



**PAŃSTWOWA INSPEKCJA SANITARNA**

---

**WOJEWÓDZKA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
W POZNANIU**

**OCENA STANU SANITARNEGO I SYTUACJA  
EPIDEMIOLOGICZNA WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO  
W ROKU 2012**

---

Poznań, marzec 2013 r.

## Spis treści

Wstęp.....	3
Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych.....	6
Jakość wody przeznaczonej do spożycia.....	35
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk .....	52
Stan sanitarny podmiotów leczniczych .....	78
Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy .....	104
Higiena radiacyjna .....	115
Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych.....	122
Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku.....	135
Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	171
Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia .....	177
Zakończenie .....	190



## WSTĘP

Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (WPWIS) oraz Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni (PPIS) woj. wielkopolskiego w 2012 roku realizowali zadania określone w regulacjach prawnych, w szczególności w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.).

Głównym celem działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) było promowanie zdrowego stylu życia, czuwanie nad bezpieczeństwem żywności i żywienia oraz zdrowotnym wody, zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych poprzez sprawowanie zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenie działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. wielkopolskiego sprawowała nadzór nad 66042 obiektami, pod bezpośrednim nadzorem Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego znajdowało się 1609 obiektów.

W dalszym ciągu doskonalono systemy zarządzania w działalności kontrolnej i laboratoryjnej zgodnie z normami PN-EN ISO/IEC 17020:2006 i PN-EN ISO/IEC 17025:2005, gwarantując uzyskanie wiarygodnych wyników badań i kontroli, jak również skuteczną realizację zaplanowanych celów w obszarze ochrony zdrowia ludzkiego.

Wszystkie laboratoria funkcjonujące w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych (PSSE) woj. wielkopolskiego (Gniezno, Jarocin, Kalisz, Kępno, Konin, Krotoszyn, Leszno, Ostrów Wlkp., Piła) oraz w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu (WSSE), poza Laboratorium Badań Radiacyjnych, posiadają certyfikat akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji (PCA) co jest potwierdzeniem ich wysokich kompetencji. Pozytywne oceny corocznych auditów PCA oraz badań międzylaboratoryjnych świadczą o wysokich kompetencjach technicznych laboratoriów.

Laboratorium Badania Wody i Gleby WSSE w Poznaniu (jako jedno z 14 europejskich laboratoriów) brało udział w trzyetapowych testach badania zapachu z materiałów do kontaktu z wodą w celu wypracowania nowej, europejskiej normy. Pracami tymi kierowała i opracowała wyniki Federalna Agencja Ochrony Środowiska w Niemczech (UBA). Laboratorium współpracowało również z Organami Nadzoru nad Wodą do Picia z krajów Unii Europejskiej (ENDWARE), uczestniczyło w spotkaniu członków tej grupy w dniach 31.05-01.06.2012 roku.

Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Poznaniu wyposażone jest w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, również do diagnostyki genetycznej Real Time-PCR wykorzystywany do badań w kierunku grypy, Clostridium difficile, zakażeń dróg moczowo-płciowych Chlamydia trachomatis i Neisseria gonorrhoeae.

Kontynuowano nadzór nad czynnym uodpornieniem populacji w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, w szczególności nad warunkami przechowywania, przyjmowania, wydawania oraz transportu preparatów szczepionkowych.

Prowadzono bieżącą działalność przeciwepidemiczną, w szczególności w zakresie chorób występujących ogniskowo, stanowiących szczególny problem zdrowotny (przypadki gruźlicy w trzech placówkach oświatowo-wychowawczych). Aktywnie włączono się w działania mające na celu wygaszenie 5 ognisk epidemicznych krztuśca. Wprowadzono pilotażowy program bakteriologicznej diagnostyki krztuśca.

Aktywnie działano w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności w związku z nielegalną produkcją suszu jajecznego oraz solą wypadową (znakowaną jako sól spożywcza). Prowadzono monitoring obecności w obrocie środków zastępczych. W związku z przypadkami zatruc alkoholem zawierającym metanol w ilości zagrażającej zdrowiu i życiu kontrolowano punkty handlowe, zabezpieczano alkohol pochodzący z Republiki Czeskiej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. wielkopolskiego w 2012 roku uczestniczyła w realizacji zadań dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego uczestnikom turnieju UEFA EURO 2012 poprzez podejmowanie działań z zakresu bezpieczeństwa żywności i żywienia, zapobieganie wystąpieniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz utrzymywanie w nadzorowanych obiektach właściwego stanu sanitarno-higienicznego.

Zadania te realizowane były przede wszystkim w Poznaniu (miasto gospodarz) oraz w Opalenicy (centrum pobytowe reprezentacji Portugalii) przez WSSE w Poznaniu oraz PSSE w Poznaniu i PSSE w Nowym Tomysłu.

Realizowano liczne programy edukacyjne skierowane do szerokich grup odbiorców (dzieci, młodzież, dorośli) – autorskie lub we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym.

Kontynuowano współpracę, w ramach podpisanych porozumień, z jednostkami rządowej administracji zespolonej i niezespolonej, uczelniami wyższymi, instytucjami naukowo-badawczymi itp.

W 2012 roku w WSSE w Poznaniu przeszkolono ogółem 141 osób, w tym w ramach stażu kierunkowego w zakresie epidemiologii zakażeń i zarażeń dla diagnostów laboratoryjnych w ramach specjalizacji z mikrobiologii medycznej (27 osób), stażu kierunkowego w zakresie

higieny dla diagnostów laboratoryjnych w ramach specjalizacji z mikrobiologii medycznej (15 osób) oraz praktyk studenckich (99 osób).

Szkołono także studentów z Uniwersytetu Bradford i Helsinek w ramach programu ERASMUS. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu w 2007 roku została wpisana na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W latach 2008 – 2009 przeprowadziła kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie epidemiologii wg programu uzupełniającego dla 8 osób, spośród których 6 uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie epidemiologii. W 2012 roku 11 osób rozpoczęło specjalizację w dziedzinie epidemiologii wg programu podstawowego.

W przedkładanym stanie sanitarnym i sytuacji epidemiologicznej województwa wielkopolskiego za 2012 rok ujęto sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych oraz wyniki nadzoru sanitarnego prowadzonego przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne i WSSE w Poznaniu wskazując jednocześnie kierunki dalszych skutecznych działań w celu utrzymania na dotychczasowym, dobrym poziomie stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej woj. wielkopolskiego.

„Ocena stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej województwa wielkopolskiego w roku 2012” jest również dostępna na stronie internetowej WSSE w Poznaniu: [wsse-poznan.pl](http://wsse-poznan.pl) oraz na załączonej do niniejszego opracowania płycie CD.



## I. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŹNYCH

### I.1. Działania związane z zapobieganiem epidemiom wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych

Podejmowane w 2012 roku działania wynikały z aktualnej sytuacji epidemiologicznej i dotyczyły:

- wzmożonego nadzoru nad dziećmi i młodzieżą mającą kontakt w środowisku szkolnym z osobami chorymi na prątkującą postać gruźlicy płucnej,
- profilaktyki zachorowań oraz nadzoru nad powstawaniem i szerzeniem się ognisk zachorowań wywołanych przez *Neisseria meningitidis*,
- wzmożonego nadzoru nad zachorowaniami na krztusiec w związku z obserwowaną sytuacją epidemiologiczną.

W 2012 roku na terenie woj. wielkopolskiego wykryto zachorowania na prątkującą postać gruźlicy płucnej wśród dzieci w wieku szkolnym (ucznia gimnazjum oraz dwóch uczniów szkoły średniej) oraz pracownika szkoły podstawowej, który miał bezpośredni kontakt z dziećmi. Nadzorem epidemiologicznym objęto, oprócz najbliższego otoczenia chorych, krąg dzieci i młodzieży oraz pracowników z placówek szkolnych.

Współpracowano z Konsultantem Wojewódzkim ds. Chorób Płuc oraz Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu. W ramach realizowanego przez placówkę programu „Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Gruźlicy” przebadano testem QuantiFERON–TBGold około 300 osób. Wśród kilkunastu, u których stwierdzono zakażenie, przeprowadzono dodatkowe badania oraz według wskazań lekarskich, wdrożono chemioprewencję lub chemioprofilaktykę. U żadnej osoby z kontaktu nie wykryto czynnej postaci gruźlicy.

W roku 2012 kontynuowano, realizowany przez stacje sanitarno–epidemiologiczne woj. wielkopolskiego, szczegółowy, aktywny nadzór epidemiologiczny nad przypadkami zakażeń wywołanych przez *Neisseria meningitidis*. Trwały prace Zespołu ds. monitorowania sytuacji epidemiologicznej neuroinfekcji oraz ich zwalczania na terenie woj. wielkopolskiego.

W związku ze wzrostem zachorowań na krztusiec w 2012 roku, w porozumieniu z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, uruchomiono program diagnostyki bakteriologicznej krztuśca. Wzięło w nim udział 8 placówek laboratoryjnych z 7 powiatów woj. wielkopolskiego. Celem programu było wykrycie

zakażonych pacjentów zgłaszających się do lekarza z objawami typowymi dla zakażeń *Bordetella pertussis*.

## **I.2. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych**

Obecną sytuację epidemiologiczną większości chorób zakaźnych w woj. wielkopolskim należy uznać za stabilną.

W przebiegu większości chorób wieku dziecięcego kształtowała się korzystna tendencja spadku zapadalności. W 2012 roku odnotowano spadek zachorowań na różyczkę i świnkę, natomiast zapadalność na ospę wietrzną wzrosła z 502,4/100 tys. mieszkańców w 2011 roku do 630,9/100 tys. mieszkańców w 2012 roku.

W okresie szczytu zachorowań na grype, tj. od stycznia do marca 2012 roku, zaobserwowano spadek podejrzeń zachorowań w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego. Natomiast w całym roku 2012 zaobserwowano wzrost liczby podejrzeń zachorowań na grype o ponad 30 tys. przypadków w porównaniu z rokiem 2011.

W 2012 roku odnotowano 214 przypadków zachorowań na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu. W porównaniu z 2011 rokiem zauważalny jest spadek ogólnej liczby zgłoszonych neuroinfekcji o 50 przypadków. Największą różnicę w liczbie zachorowań zaobserwowano wśród przypadków zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu o etiologii bakteryjnej (86 przypadków w 2011 roku, a w 2012 roku - 47). Spadła także liczba zachorowań na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu o etiologii wirusowej.

W porównaniu z 2011 rokiem zaobserwowano wzrost o 13 przypadków zachorowań na neuroinfekcje wywołane przez nieokreślone czynniki etiologiczne. Rejestrowane przypadki nie występowały ogniskowo.

W 2012 roku w Wielkopolsce zaobserwowano wzrost liczby zachorowań na boreliozę, przy czym w Polsce odnotowano nieznaczny spadek liczby przypadków tej choroby. W woj. wielkopolskim liczba zachorowań wzrosła z 183 przypadków w 2011 roku do 215 w 2012 roku, tj. o 32 przypadki. Współczynnik zapadalności wyniósł 6,2/100 tys. mieszkańców i był prawie 4-krotnie niższy od krajowego. Narażenie zawodowe stwierdzono w 29 przypadkach. Najwięcej zachorowań zarejestrowano w grupie wiekowej > 60 lat (56 przypadków) oraz 50-59 lat (51 przypadków). Zarejestrowano również 28 przypadków zachorowań u dzieci w przedziale wiekowym 0-19 lat. Hospitalizowano 48 osób (22,3%), pozostałe 167 osób leczono ambulatoryjnie.

W 2012 roku z powodu kontaktu ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę, do szczepień zakwalifikowano 532 pacjentów, tj. o 26 osób więcej niż w roku poprzednim. W analizowanym roku nie zanotowano żadnego przypadku wścieklizny u zwierząt. Nie stwierdzono również zachorowań na wściekliznę u ludzi.

### **I.2.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe**

W roku 2012 zaobserwowano nieznaczny wzrost częstości występowania zatruc pokarmowych. W analizowanym okresie liczba zachorowań w grupie zatruc pokarmowych o etiologii bakteryjnej zwiększyła się o 2,7%. Wśród bakteryjnych zatruc pokarmowych nadal dominowały zachorowania wywołane przez pałeczki *Salmonella* (95,9%).

W województwie zarejestrowano 7 przypadków zatruc jadem kiełbasianym (botulizmu) tj. o 2 więcej niż w poprzednim roku. Wśród zgłoszonych przypadków, 4 stanowiły zachorowania sporadyczne, a 2 wystąpiły w ognisku. Żywnością podejrzaną o spowodowanie zatrucia były głównie konserwy produkcji domowej (kiełbasa wieprzowa, galareta wieprzowa i fasolka po bretońsku).

Wszystkie zatrucia zarejestrowano jako przypadki możliwe na podstawie zgłoszeń lekarzy wyłącznie w oparciu o objawy kliniczne bez potwierdzenia laboratoryjnego.

Podobnie jak w poprzednim roku nie odnotowano ani jednego przypadku wywołanego toksyną gronkowcową.

Zmniejszyła się liczba zgłoszonych zakażeń jelitowych (o 24,4%). W ogólnej liczbie udział zakażeń o etiologii bakteryjnej stanowił 8,5%. Zidentyfikowanymi czynnikami etiologicznymi były pałeczki *E. coli* – 97 zachorowań (42,4%), *Campylobacter* – 13 zachorowań (5,7%) oraz *Yersinia* – 2 przypadki (0,9%). W porównaniu do roku ubiegłego liczba zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej zmniejszyła się o 23,4%. W grupie tej nadal najczęściej występowały zakażenia wywołane rotawirusami, które stanowiły 70 %.

W 2012 roku nie zarejestrowano ani jednego przypadku zatrucia toksynami grzybów trujących.

#### **I.2.1.1. Ogniska zatruc i zakażeń pokarmowych**

W 2012 roku zgłoszono 35 ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych (o 7 więcej w stosunku do ubiegłego roku), w tym 8 (22,9%), w których wystąpiły 2 lub 3 zachorowania. Łącznie zachorowało 311 osób, w tym 140 dzieci do 14 lat (45%). Hospitalizacji wymagało 157 chorych (50,5%).

Wśród miejsc spożycia potraw będących nośnikiem czynnika patogennego przeważały mieszkania prywatne, w których wystąpiło 20 ognisk (57,1%). W zakładach żywienia



zbiorowego (przedszkole, restauracja, bar, remiza strażacka, ośrodek wypoczynkowy, dom pomocy społecznej, ośrodek szkoleniowy) doszło do powstania 10 ognisk, natomiast 5 ognisk odnotowano w środowisku szpitalnym.

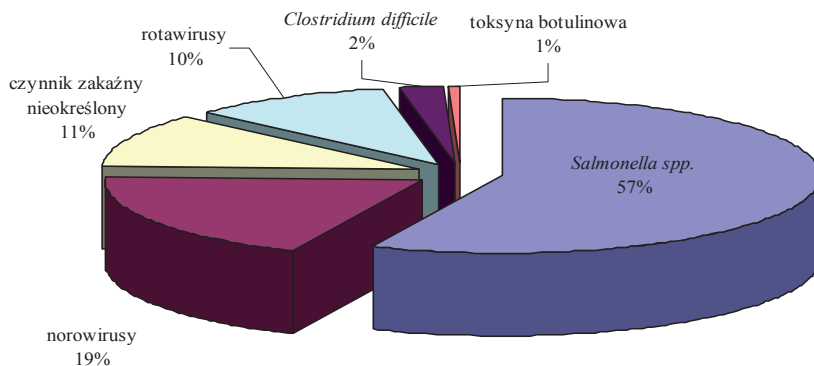
Podobnie jak w latach ubiegłych dominującym czynnikiem etiologicznym w ogniskach były odzwierzęce pałeczki *Salmonella*, zwłaszcza *S. Enteritidis*, które były przyczyną 20 ognisk zatruc pokarmowych, 1 ognisko wywołały pałeczki *S. Typhimurium* (60% ognisk, 56,6% zachorowań). Nośnikami zatruc były potrawy z udziałem surowych jaj (surowe ciasto, ciasta z kremem, sernik, kluski lane, jajecznica, jaja sadzone, naleśniki, krokiety z kapustą i grzybami), potrawy mięsne (głównie z mięsa drobiowego kotlety mielone oraz gołąbki, krokiety, befsztyk tatarski).

Podobnie jak w poprzednim roku, zgłoszono tylko 1 ognisko 2-osobowe zatrucia jadem kiełbasianym, w którym zachorowania wystąpiły po spożyciu konserwy kiełbasy produkcji domowej. Zarejestrowano również 1 ognisko 7-osobowe wywołane przez *Clostridium difficile*, które wystąpiło w szpitalu.

W latach 2011 i 2012 zgłoszono tę samą liczbę (po 11 ognisk) zbiorowych zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej. W grupie tej nadal najwięcej ognisk, tj. 7 (63,6%) wywołanych było rotawirusami (ogółem – 32 chorych). Cztery z tych ognisk (2-, 3-, 4- i 5-osobowe) wystąpiły w mieszkaniu prywatnym, a trzy (dwa 7-osobowe i 4-osobowe) w szpitalu. Spośród trzech ognisk wywołanych norowirusami jedno (4-osobowe) zarejestrowano w przedszkolu, prawdopodobnie po spożyciu świeżych owoców oraz dwa ogniska (49- i 7-osobowe) wystąpiły w ośrodku wypoczynkowym i w szpitalu. W dwóch ogniskach (24- i 10-osobowych), które wystąpiły w restauracji i w Domu Pomocy Społecznej nie ustalono czynnika etiologicznego.

W 2012 roku wśród zarażeń o etiologii pasożytniczej nie zarejestrowano ani jednego ogniska włośnicy. Udział zachorowań w ogniskach zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych zarejestrowanych w woj. wielkopolskim w roku 2012 według etiologii przedstawia rysunek 1.

**Rys. 1. Struktura zbiorowych zatruc/zakażeń pokarmowych według czynnika zakaźnego w woj. wielkopolskim w 2012 roku**



### 1.2.2. Gruźlica

W roku 2012 (I-III kwartał) odnotowano 227 zachorowań na gruźlicę. Liczba zgłoszonych zachorowań była niższa niż w analogicznym okresie roku ubiegłego (298 zachorowań). Zarejestrowano 218 zachorowań na postać płucną oraz 9 zachorowań na postać pozapłucną (Tab. 1). Bakteriologicznie potwierdzono 200 zachorowań.

**Tab. 1. Gruźlica w latach 2010-2012**

Rok	Postać kliniczna	Gruźlica płucna		Gruźlica pozapłucna		Ogółem
		BK+	BK-	BK+	BK-	
2010		322	84	14	21	441
2011		322	83	18	14	437
2012*		195	23	5	4	227

\*dane I-III kwartał 2012 rok (dane za cały 2012 rok dostępne będą w maju 2013 roku)

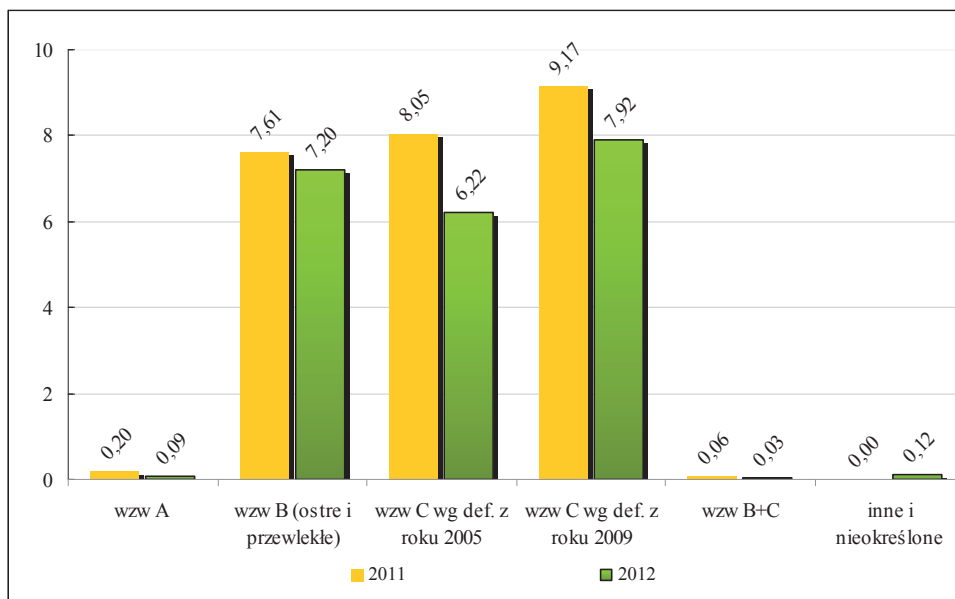
### 1.2.3. Wirusowe zapalenia wątroby

W 2012 roku w Wielkopolsce zaobserwowano nieznaczny spadek liczby przypadków zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby, przy czym w Polsce odnotowano wzrost liczby przypadków.

Zaobserwowano nieznaczny spadek liczby przypadków zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B przewlekłe, natomiast niewielki wzrost liczby przypadków ostrego wirusowego

zapalenia wątroby typu B. W strukturze zachorowań odnotowano również spadek udziału wirusowych zapaleń wątroby typu A oraz typu C, przy czym nadal utrzymuje się wysoka liczba wykrywalnych wirusowych zapaleń wątroby typu C. Część zakażeń spowodowana jest wykonywaniem zabiegów medycznych z naruszeniem ciągłości tkanek. Do zakażeń może dochodzić również w gabinetach kosmetycznych, akupunktury czy tatuażu, przy dożylnym stosowaniu narkotyków, a także drogą kontaktów seksualnych. Wśród pracowników zakładów opieki zdrowotnej stwierdzono 24 przypadki zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby typu C.

**Rys. 2. Struktura zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby według typów w latach 2011-2012 w woj. wielkopolskim**



### **1.2.3.1. Wirusowe zapalenia wątroby typu A**

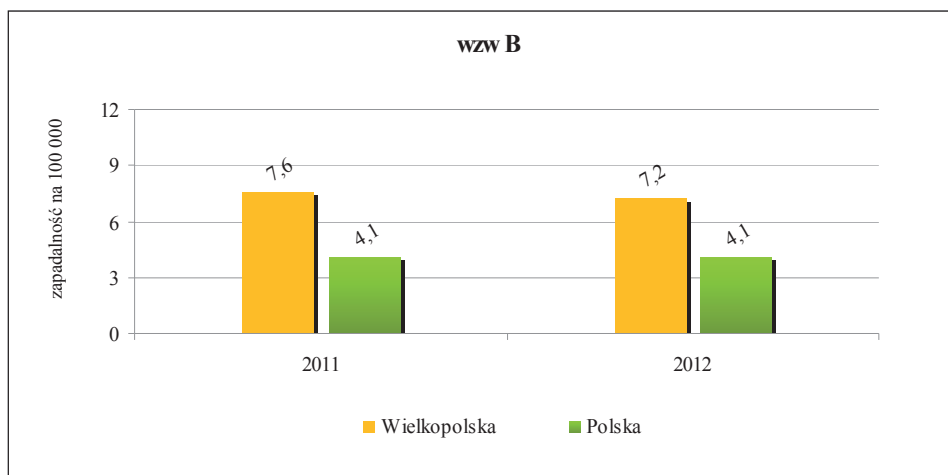
W 2012 roku w woj. wielkopolskim odnotowano 3 przypadki zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, znacznie mniej niż w latach poprzednich. Współczynnik zapadalności wyniósł 0,09/100 tys. mieszkańców i był ponad 2-krotnie niższy aniżeli w roku ubiegłym (0,2/100 tys. mieszkańców) oraz o połowę niższy niż krajowy (0,18/100 tys. mieszkańców). Przeważały zachorowania wśród mieszkańców miast oraz wśród kobiet. W toku prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego ustalono, iż każdy zakażony podróżował do Egiptu. W wywiadzie epidemiologicznym podawano m.in.: korzystanie z różnych punktów

gastronomicznych w Egipcie oraz zaopatrywanie się w warzywa i owoce na okolicznych targowiskach. Żadna z osób, u których rozpoznano wzv typu A nie była wcześniej uodporniona.

### I.2.3.2. Wirusowe zapalenia wątroby typu B

W 2012 roku w woj. wielkopolskim zarejestrowano 249 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Współczynnik zapadalności w stosunku do roku 2011 uległ obniżeniu z 7,6/100 tys. mieszkańców do 7,2/100 tys. mieszkańców i jest wyższy od współczynnika zapadalności dla Polski (4,1/100 tys. mieszkańców). Spośród wszystkich przypadków jedynie 1 zachorowanie stanowiło zakażenie mieszane HBV i HCV (0,4% ogółu zachorowań). Zdecydowanie przeważały zachorowania o charakterze przewlekłym (96,8%).

Rys. 3. Zapadalność na wzv typu B w woj. wielkopolskim i w Polsce w latach 2011-2012



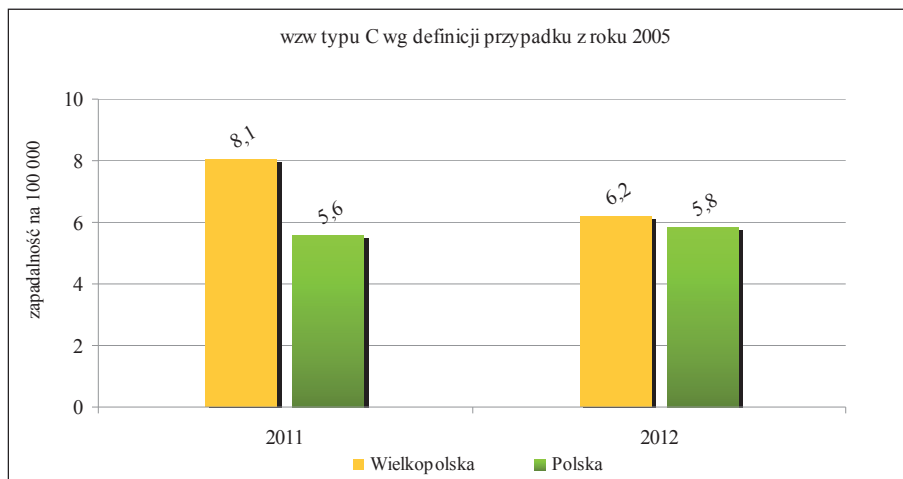
### I.2.3.3. Wirusowe zapalenia wątroby typu C

Od 2009 roku w Polsce kwalifikowanie zgłoszeń wirusowego zapalenia wątroby typu C odbywa się równocześnie w oparciu o dwie definicje (z roku 2005 oraz z roku 2009). Według definicji przypadku z 2005 roku wykazywane są jedynie zachorowania objawowe. Z punktu widzenia definicji przyjętej w 2009 roku przebieg kliniczny choroby nie ma znaczenia – rejestrowane są zarówno przypadki objawowe, jak i bezobjawowe, jednak uściślone zostało kryterium laboratoryjne (konieczność potwierdzenia testów przesiewowych w kierunku

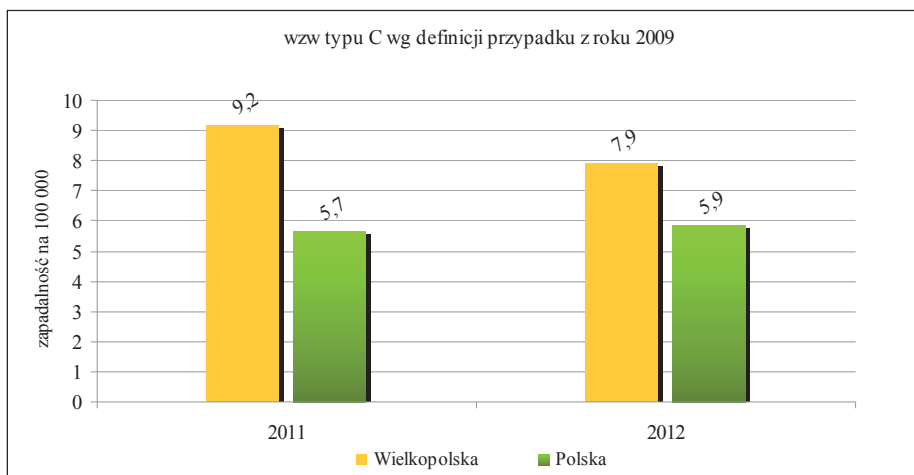
wykrycia swoistych przeciwciał przeciw HCV lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa zapalenia wątroby typu C w surowicy krwi).

W 2012 roku w woj. wielkopolskim zarejestrowano łącznie 320 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C, spośród których 274 to zachorowania na wzv typu C według definicji przypadku z roku 2009, natomiast 215 zachorowań zgłoszono według definicji przypadku z roku 2005. Współczynniki zapadalności wyniosły odpowiednio 7,9/100 tys. mieszkańców i 6,2/100 tys. mieszkańców i były wyższe w stosunku do zapadalności w Polsce. Ze względu na brak profilaktycznej szczepionki, jak również preparatów do biernego uodpornienia przeciwko wzv typu C, istotne jest podejmowanie działań uniemożliwiających szerzenie się zakażenia poprzez wdrażanie i utrzymywanie wysokich standardów higieniczno-sanitarnych, zwłaszcza w zakładach opieki zdrowotnej i innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek.

**Rys. 4. Zapadalność na wzv typu C wg definicji przypadku z roku 2005 w woj. wielkopolskim i w Polsce w latach 2011-2012**



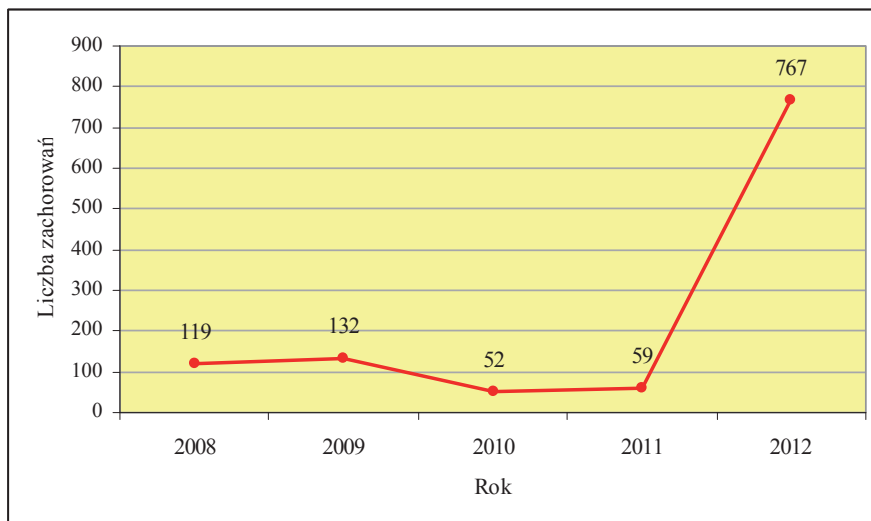
Rys. 5. Zapadalność na wzw typu C wg definicji przypadku z roku 2009 w woj. wielkopolskim i w Polsce w latach 2011-2012



#### I.2.4. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego

Pomimo iż krztusiec jest uznany za chorobę stopniowo ustępującą dzięki obowiązkowemu Programowi Szczepień Ochronnych, w woj. wielkopolskim w roku 2012 zaobserwowano znaczny wzrost zakażeń bakterią *Bordetella pertussis* (Rys. 6).

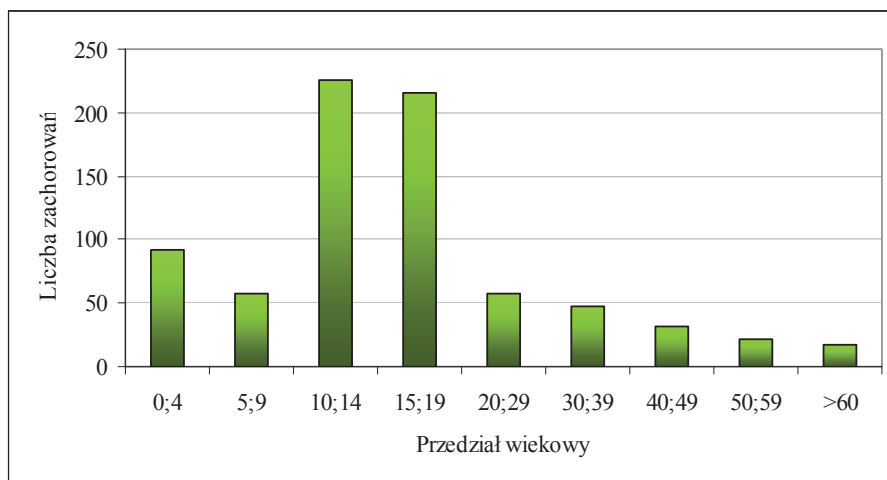
Rys. 6. Liczba zachorowań na krztusiec w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012



W ubiegłych latach obserwowano unormowaną sytuację epidemiologiczną zachorowań na krztusiec. W roku 2011 odnotowano ogółem 59 przypadków, natomiast w 2012 roku liczba zachorowań wzrosła do 767 przypadków.

Wzrost zachorowań dotyczył szczególnie młodzieży w wieku od 10 do 14 lat (226 przypadków) i od 15 do 19 lat (215 przypadków). Na krztusiec zachorowało też 92 dzieci w wieku do 4 lat, 57 w wieku od 5 do 9 lat oraz 177 dorosłych (Rys. 7). Szczyt zachorowań nastąpił w I połowie roku. W tym czasie zarejestrowano 468 przypadków zachorowań na krztusiec. Od lipca 2012 roku sytuacja epidemiologiczna uległa polepszeniu i liczba zachorowań zaczęła wyraźnie spadać. Zachorowało wówczas 299 osób.

**Rys. 7. Liczba zachorowań na krztusiec w woj. wielkopolskim w 2012 roku w różnych przedziałach wiekowych**



W 2012 roku największą liczbę rozpoznanych przypadków krztuśca zarejestrowano w powiatach: chodzieskim (170 zachorowań), poznańskim (127 zachorowań), konińskim (80 zachorowań), pilskim (79 zachorowań), krotoszyńskim (62 zachorowania). Spośród 767 zarejestrowanych pacjentów, u których stwierdzono zachorowanie na krztusiec, tylko 10 nie zostało zaszczepionych z powodu przeciwwskazań lekarskich związanych ze stanem zdrowia pacjenta. Jednocześnie 118 pacjentów nie posiadało żadnych dokumentów na potwierdzenie zaszczepienia na krztusiec jednak oświadczyli, że odbyli szczepienie. Były to głównie osoby dorosłe, urodzone przed 1980 rokiem.

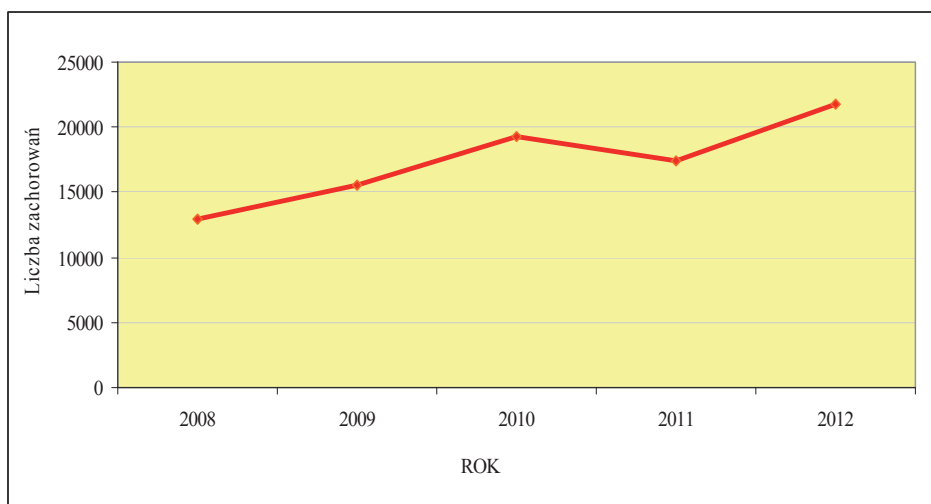
Hospitalizacji z powodu zachorowania na krztusiec wymagały 243 osoby, pozostali pacjenci leczeni byli ambulatoryjnie z uwzględnieniem terapii makrolidowej. Wzrost

zapadalności na krztusiec w 2012 roku zauważono w całym kraju (12,2/100 tys. mieszkańców), w woj. wielkopolskim roku wyniosła ona 22,4/100 tys. mieszkańców.

Relatywnie niska i krótko utrzymująca się (5-10 lat) skuteczność szczepionki przeciwko krztuścowi oraz wzrost liczby osób nieszczepionych z różnych powodów, spowodowała zwiększoną zapadalność na krztusiec i wystąpienie tzw. epidemii wyrównawczej.

W roku 2012 nastąpił wzrost liczby zachorowań na ospę wietrzną. Współczynnik zapadalności wyniósł w analizowanym roku 630,9/100 tys. mieszkańców i był wyższy w stosunku do roku poprzedniego (502,4/100 tys.).

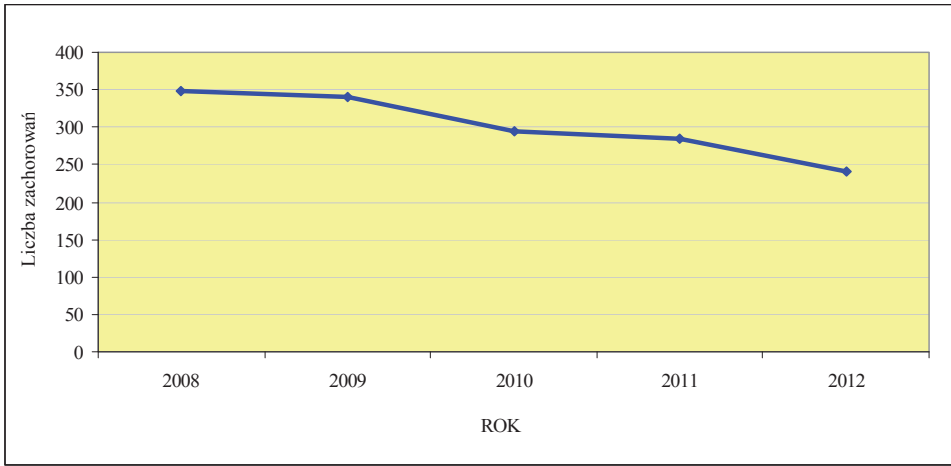
**Rys. 8. Liczba zachorowań na ospę wietrzną w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012**



W porównaniu z rokiem 2011 odnotowano spadek liczby zachorowań na świnkę. Współczynnik zapadalności wyniósł odpowiednio 8,2/100 tys. mieszkańców w roku 2011 i 6,9/100 tys. mieszkańców w roku 2012.

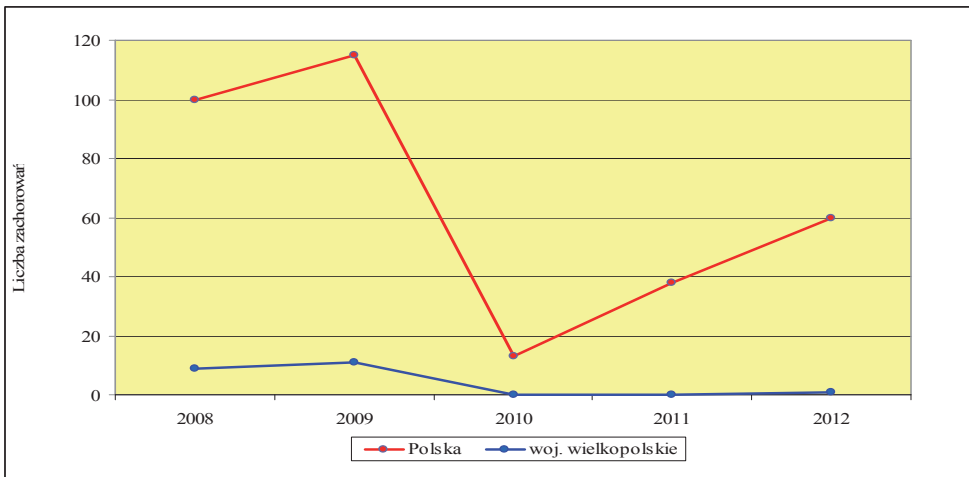


**Rys. 9. Liczba zachorowań na świnkę w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012**



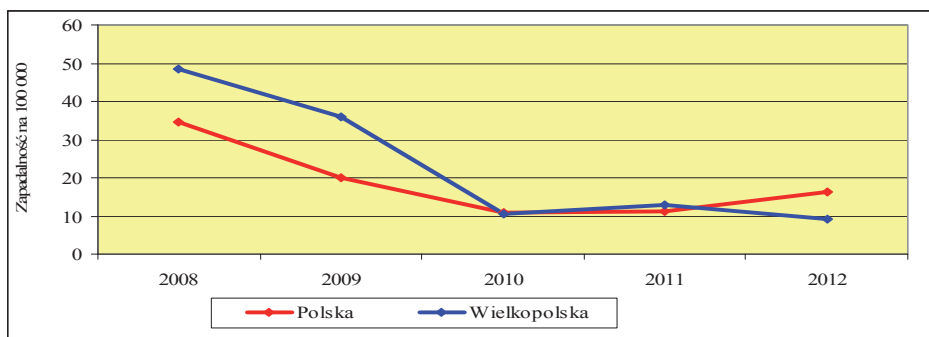
W woj. wielkopolskim w 2012 roku, po dwuletnim okresie braku występowania zachorowań na odrę odnotowano jedno zachorowanie, który wystąpiło u osoby po powrocie z zagranicy gdzie doszło do prawdopodobnego zakażenia (Rys. 10).

**Rys. 10. Liczba zachorowań na odrę w woj. wielkopolskim i Polsce w latach 2008-2012**



W 2012 roku spadła o 121 liczba zachorowań na różyczkę i wyniosła 320 przypadków (Rys. 11). Podobnie jak w latach poprzednich nie odnotowano różyczki wrodzonej.

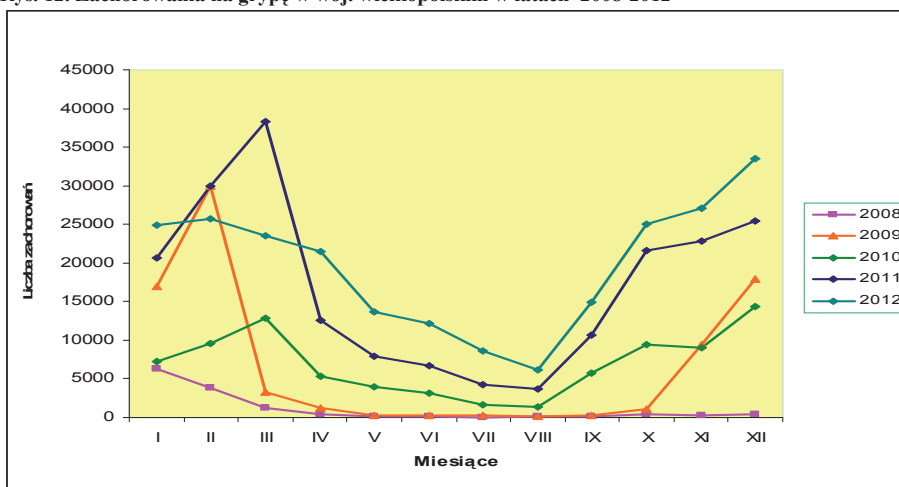
Rys. 11. Zapadalność na różyczkę w woj. wielkopolskim i Polsce w latach 2008-2012



### 1.2.5. Zachorowania na grypę

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy wahania poziomu zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę. W 2012 roku w Wielkopolsce, w porównaniu z rokiem poprzednim, zarejestrowano ponad 30 tys. więcej zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę (236793 przypadki w 2012 roku, 204528 w 2011 roku). Współczynnik zapadalności w stosunku do 2011 roku wzrósł z 5919,95/100 tys. mieszkańców do 6845,94/100 tys. mieszkańców i był dwukrotnie wyższy od współczynnika zapadalności dla Polski (3781,95/100 tys.). W okresie szczytu zachorowań na grypę, tj. od stycznia do marca 2012 roku, łącznie zarejestrowano 74168 przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę sezonową. W analogicznym okresie 2011 roku zarejestrowano 14742 przypadki więcej (2011 rok - 88910 przypadków).

Rys. 12. Zachorowania na grypę w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012



W 2012 roku laboratoryjne potwierdzenie zakażenia wirusem grypy uzyskano zaledwie w 5 zachorowaniach, z czego trzy przypadki dotyczyły osób hospitalizowanych. W porównaniu do roku poprzedniego (potwierdzono 184 przypadków zachorowań) jest to bardzo znikoma liczba. Badania laboratoryjne wykazały występowanie w populacji wirusa typu A oraz A/H1N1v (po 2 przypadki) i wirusa typu B.

Nadzór epidemiologiczny i wirusologiczny nad grypą prowadzony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej sprawowany był w ramach programów Sentinel oraz I-MOVE. Obydwa programy były realizowane w 2012 roku w sezonie epidemicznym grypy 2011/2012, natomiast w sezonie 2012/2013 funkcjonował już tylko nadzór Sentinel. Program I-MOVE, który oprócz badań wirusologicznych bada także skuteczność szczepień przeciw grypie, podobnie jak w roku poprzednim realizowało dwóch lekarzy. W sezonie epidemicznym 2012/2013 do nadzoru Sentinel przystąpiło 63 lekarzy z 26 powiatów woj. wielkopolskiego, tj. o 6 mniej niż w poprzednim sezonie. Skoordinowano pobieranie i dostarczanie próbek do diagnostyki wirusologicznej grypy. W pierwszym kwartale w ramach programów nadzorowych przebadano 60 próbek, w pozostałym okresie tj. w III i IV kwartale wykonano 23 badania. W dwóch próbach otrzymano wyniki dodatnie - potwierdzono zakażenie wirusem grypy typu A oraz A/H1N1v.

#### **I.2.6. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową (IChM)**

Na terenie woj. wielkopolskiego odnotowano 25 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową. Jest to niewielki wzrost zachorowań w porównaniu z rokiem 2011, w którym odnotowano 24 przypadki zachorowań. Nie zaobserwowano żadnego powiązania epidemiologicznego wśród osób, które zachorowały na chorobę meningokokową. Zakażenia meningokokowe zarejestrowane w woj. wielkopolskim stanowią 10,7% zakażeń ogólnokrajowych. Zestawienie liczby zachorowań na inwazyjną chorobę wywołaną przez *Neisseria meningitidis* w woj. wielkopolskim i w Polsce przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Inwazyjna choroba meningokokowa w woj. wielkopolskim i w Polsce w latach 2009-2012

Lata	Województwo wielkopolskie			Polska		
	Liczba zachorowań	Zapadalność	Zgony	Liczba zachorowań	Zapadalność	Zgony
2009	26	0,76	2	296	0,78	18
2010	17	0,50	1	229	0,60	14
2011	24	0,70	7	296	0,77	20
2012	25	0,72	4	234	0,61	18

źródło - NIZP- PZH , zapadalność na 100 tys. mieszkańców

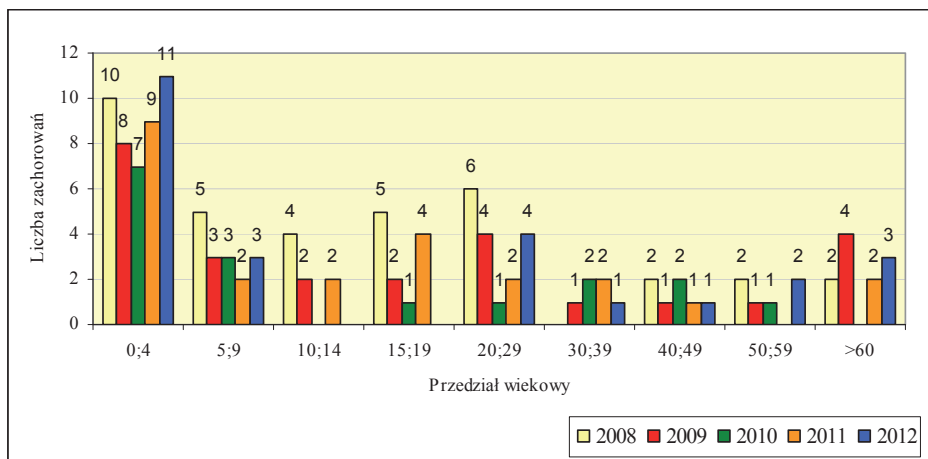
W 2012 roku we wszystkich 25 przypadkach zachorowań wywołanych *Neisseria meningitidis* ustalono grupę serologiczną. Najczęściej izolowano serogrupę C – 15 przypadków, B – 10 przypadków. Porównywalnie z ubiegłymi latami w 2012 roku dominującą postacią kliniczną zakażeń wywołanych przez *Neisseria meningitidis* było zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu (Tab. 3).

Tab. 3. Postaci kliniczne inwazyjnej choroby meningokokowej w woj. wielkopolskim w latach 2009-2012

POSTAĆ KLINICZNA	ROK							
	2009		2010		2011		2012	
Choroba meningokokowa inwazyjna: ogółem	26	100	17	100	24	100	25	100
Zapalenie opon mózgowych	22	84,6	9	52,9	19	79,2	17	68
Zapalenie mózgu							1	4
Posocznica	14	53,8	13	76,5	16	66,7	9	36

Zachorowania dotyczyły głównie najmłodszych dzieci w wieku od 0 do 4 lat (11 przypadków) oraz dorosłych powyżej 20 lat (11 przypadków). Zarejestrowano również 3 przypadki zachorowań starszych dzieci w wieku od 5 do 9 lat (Rys. 13).

Rys. 13. Liczba zachorowań na IChM w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012



### I.2.7. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS

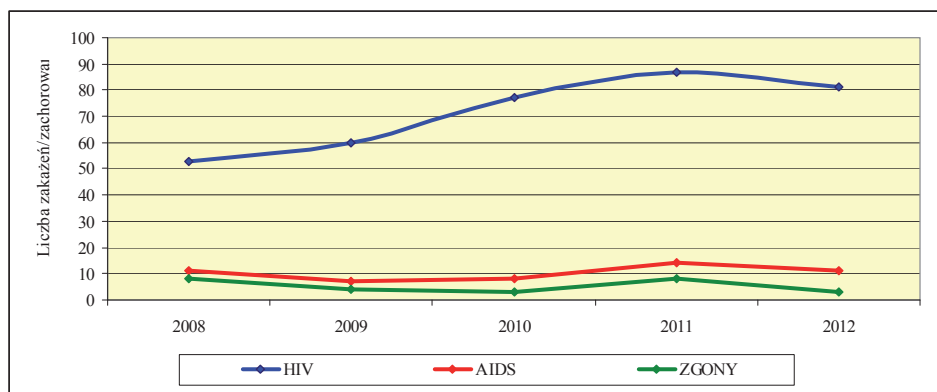
W 2012 roku zarejestrowano 81 nowych zakażeń wirusem HIV, potwierdzonych testem Western-Blot lub badaniem molekularnym, tj. o 6 przypadków mniej w porównaniu z rokiem ubiegłym. Zakażenia dotyczyły głównie osób młodych w przedziale wiekowym 20-29 lat (32 przypadki) oraz 30 – 39 lat (27 przypadków). Prawdopodobną drogą transmisji wirusa były: kontakty homoseksualne (36 przypadków), przyjmowanie środków odurzających we wstrzyknięciach (6 przypadków), ryzykowne kontakty heteroseksualne (3 przypadki) oraz kontakty biseksualne (1 przypadek). W przypadku 35 pacjentów lekarz nie ustalił sposobu zakażenia.

Do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie przekazano 11 raportów o zachorowaniu na AIDS (o 3 mniej niż w 2011 roku) oraz 3 raporty o zgonie z powodu AIDS (o 5 mniej niż w 2011 roku).

Tab. 4. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony z powodu AIDS w woj. wielkopolskim wg płci i wieku w 2012 roku

Grupa wiekowa	HIV			AIDS			Zgony		
	M	K	b/d	M	K	b/d	M	K	b/d
Niemowlęta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	1	-	-	-	-	-	-	-	-
20-29	30	2	-	2	-	-	-	-	-
30-39	23	4	-	3	1	-	1	1	-
40-49	13	2	-	4	1	-	1	-	-
50-59	4	-	-	-	-	-	-	-	-
60+	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Brak danych	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Razem	73	8	-	9	2	-	2	1	-
Ogółem	81			11			3		

Rys. 14. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony z powodu AIDS w woj. wielkopolskim w latach 2008-2012



### I.3. Nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi

Jednym z nadrzędnych celów polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej jest monitorowanie i ograniczenie zagrożeń epidemiologicznych związanych z zakażeniami występującymi w szpitalach i innych placówkach wykonujących działalność leczniczą.

Sytuację epidemiologiczną nadzorowanych zakładów opieki zdrowotnej woj. wielkopolskiego za 2011 rok, zgodnie z § 7 obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz. 22

1741) sporządzono w oparciu o raporty przekazywane przez placówki na podstawie wzoru raportu rocznego o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych określonego w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń oraz Instrukcji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 17 stycznia 2011 roku.

Wykaz drobnoustrojów alarmowych objętych systemem rejestracji (zawiera najgroźniejsze drobnoustroje wywołujące ciężkie zachorowania) uzależniony jest od zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

W roku 2011<sup>1</sup> nadzór epidemiologiczny sprawowano nad wszystkimi 69 szpitalami ujętymi w ewidencji woj. wielkopolskiego. Spośród nich raporty roczne za 2011 rok przekazało 65 placówek. Cztery zakłady opieki zdrowotnej, które nie przekazały raportów, rozpoczęły działalność leczniczą dopiero pod koniec 2011 roku. Analizą objęto ponadto dwa raporty przesłane przez ZOZ Aresztu Śledczego (łącna liczba łóżek 60) oraz Specjalistyczny Szpital Kliniczny UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Grunwaldzka 16/18 (łącna liczba łóżek 227), który został objęty nadzorem przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu od 2012 roku.

Dane epidemiologiczne uzyskano z 612 oddziałów szpitalnych o różnym profilu, o łącznej liczbie łóżek 17739. W szpitalach hospitalizowano ogółem 849502 pacjentów (Tab. 5).

Podstawowym parametrem pozwalającym na obiektywne porównanie danych jest wskaźnik wykonywanych badań mikrobiologicznych. W roku 2011 w dalszym ciągu wskaźniki wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej w woj. wielkopolskim odbiegały znacząco od standardów obowiązujących w innych krajach Unii Europejskiej (gdzie w szpitalach o prawidłowym systemie monitorowania wskaźniki wykonywanych badań powinny wynosić średnio minimum 50 badań/łóżko/rok lub 2 badania/pacjenta). W porównaniu z rokiem 2010 zwiększyła się liczba łóżek w oddziałach szpitalnych (o 640) oraz nieznacznie liczba badań mikrobiologicznych (o 269). Zmiany te nie wpłynęły na wskaźniki wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej, które pozostały na poziomie z poprzedniego roku. W 2011 roku wskaźniki te wyniosły średnio 19 badań/łóżko/rok oraz odpowiednio 0,4 badania/pacjenta (Tab. 5).

---

<sup>1</sup> Stosownie do przepisów § 5 ust. 2 pkt. 3 obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. raporty okresowe (roczne) powinny być przekazane do właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż do dnia 15 lutego następnego roku kalendarzowego. W związku z powyższym analiza występowania zakażeń szpitalnych sytuacji w nadzorowanych placówkach leczniczych w 2012 roku będzie opracowana w kwietniu 2013 roku.

**Tab. 5. Dane zbiorcze dotyczące liczby łóżek, hospitalizacji oraz badań mikrobiologicznych wykonywanych w szpitalach woj. wielkopolskiego w latach 2009-2011 wg raportów rocznych**

Ogólna liczba	2009	2010	2011
łóżek	17777	17099	17739
hospitalizacji	884531	808601	849502
badań	398819	333337	333606
badań/łóżko/rok	22	19	19
badań na pacjenta	0,5	0,4	0,4
badań/ 100 hospitalizacji	45	41	39

Analizując wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w poszczególnych oddziałach, można stwierdzić, iż sytuacja nie uległa poprawie. Spośród 21 jednostek szpitalnych wyszczególnionych w raporcie, w 13 (62%) wskaźnik badań/łóżko/rok uległ obniżeniu (niepokojąco w oddziałach intensywnej terapii noworodków – z 56 na 16 badań/łóżko/rok), w czterech (19%) pozostał na poziomie z roku 2010, a tylko w pozostałych czterech uległ wzrostowi, przy czym najkorzystniejszy przyrost (ze 107 na 132 badania/łóżko/rok) uzyskano w oddziałach intensywnej terapii dorosłych. Podobnie jak w latach poprzednich w miejscach, gdzie nacisk na kontrolę pod kątem drobnoustrojów alarmowych jest największy, wskaźniki znacznie przewyższały przytoczone powyżej normy. Najpełniejsze wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w roku 2011 odnotowano w dziecięcych oddziałach intensywnej terapii, gdzie oba wskaźniki wielokrotnie przewyższają europejskie normy. W oddziałach tych w roku 2011 w woj. wielkopolskim przypadło średnio aż 230 badań/łóżko/rok oraz 11 badań na hospitalizowanego pacjenta.

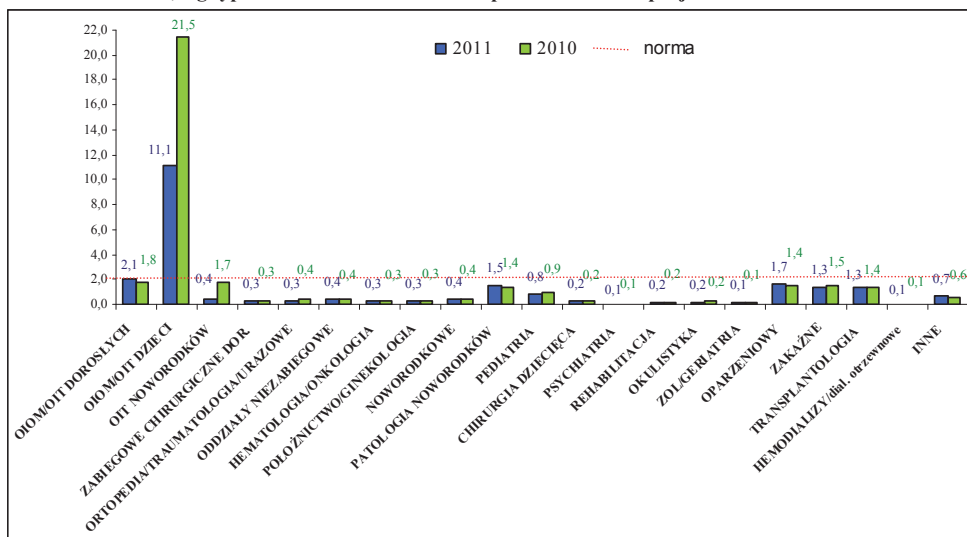
Niemal równie wysokie wskaźniki występowały w oddziałach intensywnej terapii dorosłych (132 badania/łóżko/rok i 2 badania/pacjenta) oraz w oddziałach transplantologii (120 badań/łóżko/rok, lecz już tylko 1,3 w przeliczeniu liczby badań przypadających na jednego pacjenta). Nadal dobre wyniki uzyskiwane są również w przypadku oddziałów zakaźnych i patologii noworodków (56 badań/łóżko/rok, 1 badanie/pacjenta), a także oddziałów pediatrycznych (39 badań/łóżko/rok).

Najniższa liczba badań mikrobiologicznych wykonywana jest w oddziałach rehabilitacyjnych (0,2 badania/pacjenta, 2 badania/łóżko/rok) oraz w oddziałach psychiatrycznych (0,06 badań/pacjenta, 1 badanie/łóżko/rok) i zakładach opiekuńczo-leczniczych (0,1 badań/pacjenta, 1 badanie/łóżko/rok).

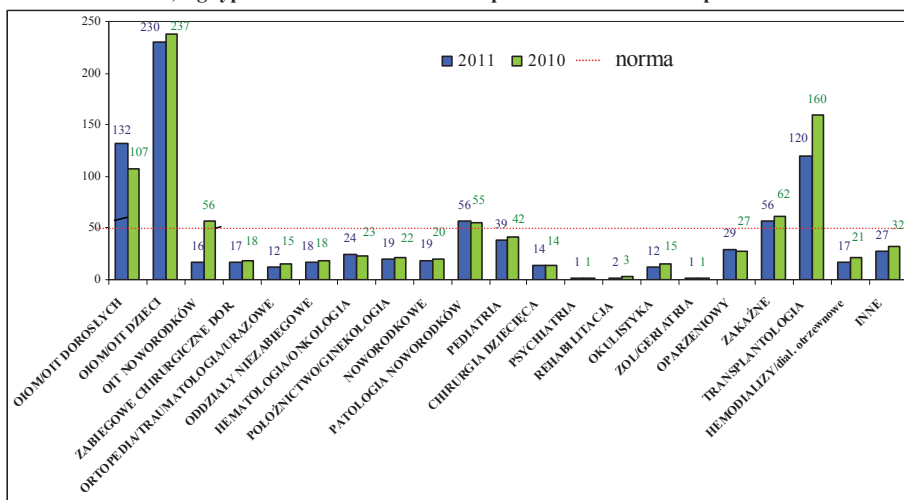


Niepokojące wydaje się zjawisko, iż wiele oddziałów zabiegowych o wysokim stopniu narażenia na występowanie zakażeń szpitalnych (takich jak chirurgia, ortopedia, urologia czy laryngologia) wykazuje znacząco niskie wskaźniki wykonywanych badań mikrobiologicznych (Rys. 15 i 16).

**Rys. 15. Liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych w szpitalach woj. wielkopolskiego w latach 2010-2011, wg typów oddziałów. Wskaźnik w przeliczeniu na 1 pacjenta**



**Rys. 16. Liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych w szpitalach woj. wielkopolskiego w latach 2010-2011, wg typów oddziałów. Wskaźnik w przeliczeniu na łóżko szpitalne/rok**



Podobnie jak w latach poprzednich, wśród wybranych szczepów drobnoustrojów alarmowych występujących we wszystkich szpitalach dominowały rotawirusy, które są

najczęstszą przyczyną biegunek szpitalnych (zapadalność 2,9/1000 pacjentów), raportowane głównie przez oddziały zakaźne (zapadalność 74/1000 pacjentów), pediatrii (zapadalność 34/1000 pacjentów) oraz intensywnej terapii dzieci (zapadalność 13/1000 pacjentów).

Ponadto dość często odnotowywano *Staphylococcus aureus* (MRSA), wyhodowany u 1009 pacjentów (zapadalność 1,2/1000 pacjentów). Występowanie tego drobnoustroju jest jednak bardzo zmienne w różnych typach oddziałów, przy czym szczególnie narażone są oddziały oparzeniowe (zapadalność 128/1000 pacjentów), intensywnej terapii dorosłych (zapadalność 25/1000 pacjentów) i dzieci (zapadalność 8/1000 pacjentów). Podobny rozkład pod względem występowania w poszczególnych jednostkach szpitalnych obserwowano w przypadku *Pseudomonas spp.* (zapadalność 0,9/1000 pacjentów) posiadającego szczególną skłonność do przebywania i namnażania się w wilgotnym środowisku szpitalnym. Znaczącą zapadalność (0,6/1000 pacjentów) stwierdzono w przypadku takich drobnoustrojów jak: *Acinetobacter spp.* (największa koncentracja w oddziałach oparzeniowych – zapadalność 32/1000 pacjentów oraz OIOM dorosłych – zapadalność 15/1000 pacjentów) oraz pałeczek Gram-ujemnych wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESβL) reprezentowanych przez *Klebsiella spp.* (głównie w oddziałach intensywnej terapii dzieci – zapadalność 15/1000 pacjentów i dorosłych – zapadalność 10/1000 pacjentów) i *E. coli* (dominujących w oddziałach intensywnej terapii dorosłych i dzieci – zapadalność po 5/1000 pacjentów) (Tab. 6).

**Tab. 6. Dane dotyczące liczby izolowanych drobnoustrojów alarmowych w szpitalach woj. wielkopolskiego w latach 2010-2011, wg etiologii**

Lp.	Nazwa drobnoustroju	Liczba pacjentów, u których izolowano drobnoustroje w latach (odsetek badań mikrobiologicznych)	
		2010	2011
1	Rotawirusy	1775 (38,6)	2486 (41,1)
2	<i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	649 (14,1)	1009 (16,7)
3	<i>Pseudomonas spp.</i>	495 (10,8)	785 (13,0)
4	<i>Klebsiella spp.</i> (ESβL)	358 (7,8)	535 (8,9)
5	<i>Acinetobacter spp.</i>	573 (12,4)	503 (8,3)
6	<i>Escherichia coli</i> (ESβL)	439 (9,5)	481 (8,0)
7	<i>Clostridium difficile</i>	126 (2,7)	135 (2,2)
8	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	126 (2,7)	66 (1,1)
9	<i>Enterococcus spp.</i> (VRE)	63 (1,4)	44 (0,7)
10	Razem	4604	6044
11	Odsetek badań mikrobiologicznych	1,4	1,8

Szacunkowe współczynniki zapadalności drobnoustrojów w wybranych grupach oddziałów przedstawiono w tabeli 7.

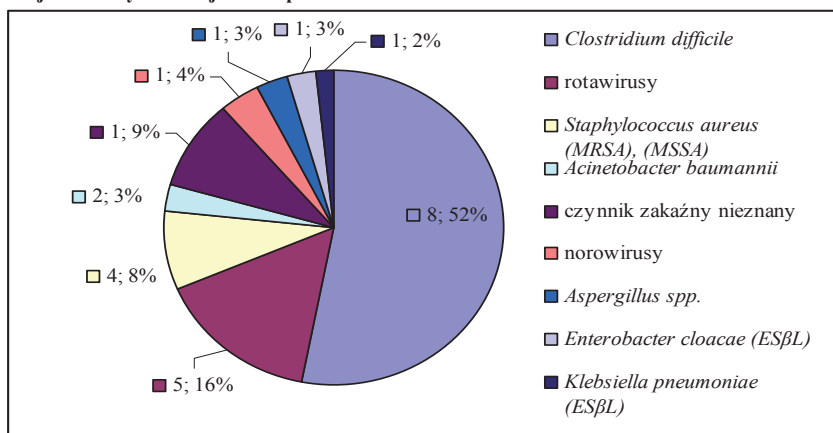
**Tab. 7. Częstość występowania drobnoustrojów alarmowych w wybranych oddziałach zakładów opieki zdrowotnej woj. wielkopolskiego wg raportów za lata 2010–2011. Wskaźnik liczby patogenów/1000 pacjentów**

Oddziały	Liczba pacjentów		<i>S. aureus</i> (MRSA)		<i>Pseudomonas spp.</i>		<i>Klebsiella spp</i> (ESBL)		<i>E. coli</i> (ESBL)		<i>Acinetobacter spp.</i>	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
OIOM/OIT	20433	17808	23	6	10,1	12	9,6	6	5,1	5	13,8	21
CHIRURGICZNE	184380	178164	1	1	1	1	1	-	1	-	-	1
CHIRURGICZNE DZIECIĘCE	24145	22963	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NOWORODKOWE	28052	29879	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
POŁOŻNICTWO/ GINEKOLOGIA	127837	120027	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NIEZABIEGOWE/ WEWNĘTRZNE	221606	207177	1	1	-	1	1	-	1	1	-	-
DZIECIĘCE	52944	51487	2	2	-	-	1	1	1	1	-	-
OPARZENIOWE	188	209	128	10	27	33	5	-	-	-	32	19
HEMATOLOGII/ ONKOLOGII	58160	57145	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-

### 1.3.1. Nadzór nad ogniskami zakażeń szpitalnych

W 2012 roku zgłoszono 24 ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych, tj. o 2 więcej niż w roku ubiegłym. Łącznie zakażeniu uległo 185 osób, a u 141 chorych uzyskano potwierdzenie laboratoryjne (76,2% ogółu chorych). W przeciwieństwie do poprzednich lat najliczniejszą grupę w roku sprawozdawczym stanowiło osiem ognisk wywołanych *Clostridium difficile*, w dalszej kolejności pięć ognisk wywołały rotawirusy, cztery *Staphylococcus aureus* (MRSA, MSSA), dwa *Acinetobacter baumannii* oraz po jednym *Klebsiella pneumoniae* (ESBL), *Enterobacter cloacae* (ESBL), norowirusy, *Aspergillus spp.* i nieznaną czynnik zakaźny, prawdopodobnie wirusowy. Zbiorowe zakażenia dotyczyły oddziałów intensywnej opieki medycznej (4), wewnętrznych (4) dziecięcych (4), neonatologii (3), chirurgii (2), pulmonologii i kardiologii i pulmonologii (2), chirurgii i leczenia oparzeń (1), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (1), hematologii i onkologii (1), kardiologii (1) i rehabilitacji (1). Odsetek chorych pochodzących z tych ognisk przedstawiono na rysunku 17.

Rys. 17. Liczba ognisk oraz struktura epidemicznych zakażeń szpitalnych według czynnika etiologicznego zarejestrowanych w woj. wielkopolskim w 2012 roku



#### I.4. Programy wykorzenia choroby zakaźnych w Polsce

W 2012 roku zgłoszono 11 podejrzeń zachorowań na odrę, czyli o 8 więcej niż w roku poprzednim. Wszystkie podejrzania zostały zgłoszone w ramach programu WHO „Eliminacja odry i różyczki”, a pobrane próby przebadane serologicznie i wirusologicznie w laboratorium referencyjnym Zakładu Wirusologii NIZP-PZH w Warszawie. Przeprowadzona diagnostyka w jednym przypadku potwierdziła zachorowanie na odrę, w trzech innych zachorowanie na różyczkę.

Realizacja programu eliminacji poliomyelitis oparta jest na nadzorze nad wykonawstwem szczepień ochronnych, współpracy z ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi, monitorowaniu zgłoszonych przypadków oraz przeprowadzaniu badań wirusologicznych w celu wykluczenia zakażenia poliovirusami. W roku 2012 w woj. wielkopolskim zarejestrowano 2 przypadki ostrych porażen wiotkich u dzieci do lat 14. Zachorowania dotyczyły chłopca w wieku 4 lat oraz dziewczynki w wieku lat 6. W celu wykluczenia poliomyelitis, wykonano badania wirusologiczne kału, w laboratorium referencyjnym Zakładu Wirusologii NIZP-PZH w Warszawie. W obydwu przypadkach otrzymano wyniki ujemne. W jednym przypadku rozpoznano Zespół Guillaina-Barrégo, a w drugim jako rozpoznanie końcowe wskazano zapalenie rdzenia o nieznaną etiologię.

## **I.5. Realizacja szczepień ochronnych**

Państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczy w realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO) poprzez dystrybucję preparatów szczepionkowych oraz nadzór nad wykonawstwem szczepień. W 2012 roku kontynuowano nadzór nad czynnym uodpornieniem populacji w ramach PSO. Monitorowano warunki przechowywania oraz dystrybucji szczepionek.

W roku 2012 realizacja Programu Szczepień Ochronnych w woj. wielkopolskim prowadzona była w 876 zakładach opieki zdrowotnej, w tym: 24 oddziałach noworodkowych, 703 gabinetach lekarzy rodzinnych, 140 innych placówkach np. domach dziecka, placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz gabinetach lekarzy zakładowych, a także w 9 szkołach. Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie transportu, przechowywania i przestrzegania terminów ważności szczepionek.

Zarejestrowano 159 niepożądanych odczynów poszczepiennych. Najliczniejszą grupę stanowiły odczyny po szczepieniu preparatem DTP przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi podawanemu dzieciom od 7 tygodnia życia do ukończenia 2 roku życia – 37, Act-HIB przeciwko haemofilus influenzae typu B – 34, Euvax 0,5 ml przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – 24 oraz po szczepionce Tripacel przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi podawanej w szczepieniu podstawowym dzieciom w wieku 2 miesiąca życia lub powyżej oraz w szczepieniu przypominającym u dzieci do ukończenia 7 roku życia – 21.

Z informacji uzyskanych od PSSE woj. wielkopolskiego ustalono, iż w 2012 roku liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w ramach Programu Szczepień Ochronnych, wynosi 1039 osób, co stanowi 0,1 % dzieci i młodzieży od 1 – 19 roku życia.

W stosunku do roku ubiegłego zaobserwowano wzrost liczby osób niezaszczepionych m.in. z powodu przeciwwskazań zdrowotnych oraz uporczywego uchylania się od obowiązku szczepień. Spadek wyszczepialności w woj. wielkopolskim w poszczególnych jednostkach chorobowych w stosunku do roku 2011 wynosi średnio 0,8 %.

Brak szczepień lub omijanie obowiązkowych dawek przyczynia się do zmniejszenia odporności, a co za tym idzie zwiększa ryzyko zachorowań.

W punkcie szczepień działającym przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu w roku 2012 wykonano 6793 szczepienia zalecane (w tym 809 przeciwko żółtej gorączce), potwierdzając je wydaniem międzynarodowych świadectw szczepień lub krajowych zaświadczeń.

**Tab. 8. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w woj. wielkopolskim w latach 2010-2012**

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok 2010		Rok 2011		Rok 2012	
		l. zach.	zap.	l. zach.	zap.	l. zach.	zap.
1	AIDS	8	<b>0,23</b>	14	<b>0,41</b>	11	<b>0,32</b>
2	Dur brzuszny	-	-	-	-	-	-
3	Dury rzekome A, B i C	-	-	1	<b>0,03</b>	-	-
4	Salmonelozy – ogółem	700	<b>20,31</b>	623	<b>18,03</b>	686	<b>19,83</b>
	w tym zatrucia pokarmowe	682	<b>19,79</b>	616	<b>17,83</b>	659	<b>19,05</b>
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe (inne) - ogółem	57	<b>1,65</b>	53	<b>1,53</b>	28	<b>0,81</b>
6	Bakteryjne zakażenia jelitowe (inne) - ogółem	349	<b>10,13</b>	344	<b>9,96</b>	229	<b>6,62</b>
7	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	2546	<b>73,87</b>	3241	<b>93,79</b>	2482	<b>71,76</b>
8	Czerwonka bakteryjna	2	<b>0,06</b>	1	<b>0,03</b>	1	<b>0,03</b>
9	Biegunki u dzieci do lat 2	3544	<b>4272,14</b>	3913	<b>4947,59</b>	3539	<b>4560,86</b>
10	Krzusiec	52	<b>1,51</b>	59	<b>1,71</b>	767	<b>22,17</b>
11	Tężec ogółem	1	<b>0,03</b>	1	<b>0,03</b>	-	-
	w tym noworodków	-	-	-	-	-	-
12	Odra	-	-	-	-	1	<b>0,03</b>
13	Różyczka	357	<b>10,36</b>	441	<b>12,76</b>	320	<b>9,25</b>
	w tym wrodzona	-	-	-	-	-	-
14	Ospa wietrzna	19322	<b>560,59</b>	17360	<b>502,39</b>	21821	<b>630,87</b>
15	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	295	<b>8,56</b>	284	<b>8,22</b>	240	<b>6,94</b>
16	Ostre porażenia wiotkie u dzieci do 14 lat	-	-	7	<b>0,20</b>	2	<b>0,06</b>
17	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu – ogółem	275	<b>7,98</b>	264	<b>7,64</b>	214	<b>6,19</b>
18	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> - ogółem	2	<b>0,06</b>	2	<b>0,06</b>	-	-
	w tym zapalenie opon i/lub mózgu	1	<b>0,03</b>	-	-	-	-
19	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> - ogółem	36	<b>1,04</b>	48	<b>1,39</b>	17	<b>0,49</b>
	w tym zapalenie opon i/lub mózgu	20	<b>0,58</b>	16	<b>0,46</b>	4	<b>0,12</b>
20	Inwazyjna choroba meningokokowa – ogółem	17	<b>0,49</b>	24	<b>0,69</b>	25	<b>0,72</b>
21	Inwazyjna choroba meningokokowa - zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	9	<b>0,26</b>	19	<b>0,55</b>	18	<b>0,52</b>
22	Wirusowe zapalenie wątroby w tym:						
	wzw typu A	35	<b>1,02</b>	7	<b>0,20</b>	3	<b>0,09</b>
	wzw typu B	324	<b>9,40</b>	263	<b>7,61</b>	249	<b>7,20</b>
	wzw typu C (wg definicji przypadku z 2005r.)	212	<b>6,15</b>	278	<b>8,05</b>	215	<b>6,22</b>
	wzw typu C (wg definicji przypadku z 2009r.)	363	<b>10,53</b>	317	<b>9,17</b>	274	<b>7,92</b>
wzw typu B+C	6	<b>0,17</b>	2	<b>0,06</b>	1	<b>0,03</b>	

	wzw inne i nie określone	3	<b>0,09</b>	-	-	4	<b>0,12</b>
23	Zatrucia grzybami	5	<b>0,15</b>	1	<b>0,03</b>	-	-
24	Włośnica	16	<b>0,46</b>	8	<b>0,23</b>	-	-
25	Borelioza (Choroba z Lyme)	256	<b>7,43</b>	183	<b>5,30</b>	215	<b>6,22</b>
26	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem - w tym grypa u dzieci (0-14 lat)	83865	<b>2433,17</b>	204528	<b>5919,95</b>	236793	<b>6845,94</b>
		42157	<b>7568,02</b>	99333	<b>17854,31</b>	116415	<b>20926,47</b>
27	Grypa - ogółem - w tym grypa u dzieci (0-14 lat)	65	<b>1,89</b>	184	<b>5,32</b>	5	<b>0,14</b>
		11	<b>1,97</b>	63	<b>11,32</b>	2	<b>0,06</b>
28	Grypa wywołana nowym wirusem A/H1N1/ - ogółem - w tym grypa u dzieci (0-14 lat)	51	<b>1,48</b>	118	<b>3,41</b>	2	<b>0,06</b>
		10	<b>1,80</b>	30	<b>5,39</b>	1	<b>0,03</b>
29	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-
30	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	502	<b>14,56</b>	507	<b>14,67</b>	533	<b>15,41</b>



## Podsumowanie:

1. W 2012 roku zapadalność na grypę i zakażenia grypopodobne zwiększyła się o 15,7% w porównaniu z rokiem ubiegłym. W całym województwie zarejestrowano 236793 zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę, z czego wirusologicznie potwierdzono zaledwie 5 przypadków.
2. Sytuację epidemiologiczną w woj. wielkopolskim w zakresie zakażeń *Neisseria meningitidis* można uznać za unormowaną. W 2012 roku odnotowano spadek zachorowalności na chorobę meningokokową w całym kraju (o 11,7 %). Aktywnie zapobiegano epidemicznemu szerzeniu się zachorowań wywołanych przez *Neisseria meningitidis* prowadząc nadzór epidemiologiczny nad zachorowaniami oraz wspomagając działania profilaktyczne w otoczeniu chorych. W całym województwie prowadzono szczegółową i precyzyjną analizę zgłaszanych zachorowań.
3. Z uwagi na brak swoistych działań zapobiegania zakażeniom HCV w drodze szczepień ochronnych, wiodącym problemem epidemiologicznym w zakresie chorób zakaźnych jest wirusowe zapalenie wątroby typu C. Najważniejszą metodą prewencji w tym zakresie jest więc podejmowanie działań zmierzających do poprawy standardów wykonywania świadczeń przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, a także zwiększenie dostępności do specjalistycznego poradnictwa i diagnostyki laboratoryjnej zakażeń wirusami hepatotropowymi.
4. W analizowanym roku zaobserwowano tendencję wzrostową zgłoszonych do nadzoru epidemiologicznego ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych, których najwięcej wywołały odzwierzęce pałeczki *Salmonella* (60%). Do wystąpienia 8 ognisk (38,1%) wywołanych tym drobnoustrojem doszło po spożyciu potraw z jaj pochodzących z przydomowych gospodarstw hodowlanych. W 2 przypadkach ognisk z powiatu wolsztyńskiego w dochodzeniu epidemiologicznym ustalono źródło zakażenia na podstawie badań próbek kału pobranych z kurników ferm kurzych przez Państwową Inspekcję Weterynaryjną, wykonanych w laboratorium Państwowego Instytutu Weterynarii w Puławach. Podobnie jak w latach poprzednich w większości zgłoszonych ognisk (94,3%) udało się ustalić czynnik etiologiczny.
5. W stosunku do roku 2010 stopień wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej w placówkach szpitalnych nie uległ poprawie. Wskaźnik liczby badań/łóżko/rok wyniósł 19 oraz 0,4 badań na pacjenta.
6. W 2012 roku zmianie uległ unormowany, fluktuacyjny charakter zachorowań na krztusiec. Nastąpił zdecydowany wzrost zakażeń *Bordetella pertussis*. Część osób, które uległy

zakażeniu posiadało udokumentowane zaszczepienie na krztusiec. Najwięcej zachorowań odnotowano wśród młodych dorosłych i młodzieży od 14 do 19 roku życia i stanowiły one 57,5% wszystkich zarejestrowanych przypadków zachorowań w woj. wielkopolskim. Jednocześnie zaobserwowano wysoki odsetek, aż 31,7 % pacjentów wymagających hospitalizacji z powodu tej choroby. Wyraźny wzrost zachorowań utrzymywał się w I połowie roku, w II połowie nastąpił sukcesywny, utrzymujący się do końca roku spadek zachorowań.



## II. JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi, produkowanej przez przedsiębiorstwa wodociągowe na podstawie art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.), art. 12 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.).

W woj. wielkopolskim woda przeznaczona do spożycia przez ludzi ujmowana jest z ujęć podziemnych, z wyjątkiem czterech ujęć opartych o wody infiltracyjne, funkcjonujących na rzecz trzech wodociągów: wodociągu poznańskiego (ujęcie w Mosinie i Dębiniu), wodociągu w Obornikach Wlkp. i Kaliszu.

Wody podziemne, w odróżnieniu od wód powierzchniowych, charakteryzują się stałym składem fizyko-chemicznym, który kształtują procesy hydrogeologiczne, fizyczne i biologiczne. Substancje znajdujące się w wodzie mogą być pochodzenia naturalnego, antropogenicznego lub mogą pochodzić z ubocznych procesów dezynfekcji wody. Najwyższe dopuszczalne stężenia związków fizykochemicznych w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.).

W roku 2012 w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych znajdowało się 1135 ujęć zasilających wodociągi produkujące wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi.

Większość wodociągów opartych jest na jednym ujęciu, które stanowi jedno lub kilka studni, eksploatowanych najczęściej przemiennie. Wodociągi o dużej produkcji wody (m. in. wodociąg poznański, kaliski, ostrowski, leszczyński) oparte są na kilku ujęciach np. wodociąg poznański zasilany jest z 3 ujęć, na których zlokalizowanych jest łącznie 419 studni (w roku 2012 eksploatowanych było 413 studni), w tym studnia promienista infiltrująca wodę spod dna rzeki Warty.

Studnie na ujęciach wodociągowych są właściwie oznakowane oraz zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. W roku 2012 ich stan sanitarno-techniczny nie budził zastrzeżeń. Urządzenia wodne są regularnie konserwowane, studzienki utrzymane czysto, włazy zamknięte, kominki wentylacyjne zabezpieczone siatkami przeciw owadom i gryzoniom.

Stosowane są również zabezpieczenia elektroniczne. Wyznaczone są strefy ochrony bezpośredniej, ogrodzone i prawidłowo zagospodarowane. Prowadzony jest monitoring objazdowy.

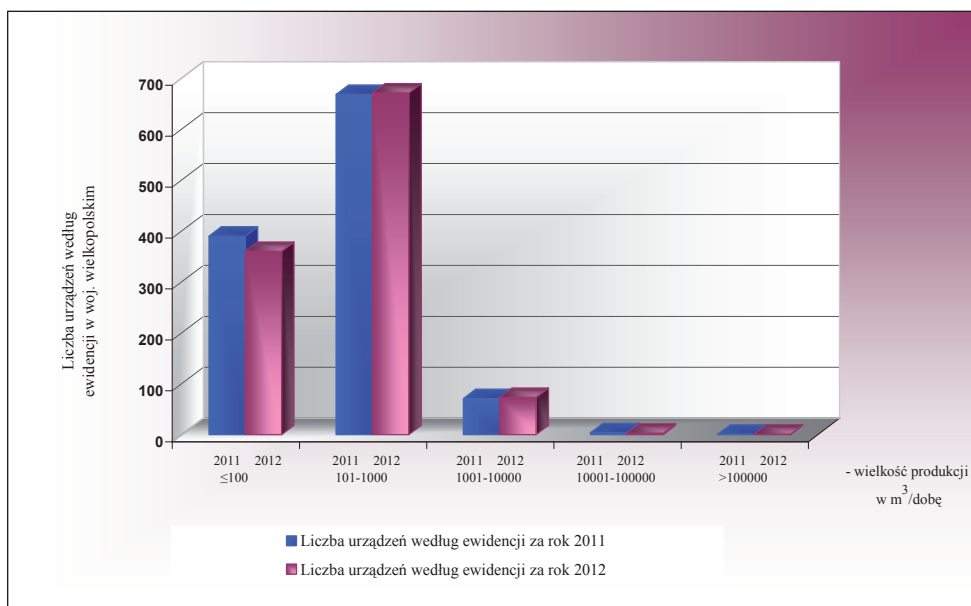
**Rys. 1. Ujęcie wody Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Jarocinie**



W 2012 roku w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych znajdowało się 1108 wodociągów. W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, skontrolowano wszystkie wodociągi oraz 6 studni publicznych. Ocenie poddano wodociągi publiczne produkujące wodę przeznaczoną do zbiorowego zaopatrzenia ludności oraz wodociągi zakładowe i lokalne produkujące wodę do spożycia dla mniejszych grup ludności, a także jeżeli woda dostarczana była jako część działalności handlowej lub publicznej, jak i również do celów komercyjnych.

W woj. wielkopolskim sukcesywnie zmniejsza się liczba małych urządzeń wodnych o wydajności  $<100 \text{ m}^3/\text{dobę}$ . Obiekty zaopatrywane przez likwidowane wodociągi, podłączane są do większych obiektów wodnych. W przypadku zwiększenia produkcji wody urządzenia ulegają przekwalifikowaniu (Rys. 2).

Rys. 2. Zmiany w ewidencji wodociągów w latach 2011-2012



W poszczególnych grupach produkcji uwzględniono również urządzenia wodociągowe zarządzane przez inne podmioty zajmujące się zaopatrzeniem w wodę min. szpitale, domy pomocy społecznej, gospodarstwa agroturystyczne, kolonie, obozy, zakłady karne, obiekty turystyczne oraz zakłady produkcyjne.

Liczbę wodociągów w zależności od ilości produkowanej wody przedstawia poniższa tabela.

Tab. 1. Liczba zewidencjonowanych wodociągów w latach 2011-2012

Rodzaj urządzenia		Rok	WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE	
			Wg. ewidencji	Skontrolowane
Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]	≤ 100	2011	390	388
		2012	360	360
	101 - 1000	2011	668	668
		2012	671	671
	1001 - 10 000	2011	71	71
		2012	73	73
	10 001 - 100 000	2011	4	4
		2012	3	3
	> 100 000	2011	1	1
		2012	1	1

Spośród 1108 zewidencjonowanych w woj. wielkopolski wodociągów 121 spełniało kryteria wymagań do raportowania do Komisji Europejskiej. Raportowaniem objęte były wszystkie wodociągi produkujące wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi w ilości powyżej 1000 m<sup>3</sup>/dobę, lub zaopatrujące powyżej 5000 osób oraz wodociągi obsługujące zakłady produkujące żywność przeznaczoną na eksport (wymagania komisarzy FVO - Food and Veterinary Office). Wszystkie wodociągi raportowane do Komisji Europejskiej przebadano w pełnym zakresie parametrów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.).

W roku 2012, na wniosek Komisji Europejskiej, przygotowano również informację o jakości wody produkowanej przez małe wodociągi.

**Rys. 3. Wodociąg publiczny Turek (raportowany do Komisji Europejskiej) – Stacja uzdatniania wody - odżelaziacze**



W 7 wodociągach raportowanych do Komisji Europejskiej woda dopuszczona została warunkowo do spożycia ze względu na przekroczenia dopuszczalnych wartości parametrów fizykochemicznych, głównie takich jak mangan, mętność, żelazo, amoniak. Stwierdzone przekroczenia nie stanowią zagrożenia dla zdrowia odbiorców, powodują jedynie pogorszenie właściwości organoleptycznych wody. W jednym z tych wodociągów (powiat kościański) organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydał zgodę na odstępstwo od najwyższych dopuszczalnych