable diseases recorded current week in Hungary (+)

11/2015. sz. heti jelentés (weekly report)

2015.03.09 - 15.

Tertület (Territory)	Salmonel- losis	Campylo- bacteriosis	Rotavirus- gastroenteritis	Hepatitis infectiosa	Scarlatina	Varicella	Rubeola	Meningitis purulenta	Meningitis serosa	Enceph. infectiosa	Lyme-kór
Budapest	11	23	21	4	15	292	-	2	-	-	-
Baranya	1	5	-	-	1	46	-	2	-	-	-
Bács-Kiskun	5	1	2	1	3	66	-	1	-	-	-
Békés	6	5	8	-	1	7	-	-	-	-	-
Borsod-A.-Z.	1	2	17	10	1	60	-	1	-	-	1
Csongrád	2	8	6	-	5	47	-	-	-	-	-
Fejér	2	8	11	-	3	68	-	-	-	-	-
Győr-M.-S.	1	14	16	-	4	100	-	-	-	-	-
Hajdú-Bihar	5	10	15	1	3	54	-	1	-	-	-
Heves	1	2	3	1	-	40	-	-	-	-	-
Jász-N.-Sz.	5	6	1	1	-	144	-	-	-	-	-
Komárom-E.	3	3	7	-	-	164	-	-	1	1	-
Nógrád	4	-	4	1	-	71	-	-	-	-	-
Pest	10	7	10	1	18	204	-	1	1	1	-
Somogy	-	1	20	-	2	19	-	-	-	-	-
Szabolcs-Sz.-B.	5	5	14	-	-	28	-	-	-	-	-
Tolna	-	2	5	-	-	21	-	-	-	-	-
Vas	2	3	1	-	-	33	-	1	-	-	-
Veszprém	3	5	3	-	7	76	-	-	-	-	-
Zala	-	4	1	-	-	11	-	2	-	-	-
Összesen (Total)	67	114	165	20	63	1551	-	11	2	2	1
Előző hét (Previous week)	71	166	194	43	93	1370	-	24	2	-	7

(+) Előzetes, részben tisztított adatok - Preliminary, partly corrected figures

(*) Importált esetek - Imported cases

(#) Importált esetekkel együtt - Reported cases included both indigenous and imported cases

A statisztika készítés ideje: 2015.03.17.

Az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.

A kiadványban szereplő közlemények szakmai egyeztetést követően jelennek meg, ennek megfelelően az országos jellegű összeállítások, illetve a szerkesztőségi megjegyzésben foglaltak az Országos Epidemiológiai Központ és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt Intézetünk a **Centers for Disease Control and Prevention**-nal együttműködve, a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat révén indíthatta el 1994-ben.

Az **Epinfo** minden héten pénteken kerül postázásra és az Internetre.

Internet cím: www.oek.hu; www.epidemiologia.hu; www.jarvany.hu;

www.antsz.hu/oek

az **ÁNTSZ** dolgozóinak belső hálózatról: <http://oek>

Elektronikus Epinfo-hírlevélre történő feliratkozás: epiujsg@oek.antsz.hu

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az **Epinfo** főszerkesztőjéhez fordulni:

Postai cím: 1966 Budapest, Pf. 64.

Telefon: 476-1153, 476-1194

Telefax: 476-1223

E-mail: epiujsg@oek.antsz.hu

A heti kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadvány forrásként való használatánál hivatkozni kell az alábbi módon: Országos Epidemiológiai Központ. A közlemény címe. Epinfo a megjelenés éve; a kiadvány száma:oldalszám. (Pl.: Országos Epidemiológiai Központ. 10 éves az Epinfo. Epinfo 2003; 1:1-2.)

Megbízott országos tisztifőorvos:

Dr. Paller Judit

Epinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő: Dr. Straub Ilona

Főszerkesztő: Dr. Melles Márta

Főszerkesztő helyettes: Dr. Csohán Ágnes

Olvasószerkesztő: Dr. Krisztalovics Katalin

Szerkesztő: Dr. Kurcz Andrea

Technikai szerkesztő:

Báder Mariann

ÁNTSZ OTH Nyomda

Nyomdavezető: Novák Anikó

ISSN 2061-0947 (Nyomtatott)

ISSN 2061-0955 (Online)