
ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT

**Nemzetközi információ**

Kézhygiéne az egészségügyi ellátásban (WHO irányelv)	377
--	-----

Hazai információ

Tájékoztatás igazoltan veszett állatokról	385
Fertőző betegségek adatai	386
Aerobiológiai jelentés	390

Epidemiológiai Információs Hetilap

NEMZETKÖZI INFORMÁCIÓ**KÉZHIGIÉNE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN (WHO IRÁNYELV)**

A WHO által meghirdetett „Világszövetség a biztonságos betegellátásért (World Alliance for Patient Safety)” program egyik fő elemét alkotó „Felhívás a betegellátás globális biztonságáért” (Global Patient Safety Challenge) nevű alprogramja a **„Tiszta betegellátás – biztonságosabb betegellátás”** (Clean Care is Safer Care) szlogent választotta mottójául, és jelentős figyelmet fordít az egészségügyi kézhigiénés standardok és gyakorlatok javítására, valamint ezek sikeres bevezetésének támogatására. Ezen alprogram részeként került kidolgozásra a **„Kézhygiéne az egészségügyi ellátásban”** irányelv, melynek bevezetését a WHO szorgalmazza a tagállamokban.

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének és felügyeletének az egyik legfontosabb eleme a kézhigiéne, de ennek elvárt minőségű biztosítása összetett és nehéz feladat. A „kézhigiéne az egészségügyi ellátásban” című WHO irányelv olyan ajánlásokat fogalmaz meg, melyek **bármilyen, egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos helyzetben használhatók.**

A WHO irányelvben szereplő ajánlásokat a CDC/HICPAC (Healthcare Infection Control Practises Advisory Committee of the Centers for Disease Control and Prevention) irányelve osztályozó rendszerének átdolgozásával, a tudományos bizonyítékok rangsorolását figyelembe véve, az alábbi módon kategorizálták:

- **1A osztály:** Az ajánlás bevezetése nyomatékosan ajánlott; kísérleti, klinikai vagy epidemiológiai vizsgálatok erősen alátámasztják.
- **1B osztály:** Az ajánlás bevezetése nyomatékosan ajánlott; néhány kísérleti, klinikai vagy epidemiológiai vizsgálat, valamint szilárd elméleti elemzés támasztja alá.
- **1C osztály:** Az ajánlás bevezetése szükséges, mint szövetségi/állami előírás vagy szabvány.
- **II osztály:** Az ajánlás bevezetése javasolt; klinikai vagy epidemiológiai vizsgálatok, elméleti elemzés, vagy szakértői bizottság konszenzusa támasztja alá.

1. A kézmosás és kézfertőtlenítés indikációi

- A) **Szappannal és vízzel** történő kézmosás szükséges fehérje természetű vagy egyéb látható szennyeződés, vérrel vagy testváladékkal történt látható szennyeződés esetén, illetve ha spóráképző baktérium expozíciójának gyanúja vagy ténye merül fel (IB), valamint WC használata után (II).
- B) Elsősorban **alkoholos kézfertőtlenítő szer** rutinszerű alkalmazása ajánlott a C) pontban alább felsorolt minden egyéb klinikai szituációban, látható szennyeződés *hiányában* (IA). Alternatív lehetőség a szappannal és vízzel történő kézmosás (IB).
- C) **Higiénés kézfertőtlenítés** szükséges:
- pácienssel való direkt kontaktus előtt és után (IB);
 - kesztyű levétele után (IB);
 - betegellátás közben, invazív eszköz érintése előtt (kesztyűhasználatától függetlenül) (IB);
 - vérrel vagy testváladékkal, nyálkahártyával, sérült bőrrel való érintkezés, illetve sebkötözés után (IA);
 - betegellátás közben, ha szennyezett testrészről tiszta testrészre térünk át (IB);
 - a páciens közvetlen közelében lévő tárgyakkal (beleértve az orvosi eszközöket is) való érintkezés után (IB);
- D) Hagyományos vagy fertőtlenítő szappannal és vízzel történő kézmosás vagy alkohol-alapú szerrel való kézbedörzsölés szükséges gyógyszerrel történő érintkezés illetve ételkészítés előtt (IB).
- E) Alkoholos kézfertőtlenítő szer és fertőtlenítő szappan együttes használata kerülendő (II).

2. A kézhigiéne kivitelezése

- A) A gyártó által megjelölt mennyiségű szert oszlassuk el a kezek teljes felületén, majd dörzsöljük el, amíg megszárad. (Dörzsöljük egymáshoz két tenyerünket, majd jobb tenyerünket összefűzött ujjakkal a bal kéz háthoz, és fordítva, ezután a tenyereket összefűzött ujjakkal egymáshoz, majd az ujjak hátoldalát az ellentétes kéz tenyerébe, két kezünk összezárt ujjait egymásba akasztva. Ezután körkörös mozdulatokkal dörzsöljük jobb tenyerünkkel körülölelt bal kezünk hüvelykujját, és fordítva, majd jobb tenyerünkbe zárt bal kezujjainkat, előre és hátrafelé, majd fordítva.) Száradás után kezünk biztonságos (IB). (20-30 másodperc.)
- B) Szappannal és vízzel történő kézmosásnál nedvesítsük be a kezeket vízzel, majd a kéz teljes felületének befedéséhez szükséges mennyiségű szert juttassunk a kézre. Körkörös mozdulatokkal erőteljesen dörzsöljük el a szert mindkét tenyéren, az egymásba fűzött ujjakon, a kéz teljes felületén az előző pontban részletezett módszerrel. Öblítsük le a kezünket vízzel, majd alaposan szárítsuk meg egyszer használatos törölközővel. Tiszta folyóvizet használjunk minden esetben, amikor lehetséges. A csap elzárásához használjunk törölközőt (IB). (40-60 másodperc.)
- C) Győződjünk meg arról, hogy a kezek szárazak. Olyan módszert használjunk, mely nem szennyezi újra a kezeket. Győződjünk meg arról, hogy minden törölközőt csak egy ember és csak egyszer használ (IB). Kerüljük a forró víz használatát, mivel ismételt forróvizes öblítés növelheti a dermatitis kialakulásának kockázatát (IB).
- D) Nem-fertőtlenítő szappannal és vízzel történő kézmosás esetén a hagyományos szappan folyékony, darabos, lap vagy por formája is elfogadható. Ha darabos szappant használunk, kis darabok legyenek a tartóban, mert az megkönnyíti a víz elfolyását (II).

3. Ajánlások sebészi bemosakodáshoz

- A) Ha látható szennyeződés van a kézen, a sebészi bemosakodás előtt mossunk kezet hagyományos szappannal (II). A körmök alól is távolítsuk el a szennyeződést körömkefe segítségével, lehetőleg folyóvíz alatt (II).
- B) A mosdókagylókat úgy kell tervezni, hogy csökkentsék a víz szétfroccsenésének kockázatát (II).
- C) Sebészi bemosakodás előtt le kell venni a gyűrűket, órákat, karkötőket (II). Tilos a műköröm (IB).

- D) A steril kesztyűk felvétele előtt végezzük el a sebészi bemosakodást fertőtlenítő szappannal vagy alkoholos kézfertőtlenítővel, elsősorban elhúzó hatású készítményt használva (IB).
- E) Ha a műtőben kétséges a vízminőség, a steril kesztyűk felvétele előtt alkoholos kézfertőtlenítő használata ajánlott (II).
- F) Ha fertőtlenítő szappant használunk a sebészi bemosakodáshoz, a kezét és az alkart a gyártó által ajánlott ideig, 2-5 percig mossuk. Nem szükséges hosszú (pl. 10 perces) kézmosási idő (IB).
- G) Ha elhúzó hatású alkoholos sebészi kézfertőtlenítőt használunk, kövessük a gyártó utasításait. Csak száraz kézen alkalmazzuk a készítményt (IB). Ne használjunk egymás után, keverve sebészi kézfertőtlenítő szappant és alkoholos sebészi kézfertőtlenítőt (II).
- H) Ha alkoholos készítményt használunk, elegendő mennyiségű szert alkalmazzunk ahhoz, hogy a kéz és az alkar a művelet teljes ideje alatt a szertől nedves legyen (IB).
- I) Alkoholos készítmény használata után hagyjuk a kezét és az alkart teljesen megszáradni, mielőtt felvennénk a steril kesztyűt (IB).

4. A kézfertőtlenítő szerek kiválasztása és kezelése

- A) Az egészségügyi dolgozókat hatékony, kevésbé irritáló hatású készítménnyel kell ellátni (IB).
- B) Azért, hogy a kézfertőtlenítő készítményeket az egészségügyi dolgozókkal minél nagyobb mértékben el tudjuk fogadtatni, a kiválasztás előtt tájékozódni kell a dolgozóknak az egyes szerekről korábban szerzett tapasztalatairól (tapintás, illat, tolerancia stb.). Néhány intézményben az ár az elsődleges befolyásoló tényező (IB).
- C) A kézfertőtlenítő termékek kiválasztása során:
 - meg kell határozni minden ismert, az intézményben használt kéztisztító szer, kézvédő szer és kesztyűtípus közötti kölcsönhatást (II);
 - információt kell kérni a gyártóktól a szerek kontamináció rizikójával kapcsolatban (a forgalombahozatal előtt és a használat során végzett vizsgálatokat figyelembe véve) (IB);
 - az ellátás helyén biztosítani kell az adagolókat (IB);

- gondoskodni kell az adagolók megfelelő és megbízható működéséről, és arról, hogy megfelelő mennyiségű szert adagoljanak (II);
 - az alkoholos kézfertőtlenítőszer-adagolóknak alkalmasnak kell lenniük tűzveszélyes anyag tárolására (IC);
 - információt kell kérni a gyártóktól, milyen kölcsönhatások lehetnek a kézápolók, krémek, alkoholos kézfertőtlenítők és az intézményben használatban lévő fertőtlenítő szappanok között (IB).
- D) Ne töltsük fel szappannal a részben kiürült szappanadagolót. A kiürült szappanadagoló újratöltése előtt tartsuk be a tisztítással kapcsolatos előírásokat (IA).

5. Bőrápolás

- A) Az egészségügyi dolgozók oktatása során ki kell térni a kontakt dermatitis és egyéb bőrkárosodás rizikójának csökkentését célzó kézápolási módszerekre (IB).
- B) Az egészségügyi intézményben használt standard termékekre kedvezőtlenül reagáló, vagy allergiás egészségügyi dolgozók számára gondoskodni kell alternatív kézfertőtlenítő szerről (II).
- C) A kézmosással és kézfertőtlenítéssel kapcsolatban kialakuló kontakt dermatitis előfordulásának minimalizálására az egészségügyi személyzetet el kell látni kézápolókkal és krémekkel (IA).

6. Kesztyűhasználat

- A) Kesztyűhasználat nem helyettesíti a szappanos vagy fertőtlenítőszeres kéztisztítást (IB).
- B) Kesztyűt kell viselni, ha az egészségügyi dolgozó várhatóan vérrel, fertőző anyaggal, nyálkahártyával vagy sérült bőrfelülettel érintkezik (IC).
- C) A beteg ellátását követően a kesztyűt le kell venni. Ugyanaz a kesztyű csak egy beteg ellátásához használható (IB).
- D) A betegellátás során a kesztyűt cserélni kell vagy le kell venni, ha a betegen vagy a környezetben a szennyezett területről tiszta területre térünk át (II).
- E) Kerülni kell a kesztyűk ismételt használatát. Ha a kesztyű nem egyszer használatos, akkor – a kesztyű épségének óvása mellett – a fertőtlenítésére alkalmazzunk biztonságos módszert (II).

7. Egyéb kézhigiénés szempontok

- A) A betegekkel közvetlen kapcsolatban lévők ne viseljenek műkörmöt (IA).
- B) Vágjuk rövidre körmeinket (a köröm vége ne legyen 0,5 cm-nél hosszabb) (II).

8. Az egészségügyi dolgozók oktatása és motiválása

- A) A kézhigiénének az egészségügyi dolgozók körében végzett oktatása során elsősorban nem a kézhigiénés termékek fajtáira kell összpontosítani, hanem kiemelt hangsúlyt kell helyezni azon újabban felismert tényezőkre, melyek jelentősen befolyásolják a dolgozók helyes viselkedését. A stratégiának sokoldalúnak kell lennie, részét kell hogy képezze az oktatás és a program bevezetésének felsővezetői támogatása (IB).
- B) Oktatni kell a dolgozókat, melyek azok a betegellátással kapcsolatos tevékenységek, melyek a kéz kontaminációját eredményezhetik, milyen előnyei és hátrányai vannak a különböző kézhigiénés módszereknek (II).
- C) Ellenőrizni kell, hogy a dolgozók betartják-e az ajánlott kézhigiénés gyakorlatot, az eredményeket vissza kell csatolni az egyes dolgozók számára (IA).
- D) Bátorítani kell a betegeket, hozzátartozóikat és az egészségügyi dolgozókat, hogy az egészségügyi intézményben javasolt kézhigiénés gyakorlatot alkalmazzák (II).

9. Kormányzati és intézményi felelősség

9.1. Kórházfenntartóknak

- A) Biztosítani kell minden csapnál a megfelelő minőségű (biztonságos) folyóvizet, valamint a kézmosás elvégzéséhez szükséges minden felszerelést az egészségügyi dolgozók számára (IB).
- B) Minden betegellátó ponton az egészségügyi dolgozók számára könnyen hozzáférhető módon kell gondoskodni alkoholos kézfertőtlenítő szerről (IA).
- C) Az intézményben elsőbbséget kell adni a kézhigiéne javításának, ehhez a megfelelő vezetői és igazgatási háttérrel, anyagi erőforrást biztosítani kell (IB).

- D) Az intézményi infekciókontroll gyakorlatának oktatásához, beleértve a kézhigiéne javítását célzó programot is, szakképzett dolgozót, időt, és egyéb feltételeket kell biztosítani (II).
- E) Multidiszciplináris programot kell kialakítani az egészségügyi intézményben a dolgozók kézhigiénés gyakorlatának javítása érdekében; a program megvalósulását ellenőrizni kell (IB).
- F) A kézhigiénére tekintettel biztosítani kell a betegellátó hely ivóvízellátásának és szennyvízelvezetésének fizikai különválasztását, javasolt az ivóvízellátó rendszer rutinszerű monitorozása (IB).

9.2 A nemzeti kormányoknak

- A) Nemzeti szinten elsőbbséget kell adni a kézhigiéne javításának, ennek érdekében célszerű központilag finanszírozott és koordinált programot tervezni és működtetni (II).
- B) Támogatni kell az infekciókontroll kapacitás (személyi, tárgyi feltételek) megerősödését az egészségügyi ellátó intézményekben (II).
- C) A kézhigiénés gyakorlat fejlesztését nemzeti szinten is támogatni kell, hogy megerősítsük mind magunk, mind mások védelmét.

Forrás: www.who.int/patientsafety/information_centre/who_ghhhcad/en/print.html

Szerkesztőségi megjegyzés: A globálisan évente több száz millió beteget érintő, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének legfontosabb és legegyszerűbb (továbbá legolcsóbb) módszere a megfelelő kézhigiénés gyakorlat. Irodalmi adatok szerint általában a fekvőbeteg-ellátó intézményekben alkalmazott kézhigiénés termékek egy évi teljes költsége megegyezik 4-5, egészségügyi ellátással összefüggő, átlagos súlyosságú fertőzés miatt fellépő kórházi többletköltséggel. Pl. egy súlyos sebfertőzés, alsó légúti vagy véráramfertőzés gyógyítása többbe kerülhet a kórháznak, mint a kézfertőtlenítéshez használt fertőtlenítő termékek teljes évi költsége. Oroszországban pl. egy újszülött intenzív osztályon egy egészségügyi ellátással összefüggő véráramfertőzés többletköltsége (1100 USA \$) megegyezik 3265 ápolási nap alatt elhasznált kézfertőtlenítő termékek árával (0,34 USA \$/ápolási nap).

A kézfertőtlenítés elmulasztását világszerte az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések vezető okaként tartják számon, mely hozzájárul a multirezisztens kórokozó terjedéséhez és elismerten jelentős szerepet játszik a fertőzések kialakulásában. Tudományos bizonyítékok igazolják, hogy a kézhigiéne javításával csökkenthető az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések gyakorisága.

Annak ellenére, hogy a kézfertőtlenítés technikája/folyamata egyre inkább egyszerűsödik, az egészségügyi dolgozók **compliance**-ának (együttműködés, hajlandóság a kézhigiénés gyakorlat betartására) **hiánya** világszerte érezhető probléma, ennél fogva a helyes kézhigiénés gyakorlat oktatására van szükség az egészségügyi intézményekben.

A kézhigiénés gyakorlat sikeres **promóciójának** (a kézfertőtlenítés tárgyi feltételeinek biztosítása, az egészségügyi személyzet felelősségének hangsúlyozása, szemléletének alakítása, oktatása, a compliance javítását célzó programok szervezése) potenciális **haszna ellensúlyozza a költségeit**.

A multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések incidenciájának csökkentésével elérhető megtakarítások messze meghaladják a kézfertőtlenítő termékek, mint pl. alkoholos kézfertőtlenítők promóciójának többletköltségeit.

A kézfertőtlenítés compliance-ának hosszú távú javításával kapcsolatban a **genfi** egyetem oktatókórházának kézhigiéne promóciós kampánya az első publikált tapasztalat. A compliance javulása bizonyítottan együtt járt a nosocomiális fertőzések és az MRSA keresztfertőzések csökkenésével. A promóciós kampány sikeréhez hozzájáruló **összetett stratégia** tartalmazta a compliance ismételt monitorozását, a visszajelzést a kézfertőtlenítés végrehajtásáról, a kommunikációs és oktató programokat, az állandó figyelmeztetések elhelyezését a munkakörnyezetben, az aktív részvételt és a visszajelzést mind egyéni, mind szervezeti szinten, a felsővezetői támogatást és az intézményvezetők bevonását. Az alkoholos kézfertőtlenítőknek az ellátó helyeken végzett promóciója jelentősen hozzájárult a compliance javításához. A beavatkozás közvetlen költségeit és az egészségügyi dolgozók idejének közvetett költségeit is figyelembe véve, **a promóciós kampány költséghatékony volt**: a kézhigiéne promóciójának teljes költsége az **egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel kapcsolatos költségek 1%-ának felelt meg**.

A **Nagy-Britanniában** országosan lefolytatott „Moss kezét!” („cleanyourhands”) elnevezésű kézhigiénés promóciós kampány költséghatékonysági elemzése azt mutatta, hogy **a program akkor is költséghatékony, ha az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések száma csupán 0,1%-kal csökken!**

A **WHO kézhigiénés irányelvében** megfogalmazottak egyszerűsítik és költséghatékonyabbá teszik a kézhigiénés gyakorlatot: A kéz alkoholos bedörzsölésének előnye, hogy az gyorsan elvégezhető; a foglalkozási ártalmak (dermatitis) csökkennek; a szervezett és ellenőrzött helyi (országos) programok bevezetésével bizonyítottan növekszik a kézhigiénés compliance.

TÁJÉKOZTATÁS IGAZOLTAN VESZETT ÁLLATOKRÓL

Laboratóriumi vizsgálattal igazoltan veszett állatok megyénkénti bontásban
2006. január 1- június 30.

Terület	Január 1- május 31.	Június	Összesen
Baranya	-	-	-
Bács-Kiskun	-	-	-
Békés	-	-	-
Borsod-A.-Z.	-	-	-
Csongrád	-	-	-
Fejér	1 róka	-	1
Győr-M.-S.	-	-	-
Hajdú-Bihar	-	-	-
Heves	-	-	-
Jász-N.-Sz.	-	-	-
Komárom-E.	-	-	-
Nógrád	-	-	-
Pest	-	-	-
Somogy	-	-	-
Szabolcs-Sz.-B.	-	-	-
Tolna	-	-	-
Vas	-	-	-
Veszprém	-	-	-
Zala	-	-	-
Budapest	-	-	-
Összesen	1	-	1

Forrás: Országos Állategészségügyi Intézet

A tájékoztatást adta: dr. Pauliny Zsuzsanna osztályvezető
OEK Vírusoltóanyag-ellenőrző osztály

A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2006. július 24-30.** közötti időszakban bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

Az enterális fertőző betegségek közül a **salmonellosis** és **campylobacteriosis** esetek száma mérsékelten csökkent az előző hetihez képest, a salmonellosis járványügyi helyzete nem tért el az előző év azonos időszakától, a campylobacteriosisé annál jóval kedvezőbben alakult. Az **enteritis infectiosa** esetek száma a 29. hetihez képest negyedével emelkedett, ami annak következménye volt, hogy a június elején kialakult miskolci vízjárványhoz tartozó további kb. 220 eset adatait rögzítették a 30. héten, utólagosan az adatbázisba.

A héten három gastroenteritis **járványról** érkezett jelentés, mindegyik esemény táborozó gyermekek között fordult elő. Egyik járvány sem volt tömeges méretű.

Az előző hetihez viszonyítva nem változott a bejelentett **vírushepatitisek** száma. A tünetegyüttes az előző évek azonos időszakában észlelthez hasonló gyakorisággal fordult elő. Nyolc esetet Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében diagnosztizáltak, közülük négy megbetegedés egy **Ópályiban**, július 17-én kezdődött, kontakt úton terjedő járványhoz tartozott.

A **légúti fertőző betegségek** közül a nyári szezonnak megfelelően a **scarlatina** és a **varicella** megbetegedések száma az ezévből eddig regisztrált legalacsonyabb értékre csökkent. A skarlát esetek száma közel kétszerese volt az előző évinek, a bárányhimlőé harmadával haladta meg a 2005. év azonos hetében regisztráltat. A scarlatina 100 000 lakosra számított előfordulása Somogy megyében, a bárányhimlő területi incidenciája Győr-Moson-Sopron és Baranya megyében volt a legmagasabb. A héten nem jelentettek **pertussis**, **morbilli** és **mumpsz** megbetegedést, és csupán egy **rubeola** eset adatai kerültek a nyilvántartásba.

Az előző hetinél kevesebb **idegrendszeri fertőző** megbetegedésről érkezett jelentés. Egy csecsemő *B szerocsoportú N.meningitidis* által okozott sepsisben betegedett meg. A hét serosus meningitis öt területen fordult elő, a megbetegedések kórokozója még ismeretlen.

Mérsékelten csökkent a **Lyme-kór** bejelentések száma az előző hetihez képest, a betegség járványügyi helyzete nem tért el az előző év azonos hetében észlelttől. A legtöbb esetet a fővárosban, Fejér, Pest és Zala megyében észlelték.

A héten két új **ornithosis** eset került a nyilvántartásba, ezzel az év eleje óta regisztrált megbetegedések száma 47-re emelkedett, közülük 25 eset 2006-ban kezdődött. Az egyik beteg az ATEV egyik telepén a madárinfluenza miatt elrendelt, de egészséges baromfiállományokat érintő megsemmisítésben vett részt, és júliusban betegedett meg, (nála az ornithosis diagnózisát a laboratóriumi vizsgálat alátámasztotta, az influenza gyorseszteszt negatív eredménnyel zárult). A másik, júniusban, Békés megyében kezdődött sporadikus megbetegedés nem-szervezett munkavállalót érintett.

A 30. héten négy **tularemia** megbetegedés került a nyilvántartásba, így január 1. óta 47 eset került bejelentésre. A betegség járványügyi helyzete kedvezőtlenebb volt a korábbi évekenél. A négy, júliusban kezdődött megbetegedés három területen fordult elő (Vas [2], Fejér, és Veszprém megye [1-1]).

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

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

30/2006.sz.heti jelentés (weekly report)

(2006.07.24 – 2006.07.30.)

Betegség Disease	a 30. héten (week)			az 1 – 30. héten (week)		
	2006.07.24- 2006.07.30.	2005.07.25- 2005.07.31.	Medián 2000- 2004	2006.	2005.	Medián 2000- 2004
Typhus abdominalis	-	-	-	-	-	-
Paratyphus	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis	190	190	209	3202	3010	3622
Dysentaria	1	2	9	30	50	152
Dyspepsia coli	2	2	2	25	36	45
Egyéb E.coli enteritis	-	-	-	24	25	45
Campylobacteriosis	108	181	137	2949	3462	3263
Yersiniosis	1	1	-	25	23	57
Enteritis infectiosa	836	625	683	27940	23025	22191
Hepatitis infectiosa	12	12	17	283	318	465
AIDS	-	-	-	8	25	13
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	-	1	1	11	9	10
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	-	-	-	10	15	5
Scarlatina	29	16	15	4663	2411	2005
Morbilli	-	-	-	6	3	3
Rubeola	1	-	-	44	37	50
Parotitis epidemica	-	1	4	72	82	130
Varicella	217	288	166	38380	44226	28776
Mononucleosis inf.	16	21	23	755	707	829
Legionellosis	-	-	-	11	22	44
Meningitis purulenta	1	3	4	149	180	157
Meningitis serosa	7	1	5	70	39	74
Encephalitis infectiosa	1	2	5	63	106	73
Creutzfeldt-J.-betegség	-	-	•	16	6	•
Lyme-kór	65	65	49	608	679	568
Listeriosis	-	-	-	3	3	3
Brucellosis	-	-	-	-	1	1
Leptospirosis	-	-	1	16	20	16
Ornithosis	2	4	-	47	45	17
Tularemia	4	1	-	47	38	24
Tetanus	-	-	-	3	1	1
Vírusos haemorrh. láz	-	-	-	1	8	2
Malaria*	-	-	-	9	3	3
Toxoplasmosis	-	2	4	73	85	110

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

(*) importált esetek (imported cases)

(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2006.08.01.

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

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

30/2006.sz. heti jelentés (weekly report)

(2006.07.24 – 2006.07.30.)

Terület Territory	Salmonel- losis	Dysentaria	Campylo- bacteriosis	Enteritis infectiosa	Hepatitis infectiosa	Scarlatina	Varicella	Mononucl. infectiosa	Meningitis purulenta	Lyme-kór
Budapest	30	-	17	64	-	12	52	-	-	18
Baranya	14	-	13	11	-	1	19	1	-	1
Bács-Kiskun	20	-	-	18	-	1	7	-	-	-
Békés	3	-	5	41	-	-	4	1	-	-
Borsod-Abaúj-Zemplén	5	-	4	229	1	-	8	-	-	1
Csongrád	8	-	1	66	-	1	16	1	-	-
Fejér	6	-	9	37	-	-	2	3	-	5
Győr-Moson-Sopron	14	-	12	13	-	3	23	1	-	2
Hajdú-Bihar	2	-	7	7	-	1	4	1	-	-
Heves	5	-	1	45	-	1	6	2	-	3
Jász-Nagykun-Szolnok	2	-	2	62	1	-	3	-	-	1
Komárom-Esztergom	1	-	2	27	-	-	1	-	1	3
Nógrád	-	-	-	28	-	-	4	-	-	3
Pest	10	-	7	53	2	6	29	1	-	7
Somogy	1	-	3	30	-	1	3	-	-	2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	12	1	9	9	8	-	12	1	-	1
Tolna	14	-	5	24	-	-	9	-	-	4
Vas	14	-	-	9	-	-	5	-	-	1
Veszprém	16	-	10	48	-	2	4	2	-	7
Zala	9	-	1	15	-	-	6	2	-	6
Összesen (total)	190	1	108	836	12	29	217	16	1	65
Előző hét (previous week)	200	-	132	651	12	45	360	15	2	76

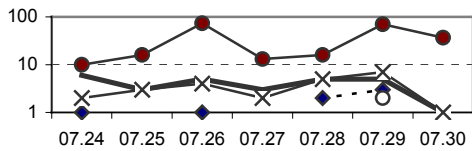
(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

A statisztika készítés ideje: 2006.08.01.

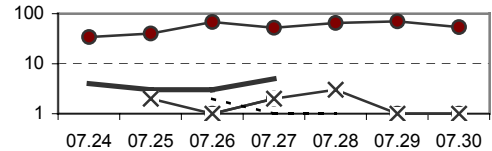
"Fodor József" Országos Közegészségügyi Központ Országos Környezetegészségügyi Intézete
Budapest, 1097 Gyáli út 2-6. Tel/Fax: 1-476-1215 e-mail: pollen@oki.antsz.hu

Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózatának jelentése 2006. 30. hét

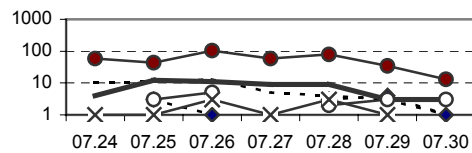
Budapest-OKI



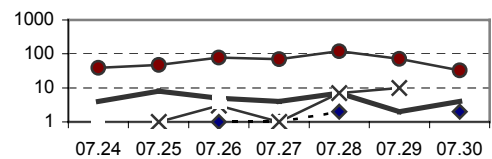
Budapest-Svábhegy



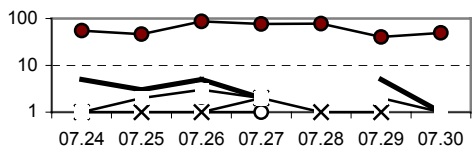
Békéscsaba



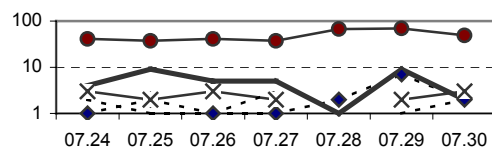
Debrecen



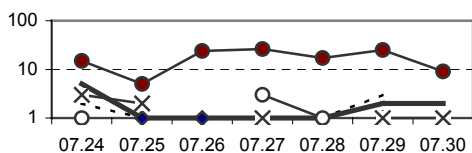
Eger



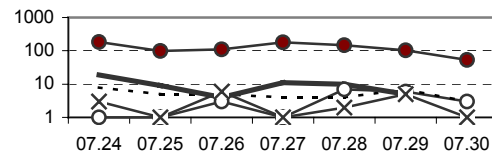
Győr



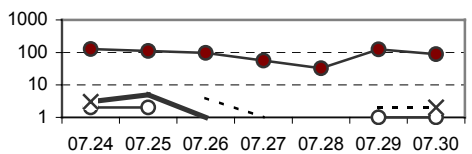
Kecskemét



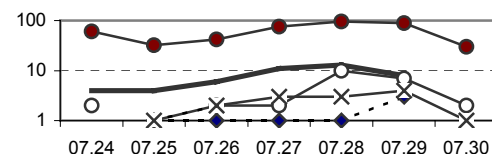
Miskolc



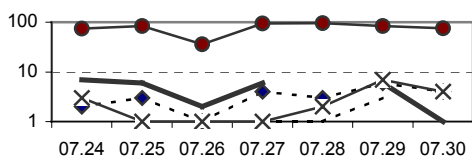
Mosdós



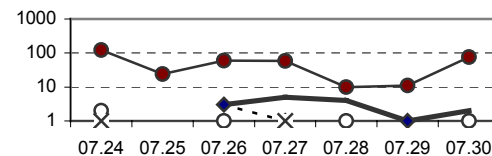
Nyíregyháza



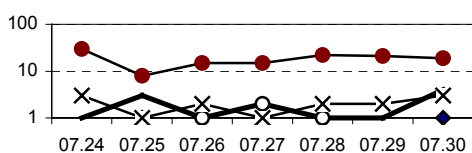
Pécs



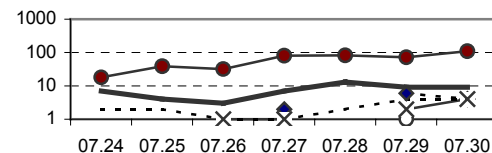
Salgótarján



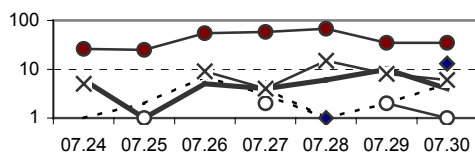
Szeged



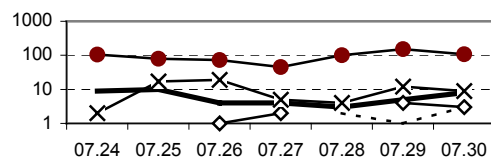
Székszárd



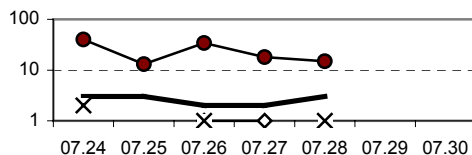
Szolnok



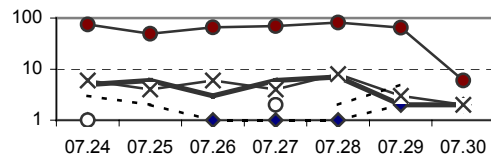
Szombathely



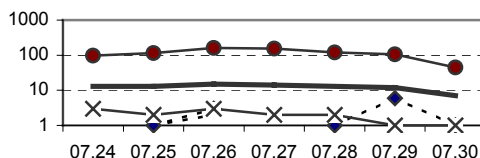
Tatabánya



Veszprém



Zalaegerszeg



---◆--- Ambrosia
parlagfű

—○— Artemisia
üröm

—X— Chenopod.
libatop

----- Plantago
útifű

— Poaceae
pázsitfűfélék

—●— Urticaceae
csalánfélék

Külsőtéri penészgombák

	Budapest OKI	Budapest Svábhegy	Békéscsaba	Debrecen	Eger	Győr	Kecskemét
Alt	****	****	****	***	****	****	****
Clad	****	****	***	***	***	**	****
	Miskolc	Mosdós	Nyíregyháza	Pécs	Salgó- tarján	Szeged	Szekszárd
Alt	***	*	****	****	***	****	****
Clad	****	***	*	***	***	****	***
	Szolnok	Szombathely	Tatabánya	Veszprém	Zala- egerszeg		
Alt	****	***	**	**	****		
Clad	****	***	**	***	***		

A 30. héten, ha csekély mértékben is, már több helyen elkezdte szórni nagyon erősen allergén pollenjét a parlagfű (Ambrosia) és az üröm (Artemisia). A parlagfű virágpora csak négy városban (Buda, Eger, Szombathely és Tatabánya); az ürömé szintén négy városban (Debrecen, Győr, Pécs és Zalaegerszeg) nem volt kimutatható. A libatopfélék (Chenopodiaceae) és az útifűvek (Plantago) alacsony pollenszintjükkel megint nem okoztak problémát az allergiásoknak. A pázsitfűfélék (Poaceae) virágporaszórása gyengült, a legtöbb monitorozó állomás légterében alacsony szintre jellemző mennyiséget mértek munkatársaink. A csalánfélék (Urticaceae) pollenszórása közepes, illetve magas erősségű volt országszerte.

Az allergén gombaelemek száma az ország légterének nagyobb részében nagyon magas szintű volt. Interneten is elérhető polleninformáció a www.antsz.hu/oki lapon található.

*Az Epidemiológiai Információs Hetilap (**Epinfo**)
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 a „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet és a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat által biztosított együttműködés révén fejlesztették ki.

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 intranetről: <http://oek>

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: epiujzag@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.)

Országos tisztifőorvos:

dr. Bujdosó László

Epinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő: dr. Straub Ilona

Főszerkesztő: dr. Melles Márta

Főszerkesztő helyettes: dr. Csohán Ágnes

Olvasószerkesztő: dr. Krisztalovics Katalin

Szerkesztők:

dr. Böröcz Karolina

Lendvai Gyuláné

Technikai szerkesztő:

Kissné Sponga Zsuzsanna

Nyomda vezetője:

Vizinger Ferenc

ISSN 1419-757X