

KANSAN TERVEYS

KANSAN

KIERTOON:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSÖINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING
MAALISKUU 3/1998 MARS

KTL 3/1998

■ Kalikivirusepidemioita
syksyllä 1997

Sivu 2

■ Ruokamyrkytys
– kalikiviruserinfektio?

Sivu 2

■ Vatsatautiepidemia
Kuopiossa

Sivu 3

■ Virusperäinen elintarvike-
infektio Mikkelissä

Sivu 3

■ Sinisimpukat sairastuttivat
15 kalikivirusepidemiaan

Sivu 4

■ Tarkkuutta sinisimpukoiden
käsittelyyn

Sivu 4

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

- Virusraportti
- Tartuntatautitilanne
- Lääkehoito hämmentää
AIDS-tilastoja
- Hepatiitti C -tapausten ilmoitta-
minen tartuntatautirekisteriin
- Rift Valley -kuume
- Tartuntatautien neuvottelu-
kunnan kokous 12.2.1998

INFEKTIONSSJUKDOMAR I FINLAND

■ Kanapadasta joukkoruoka-
myrkytys Tampereella
– syyllinen *Clostridium*
perfringens

Sivu 9

■ Kiinteistöjen käyttöveden
laatuun vaikuttaa
talousveden alkuperä

Sivu 10

■ Kymijoen likaantumista
ja väestön altistumista
dioksiineille tutkitaan

Sivu 10

■ Mitä tiedetään varus-
miesten itsemurhista?

Sivu 11

KTL:N PALVELUTEHTÄVÄT - TÄRKEÄ OSA LAITOKSEN TOIMINTAA

Kansanterveyslaitos on leimallisesti tutkimuslaitos, joka asiantuntemuksensa perusteella vaikuttaa maamme terveydenhuollon ratkaisuihin. Asiantuntemuksen ylläpitäminen vaatii aktiivista tieteellistä panostusta, johon oleellisena osana kuuluu tulevaisuutta jäsentävä, strateginen perustutkimus.

Laitoksella on myös lukuisia tehtäviä, joiden kautta se suoraan palvelee terveydenhuoltoa. Käytännön esimerkkejä ovat raskaudenaikaisten seeruminäytteiden tutkiminen eräiden infektiosairauksien osalta. Oikeuslääketiedettä sivuavilla alueilla kuten isyystutkimuksissa, verenalkoholimittauksissa sekä kasvavassa määrin huumetutkimuksissa, laitoksen puolueeton asiantuntija-asema korostuu. Kansantautien riskitekijöiden selvittelyssä, ympäristötutkimuksissa ja tartuntatautien epidemiaselvitysten tukena käytetään vaativia menetelmiä, joiden kehittämisessä ja käytössä monet laitoksen laboratoriot ovat valtakunnallisia referenssilaboratorioita.

Vaativien laboratoriomenetelmien kehittäminen tapahtuu monesti tieteellisen tutkimushankkeen osana. Ne soveltuvat usein sellaisenaan myös terveydenhuollon palvelutehtäviin. Kehittämisvaihe sitoo runsaasti resursseja kuten laitteita ja henkilökunnan työpanosta. Toisaalta menetelmien jatkuva käyttö, esimerkiksi uskottavan laatujärjestelmän ylläpitäminen, edellyttää riittävän suuria näytemääriä, usein suurempia kuin pelkät tutkimusprojektin näytteet. Ulkopuolisten, terveydenhuollon piiristä peräisin olevien näytteiden tutkiminen antaa myös referenssilaboratorioille mahdollisuuden oman toimintansa kannalta välttämättömien kanta- ja seeruminäytekokoelmien keräämiseen viitekäyttöä varten.

Työnjako KTL:n ja terveydenhoitojärjestelmän muiden laboratorioden välillä on vakiintunut hyvin toimivaksi yhteistyöksi. Suppenevien resurssien edessä on kuitenkin pyrittävä etsimään myös uusia, kaikkia osapuolia hyödyttäviä ratkaisuja. KTL:n vankka osaaminen monissa terveydenhuollon palvelutehtävissä on voimavara, jonka mahdollisimman hyvä käyttö tulisi kuulua tulevien vuosien taloudellisia näkökohtia painottavaan terveydenhuollon strategiaan.

Jussi Huttunen

KALIKIVIRUS- EPIDEMIOITA SYKSYLLÄ 1997

Tässä *Kansanterveys-lehden numerossa esitellään usean artikkelin voimin Suomessa syksyllä 1997 sattuneita kalikivirusten aiheuttamia joukkosairastumisia. Esittelyn syynä ei suinkaan ole, niinkuin esimerkiksi EHEC-infektioiden kohdalla, se, että kalikiviruseräotukset olisivat Suomessa uusi sairaus tai että niiden aiheuttamat taudit olisivat kliinisesti vakavia. Päinvastoin, kyseessä on terveyskeskuslääkärille niin ylen tuttu "vatsaflunssa", jota toki voivat aiheuttaa muutkin virukset. Esittelyn pääsyynä on uusien tutkimusmenetelmien käyttöönotto, joka täsmentää näiden tautien asemaa maamme tautikirjossa ja antanee pikapuoliin myös lisätietoa siitä, miten ne leviävät.*

Loka-joulukuussa 1997 Suomessa sattui kuusi isoa ripuliepidemiaa, joiden aiheuttajia ei ollut tunnistettu bakteeri. Sairastuneita oli yhteensä yli 600.

Viidessä epidemiassa kuudesta sairastuneiden ulosteista osoitettiin kalikivirus. Yhteensä näissä epidemiassa tutkittiin 76 ulostenäytettä kalikivirusten varalta ja saatiin 42:ssa PCR-menetelmällä positiivinen tulos.

JOUKKORUOKAILUT SAIRASTUTTIVAT

Epidemiat liittyivät kaikki joukkoruokailuun. Ruoka oli valmistettu joko monia laitoksia palvelevassa keskuskeittiössä tai ravintolan keittiössä. Keittiöt olivat hyvin varustettuja eikä niiden välineistöissä tai henkilökunnan työtaivoissa paljastunut puutteita, jotka olisivat altistaneet ne erityisesti joukkoruokamyrkytykselle. Ruuan valmistajat olivat alan ammattilaisia, jotka ovat tietoisia mm. siitä, etteivät ripulioireiset työntekijät saa osallistua ruuan valmistukseen. Aikaisemmista epidemioiden tiedetään, että kalikiviruseräotuksia sairastava työntekijä levittää suuria määriä virusta ympäristöönsä mm. työpaikan WC:ssä, ja voi näin hyvistä käsihygieniasta huolimatta aiheuttaa epidemian.

Syksyn epidemioiden kulku oli kaliki virusinfektioille tyypillinen. Lyhyehkön, noin 1-2 vrk itämisajan jälkeen tauti alkoi pahoinvoinnilla, vatsakivulla ja ripulilla, monella oli myös oksentelua. Lämpöäkin oli, mutta yli 39°C kuume oli harvinaisen. Näissä epidemioiden sairastuneet olivat peruskunnoltaan terveitä, eikä lyhyt 1-2 vrk:n oireilu saanut kuin pienen osan ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen. Taudin lyhytkestoisuus onkin yksi selitys siihen, että paikalliset terveysviranomaiset saivat usein käsityksen epidemian laajuudesta vasta sitten, kun suuri osa oli parantunut.

PAKASTEMARJOISTA?

Toisin kuin useimmissa aikaisemmissa virusripuliepidemioiden syksyn 1997 epide-

mioissa pyrittiin selvittämään takautuvasti kyselytutkimuksilla sairastumista leviittänyt elintarvike. Kolmessa epidemiassa epäillyksi elintarvikkeeksi nousi aterialla tarjottu pakastemarjoilla höystetty rahka/jäädyke (taulukko sivulla 3). Marjat olivat ulkomailta tuotuja, eikä niiden käsittelystä ennen pakastamista ja pakkaamista ole saatu tietoja.

Kalikiviruseräotukset ovat Suomessa erittäin tavallisia ja esiintyvät yleensä harvinaisina. Kotimaisia infektiolähteitä on aina olemassa. Ajoittaisten epidemioiden ilmaantumista ei voitane nykykeinoin kokonaan estää, mutta niiden yleisyyttä ja laajuutta voidaan varmasti rajoittaa. On tärkeää, että infektioiden leviämistä saadaan meillä lisätietoa. Siksi jokainen epidemia on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman aikaisin ja saamaan selvitys asiantuntevin voimin heti käyntiin. □

Matti Jähkölä, KTL
(09) 4744 8234, matti.jahkola@ktl.fi
Clara Wilkman, KTL

RUOKAMYRKYTYS - KALIKIVIRUS- INFEKTIO?

Vuosi 1998 on suuri ruokamyrkytysten selvittelyvuosi. Nyt on käytössä tehostettu raportointi- sekä siihen liittyvä näytteidenotto- ja tutkimusohjelma, jota ovat hioneet yhdessä sekä kansanterveys- että elintarvikealan asiantuntijat. Ensimmäistä kertaa myös "uudet" virukset ovat mukana, sillä nyt on virologeilla käytössä menetelmät, joilla voidaan olettaa tunnistuksen onnistuvan.

Kuivaharjoituksiin uusitun virusdiagnostiikan kanssa päästiin jo viime lokakuussa. Kuusi erillistä ruokamyrkytyssepidemiaa ehti ennen vuodenvaihdetta nähdä päivän- (ja mikrobiologien) valon selvittelyä varten. Kuinka sitten kävikään?

Neljän ensimmäisen epidemian selvitteilyn taotua voitiin todeta, että tunnistetun virusetiologian osuus nousi aikaisemmasta nollassa prosentista sataan! (taulukko sivulla 3) Ei huono avaus. Jatkossa sentään jäi jo pari epidemiata etiologialtaan epäselväksi. Mitä sitten on tutkittu ja millaisin tulokset? Syksyn ruokamyrkytyssepidemioiden saatiin kustakin epidemiasta (melko edustava otos) näytteitä. Mitä useampi näyte, sitä paremmat mahdollisuudet onnistua selvitelyssä. PCR-menetelmien herkkyyks myös mahdollistaa viruksen tunnistuksen 2-3 vrk sairastumisen jälkeenkin, joten näytteen ei välttämättä tarvitse olla varsinaista ripuliulostetta. Suora elektronimikroskopia ulostesusensioista ei tuonut tuloksia (tämä asia oli tullut selväksi jo aikaisemmin aikuisten ripuliepidemioiden selvittäessä). Geenimonistukseen perustuva diagnostiikka (PCR) astro- ja kalikivirusten osoittamiseksi sen sijaan paljasti kalikiviruksen keskeisen roolin näissä epidemioiden.

POIKKEUKSELLISEN SITKEITÄ

Kalikivirukset ovat maailmanlaajuisesti levinneitä pieniä RNA-virusia, joiden ensimmäinen tunnistettu edustaja oli nk. Norwalk-agenssi. Ne aiheuttavat lyhyen itämisajan (alle 1 vrk) jälkeen gastroenteriitit, jota kutsutaan talvioksentustaudiksi. Nimikkeistöotkoa on aiheuttanut näiden virusten varsin suuri geneettinen monimuotoisuus. Vasta nyt on selviämässä virusperheen sisäinen jako nk. genoryhmiin. Geneettinen monimuotoisuus on myös syynä siihen, että kattavaa diagnostiikkaa on vaikea pystyttää. Kalikivirukset, samoin kuin astrovirukset, ovat sekä lämpö- että pH-kestävyydeltään poikkeuksellisen sitkeitä. Ne sietävät lämpötilaa 60°C 15 min ja pH-vaihtelua 1,5-9,0 välillä. Ripulipotilas erittää näitä viruksia valtavat määrät, joten mm. likavesien viruskontaminaatio on taattu. Näistä syistä ko. virukset voivat helposti kontaminoida elintarvikkeita.

Ruokatarvikkeiden kontaminaatiolähteen on oltava vahvasti viruspitoinen, koska virukset eivät lisäänty ruokatarvikkeissa. Yleisin lienee (lika)vesikontaminaatio, joka voi tapahtua esim. osteriviljelmillä, mutta myös vihannesten ja marjojen kastelun kautta. Hygienian pettäminen ruoan valmistuksen yhteydessä voi myös johtaa epidemiaan. Tässä raportoitujen tapausten selvittelyssä virusta ei toistaiseksi ole osoitettu epäillyistä elintarvikkeista (tutkimukset vasta alkamassa). Epidemiologinen selvitys on kuitenkin kolmessa ensimmäisessä tapauksessa varsin vahvasti syyllistämässä jälkiruokina tarjottuja ja pakastemarjoja joko sellaisenaan tai sekoitettuna rahkaan, jonka valmistukseen ei myöskään liity kuumennusta.

PITKÄ VAI LYHYT KANTAJUUS

Kuinka luotettavina tähänastisia kalikiviruseräotuksia voidaan pitää? Voisiko ajatella, että varsin yleinen virus löytyy väestöstä epidemiatilanteesta riippumatta, varsinkin kun käytössä on erittäin herkkä tunnistusmenetelmä? Vielä ei ole luotettavaa tietoa siitä, kuinka kauan virusta on PCR:llä osoitettavissa kalikiviruseräotuksen jälkeen. Laajoja terveen väestön tutkimuksia ei myöskään ole tehty, jotta selviäisi löytyykö PCR-tunnistettavaa virusta (viruksia) jonkinlaisena "taustana".

Kalikivirusten varsin suuri geneettinen vaihtelu mahdollistaa epidemiakohtaisen viruskantatunnistuksen: Esimerkiksi Kuopion hotellikeskuksen epidemian yhteydessä tavatut eri genoryhmän virukset sekä vain 4/17 kalikiviruseräotuksen potilaan löytyminen herättävät epäilyä siitä, että vain kalikivirukset olisivat olleet epidemian taustalla. Muissa epidemioiden löydetyt kalikivirukset ovat olleet johdonmukaisesti samaa genoryhmää.

Uudet luodut ovat ainakin alkuun laakaiseet melko tehokkaasti ja kalikivirusten osuus voi helposti saada aikaan vaikutelman, ettei muista tekijöistä (viruksista) juuri kannata välittää. Tämä on luultavasti vain tilastollinen harha ja vasta pitempi-aikainen epidemioiden seuranta paljastaa

Epäillyt ruoka- tai vesiperäiset ripuliepidemiat loka- joulukuussa 1997.

Epidemia	Aika	Sairastuneet/ altistuneet	Näytteitä kpl	Näytteitä patog.bakt	Löydökset virus (genoryhmä)	Epäilty tartuntalähde
Oulu palvelukeskus	X/97	100/300	25 ¹⁾	neg	17 kaliki(G1) ²⁾	pakastemarjat/rahka
Kuopio koululaiset	XI/97	450/13 000	18	neg	14 kaliki(G2)	marjajäädyke
Mikkeli I kokous?	XI/97	25/52	5 ³⁾	neg	3 kaliki (G1)	pakastemarjat/rahka
Kuopio hotellikokous	XI/97	16/28	17	neg	4 kaliki (2 G1, 2 G2)	?
Mikkeli II pikkujoulut	XII/97	16/35	4	neg	4 kaliki (G2)	?
Helsinki päiväkoti	XII/97	15/41	7	neg	ei löydöksiä	?

¹⁾ sisältää 5 oireetonta keittiöhenkilökuntaan kuuluvaa, joista yhden näyte oli positiivinen

²⁾ virusutkimus sisältää ulosteen elektronimikroskopian sekä astro- ja kaliki-PCR:t

³⁾ mukana oireeton emäntä sekä hänen kaksi lastaan (eivät syöneet samaa ateriaa, mutta sairastuivat)

todellisen tilanteen. Virusten osoittaminen elintarvikkeista on virologeille jatkossa tärkeä, mutta myös vaikea haaste. Onnistumisen edellytyksenä on mahdollisimman luokisten näytteiden saaminen hyvin dokumentoiduista epidemioista, kuten kuvatuissa epidemioissa (Kuopiossa, Mikkelissä) on tapahtunut. □

Carl-Henrik von Bonsdorff,
Helsingin yliopisto, Haartman Instituutti,
(09) 1912 6506

Leena Maunula, HYKS-Diagnostiikka

VATSATAUTIEPIDEMIA KUOPIOSSA

*Kuopion kaupungin koululaitoksen 125-vuotisjuhlan kunniaksi kouluissa tarjottiin 14.11.1997 oppilaille, henkilökunnalle ja kutsutuille vieraille juhlalounas, joka aiheutti vatsatautiepide-
mian. Epidemian aiheuttajaksi paljastui ilmeisesti marjoista peräisin oleva kalikivirus.*

Kuopion kouluilla ei ole keskuskeittiötä, vaan suurimmalla osalla on oma valmistuskeittiö ja joillakin pienemmillä kouluilla jakelukeittiö. Keittiöt hankkivat raaka-aineensa itsenäisesti vuosittaisen tarjouskilpailun perusteella. Juhlalounas oli järjestetty tavanomaista juhlavammaksi koulujen yhteiseksi tapahtumaksi, jossa useissa kouluissa tarjoilusta vastasi jokin ulkopuolinen kuten hotelli- ja ravintolaoppilaitos ja ammattioppilaitos. Juhlalounaan rungon muodostivat yhteishankintana ostettu valmis porsaan juhlafilee ja jälkiruokana ulkomaisista pakastevadelmista ja -mansikoista valmistettu teollinen marjajäädyke tarjottiin joko sellaisenaan tai kermavaahdolla ja/tai ulkomaisilla pakastevadelmilla koristeltuna.

PIZZA VAI JUHLALOUNAS

Juhlalounas tarjottiin suurimmaksi osaksi perjantaina, mutta joissakin kouluissa myös lauantaina, joka oli koulupäivä. Joillakin kouluilla lauantain ruokailuun osallistui myös oppilaiden vanhempia ja sisaruk-

sia. Epidemiaepäily heräsi kolmen lukio-ikäistytön sairastuttua. Nämä olivat lauantai-iltana käyneet pizzeriassa ja päivällä syöneet koulussa. Sunnuntaina kaikki olivat pahoinvoivia, vaihtelevasti kuumeisia ja oksentelevia. Aluksi epäily kohdistui nimenomaan lauantai-iltana nautittuun pizzaan, mutta jo sunnuntaina päivystysvastaanotolla kävi saman lukion oppilas samankaltaisiin oirein. Tämä ja maanantain aikana kertynyt tieto käänsi epidemiaepäilyn kouluruokailuun ja tarjottuun juhlalounaaseen.

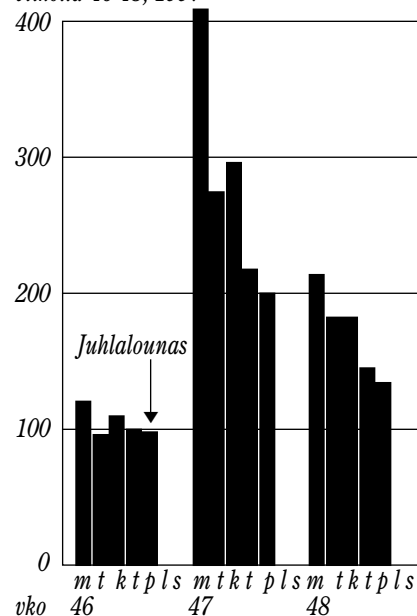
Heti maanantaina epidemian selvitystyö aloitettiin ja selvitysryhmä kokoontui. Tiistaina Savon Sanomat ja paikallisradio tiedottivat kouluissa ilmenneestä epidemiasta, jolloin työryhmälle alkoi todella tulvia tietoa ja epidemian laajuus alkoi hahmottua.

Työryhmä päätti tehdä epidemiologisen kyselytutkimuksen kolmella pienellä koululla, joissa oli runsaasti sairastuneita. 309 oppilaalta saatiin tiedot ruokalaji-kohtaisista altistuksista ja juhla-aterian jälkeen ilmaantuneista oireista: 129 (42 %) oli saanut mahasuolikanavan oireita (vatsakivut, ripuli, oksentelu) ja osalla oli vaihtelevaa kuumeilua. Oireet olivat alkaneet pääasiassa viikonloppuna, itämisaika ja oireiden kesto olivat vajaat kaksi vuorokautta. Kyselylomakkeiden tilastollisen käsittelyn perusteella marjajäädyke osoittautui todennäköiseksi tartunnan välittäjäksi (tapauskertymä 38 % versus 14 %; riskisuhte 2,8; 95 % luottamusväli 1,0-8,2; p < 0,05). Poissaolohuippu kouluissa oli maanantaina. Kerättyjen tietojen ja näytteiden bakteriologisten tulosten kielteisyyden vuoksi epidemian aiheuttajaksi epäiltiin virusinfektiota. Tätä epäilyä tuki myös perheenjäsenten saamat tartunnat.

VIRUSEPÄILY VARMISTUI

Epidemiaepäilyn herääminen heti viikonloppuna oli päivystysvastaanoton valppaiden sairaanhoitajien ansiota. Tapauksen lievyyden ja oireiden alkamisajankohdan vuoksi epidemia olisi voinut jäädä kokonaan huomaamatta. Selvitystyöryhmän työskentely oli tehokasta viime talvisen Niuvanniemen ruokamykytyksen jäljiltä,

Kuopion koulujen poissaolot viikolla 46-48, 1997



samoin yhteydenpito KTL:n infektioepidemiologian osastoon ja muihin asiantuntijoihin oli kunnossa. Tiedostusvälineiden suunnaton kiinnostus epidemiaa kohtaan työllisti ja stressasi tiedotusvastaavaksi nimettyä tartuntatautilääkäriä. Selkeä kömmähdyks tiedottamisessa tapahtui siinä, että koulukeittiöiden emännät jäivät paljolti tiedostusvälineiden jakaman tiedon varaan. □

Paula Hyvönen,
Kuopion kaupungineläinlääkäri
(017) 364 4750

VIRUSPERÄINEN ELINTARVIKEINFEKTIO MIKKELISSÄ

Kunnallinen tartuntatautityöryhmä pääsi joulukuussa Mikkelissä tositoimiin, kun seudun kunnanjohtajat sairastuivat vatsatautiin yhteisen lounaan jälkeen. Selvitystyö onnistui, mahataudin aiheuttajaksi paljastui kalikivirus, jonka ruokailijat olivat saaneet lounaalla tarjotusta vadelmarahkasta.

Joukko maakunnallisia vaikuttajia söi yhteisen lounaan perjantaisen kokouksensa yhteydessä. Viikonloppuun aikana osallistujien keskuudessa alkoi puhjeta vatsatauti. Viikonloppuun jälkeen osallistujat ilmoittivat asiasta ruokapaikkaan, josta tieto kulki tiistaina kunnalliseen työterveyshuoltoon. Työterveyshuolto puolestaan otti yhteyttä tartuntataudeista vastaavaan lääkäriin sekä terveysvalvontaan ja selvitystyö saattoi alkaa.

SELVITYSTYÖSSÄ RUTIINIA

Mikkelissä on jo yli kymmenen vuotta toiminut ruokamykytyksen selvitystyöryhmä, johon kuuluvat tartuntatautilääkäri ja -terveydenhoitaja, terveystarkastaja, laboratoriolääkäri sekä terveysvalvonnan johtaja, joka toimii ryhmän puheenjohtajana

ja johtaa selvitystyötä, tekee lakisäätiset ilmoittamiset sekä tarvittaessa on yhteydessä tiedotusvälineisiin. Selvitystyöryhmä päätti, että lääkäri tiedottaa asiasta lääkäreiden vastaanotoille ja että epäilyilmoitus KTL:een tehdään heti ensiselvitysten jälkeen, kunhan on selvinnyt, onko todella kyseessä ruokamyrkytyspäily.

Terveysvalvonta lähti heti tapahtumapaikalle. Siellä haastateltiin keittiöhenkilökunta, tarkistettiin sekä keittiön että omavalvonnan toimivuus, otettiin elintarvikenäytteitä sekä pyydettiin ulostenäytteet henkilökunnalta. Henkilökunnalta kysyttiin pikkutarkasti, mitä ruokia oli ollut tarjolla ja miten ne oli valmistettu. Erityisesti tässä vaiheessa kiinnitettiin huomiota ruokien kypsennyslämpötiloihin, jäädytyksen tehokkuuteen sekä uudelleen lämmittämiseen. Elintarvikenäytteiksi otettiin kaikkia niitä elintarvikkeita, joita oli vielä tallella. Ilmeni, että keittiöhenkilökunta oli vienyt kotiinsa ruuantähteitä, sekä lämmitä että jälkiruokaa, ja lämmitä ruokaa oli vielä tiistaina jäljellä. Näytteeksi mikrobiologiseen tutkimukseen otettiin myös sillä hetkellä tarjolla olevia ruokia. Nämä siksi, että ne kuvastivat keittiön yleistä hygienian tasoa. Ulostenäytteet pyydettiin henkilökunnalta salmonellatutkimuksen varalta.

Koska perjantain kokouksen osallistui vain 52 henkilön ryhmä, mukaan lukien keittiöhenkilökunta, haastateltiin kaikki mahdollisesti altistuneet kyselylomakkeella. Yhteensä tehtiin 49 haastattelua. Lomaketiedot syötettiin tilastotieto-ohjelmaan ja aineistosta ajettiin epidemiaa kuvaavaa tietoa kuten itämisaika, oirejakama, oireiden kesto ja ruoka-ainekohtaiset altistumiset.

Samaan aikaan, kun terveysvalvonta teki selvitystyötä, kävi kaksi sairastuneista lääkärin vastaanotolla voimakkaiden vatsatautioreiden vuoksi. Koska tässä vaiheessa oli jo selvinnyt, että mahatauti oli levinnyt myös perheenjäseniin ja kyseessä saattoi olla virus, otettiin ulostenäytteet virus-tutkimusta varten.

TULOKSET

Elintarvikenäytteistä ei löytynyt mitään epäilyttävää. Ruokamyrkytysbakteereita ei kasvanut ja näytteet olivat hygieeniseltä laadultaan moitteettomia. Ulostenäytteistä ei kasvanut ruokamyrkytysbakteereita. Kyselylomakkeen tilastollinen käsittely sen sijaan tuotti tulosta. Puolet altistuneista oli sairastunut. Taudin keskimääräinen itämisaika oli 44 tuntia ja oireiden keskimääräinen kesto oli samoin 44 tuntia. Pääasialliset oireet olivat sairastuneilla pahoinvointi (84 %), mahakipu (56 %), kuume (56 %), päänsärky (52 %), ripuli (36 %) ja oksentelu (20 %). Analyysi paljasti yksiselitteisesti, että marjarahkan syöminen oli aiheuttanut taudin (tapaukskertymä 92 % versus 13 %; riskisuhte 7.4; 95 % luottamusväli 1.2-46.4; p < 0.01). Lisäksi selvisi, että niissä kodeissa, jonne henkilökunta oli vienyt marjarahkaa, myös lapset olivat sairastuneet samatyypisissä oirein. Tuloksen selvittyä ruokalan emännän kanssa käytiin

vielä yksityiskohtaisesti läpi rahkan valmistusprosessi ja todettiin, että viruksen on pitänyt joutua rahkaan ulkomaisten pakastemarjojen kautta. Rahkan tekijän ulostenäyte ei sisältänyt virusta.

POHDINTA

Mikkelissä ei ole muutama vuoteen sattunut laajaa ruokamyrkytystä, mutta perusvalmiutta selvitystyön tekemiseen on voitu ylläpitää, koska kaikkiin epäilyihin suhtaudutaan aina vakavasti ja selvitystyö käynnistetään aina heti. Jos näyttää siltä, että kyseessä on ollut väärä hälytys, työ keskeytetään. Nyt kokeiltiin ensimmäistä kertaa uutta ilmoitusmenetelmää, joka todettiin toimivaksi. Vaikka varsinainen selvitystyö tehtiinkin Mikkelissä, oltiin kiinteässä yhteydessä KTL:een. Ilman tätä tuskin olisi selvinnyt aikaisessa vaiheessa, että samankaltaisia epidemioita oli muualakin Suomessa.

Altistuneiden tarkka haastatteleminen on erittäin tärkeää. Tätä varten pitää laatia lomake, jonka haastateltava voi helposti täyttää. Jotta syödyt ruokalajit saataisiin tarkasti selvitettyä, on lomakkeeseen aina esitettävä kaikki tarjolla olleet ruokalajit. Muutoin tämä kohta tulee puutteellisesti täytetyksi.

Virusten myötä terveysvalvonnan pitää kiinnittää huomiota uusiin ruokalajeihin kuten tuoreisiin kasviksiin ja jälkiruokiin. Perinteisesti terveysvalvonta on kiinnittänyt eniten huomiota kypsennettyihin tuotteisiin ja valkuaispitoisiin jälkiruokiin. Jatkossa pitää vielä tarkemmin käydä läpi kaikki tarjolla olevat ruoat. Virusten varalta ulostenäytteet on pyydetävä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Mikkelissä tapauksen jälkeen on otettu käytännöksi, että ainakin muutama ulostenäyte pyydetään aina virustutkimusta varten. Nämä voidaan jättää tutkimatta, mikäli selvitystyön edetessä ne huomataan tarpeettomiksi.

Koska tieto ruokamyrkytyspäilystä tulee usein ruokailusta vasta muutaman päivän päästä, käy usein niin, ettei tarjolla olleita ruokia ole jäljellä. Olemmekin suositelleet kaikille suurralouksille, että he osana omavalvontaa ottaisivat näytteitä tarjolla olleista ruuista ja säilyttäisivät niitä viikon, minkä jälkeen näytteet voidaan heittää pois. Tämä toteutuu ainakin isoissa suurralouksissa. Tilastollisesta tietojen käsittelystä on apua epidemian luonnetta selvittäessä ja kunnissa pitäisikin olla käytössä jokin tilasto-ohjelma, jolla ruokamyrkytyksiä voidaan selvittää. □

Maria Närhinen,
Mikkelin seudun ympäristökeskus
(015) 201 1701

EUROSURVEILLANCE

<http://www.b3e.jussieu.fr/ceses/eurosurv>

EUROSURVEILLANCE WEEKLY

<http://www.eurosurv.org>

SINISIMPUKAT SAIRASTUTTIVAT 15 KALIKIVIRUS-EPIDEMIAAN

Tammikuun alussa Helsingissä todettiin sinisimpukoihin liittyvä kalikivirusepidemia. Kaksi eri seuruetta, yhteensä 15 henkilöä, oli ravintolassa syönyt sinisimpukoita joko keitettynä tai gratinoituina. Seuraavaan aamuun mennessä 10 henkilöä oli sairastunut gastroenteriittioireisiin. Oireet korjaantuivat muutaman vuorokauden sisällä.

Sairastuneista kaikki, paitsi yksi, oli syönyt sinisimpukat pelkästään keitettynä. Yksi henkilö, jolla oli epämääräisempiä oireita, oli syönyt uunissa gratinoituja sinisimpukoita. Ulosteviljelyssä ei todettu patogeeneja bakteereja, sen sijaan näytteistä löytyi kalikivirusta. Samasta tuontierästä oli toimitettu sinisimpukoita useaan helsinkiläiseen ravintolaan sekä lisäksi kolme eri paikkakunnalle Etelä-Suomessa. Mitään ilmoitusta sairastumisista muualta ei ole tullut. On ilmeistä että sairastumiseen vaikutti sinisimpukoiden valmistustapa ja siinä mahdollisesti tapahtuneet virheet.

TARKKUUTTA SIMPUKOIDEN KÄSITTELYYN

Sinisimpukat keitetään aina ennen nauttimista. Niitä ei syödä ostereiden tapaan raakoina. Mikäli kuumenen ei ole riittävä, eli simpukoiden sisälämpötila ei saavuta vähintään +65° C lämpötilaa, simpukoissa mahdollisesti olevat patogeeniset virukset jäävät henkiin ja voivat aiheuttaa ruokamyrkytyksiä. Viime vuosina ulkomailta on raportoitu simpukoiden välittämänä etenkin kalikivirusepidemioita.

Simpukat tuodaan elävänä kylmäkuljetuksia käyttäen maahamme. Simpukoita ei tulisi käyttää 10 päivää pidempään siitä, kun ne on nostettu vedestä. Jotta simpukoissa olevat mikrobit eivät pääsisi liiaksi lisääntymään, kylmäketjun jatkuvuudesta tulisi pitää huolta ja pitää säilytyslämpötila 0-+3° C:ssa.

Ravintolassa simpukat tarkistetaan saapumisen jälkeen, huuhdellaan kylmässä vedessä ja puhdistetaan yksin kappalein. Ne, joiden kuori on auki ja jotka ulkonäön perusteella vaikuttavat kuolleilta tai jotka eivät reagoi kuorta liikuttamalla sitä napautettaessa tai joiden kuori on rikkonainen, heitetään pois.

RIITTÄVÄ KUUMENNUS

Koska nestettä, etenkin pelkkää valkoviiniä, käytetään vähän, vain alimmat simpukat joutuvat kosketuksiin kiehuvan nesteen kanssa, ylempät vain höyryn kanssa. Tästäkin syystä keittämisen tulisi tapahtua kannen alla. Lisäksi keittämisen aikana simpukoita tulisi siirrellä siten, että kaikki jatkuu sivulla 9

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

LABORATORIOIDEN MIKROBILÖYDÖKSET



INFEKTIONSSJUKDOMAR I FINLAND

RAPPORTERADE MIKROBFYND

VIROLOGINEN EPIDEMIA-TILANNE 19.1.-22.2.1998

VIROSLABORATIOIDEN LÖYDÖSTEN PERUSTEELLA

Jaksoa hallitsi influenssa-A -epidemia alkaminen ja nopea leviäminen. Kyseessä oli alatyypin H3N2, ja pitemmälle tyypitetystä 21 viruskannasta 13 (62 %) edusti alatyypin Sydney ja 8 (38 %) A Wuhan- ja Nanchang-kaltaisia viruksia (erittäin läheinen sukulaisuus). Talven influenssarokotteessa oli Wuhan-tyypin A-virusta, joten rokote antaa jonkin verran paremman suojan tätä kuin Sydney-virusta vastaan. Suojan todellinen tehokkuus kumpaakin vastaan selvinnee epidemian edetessä.

Influenssapotilaat ovat sekä lapsia että eri-ikäisiä aikuisia. Tyypilliset varuskuntaepidemia-aloitukset, mutta helmikuun lopulla tauti eteni työpaikoille ja kouluihin sekä päiväkerhoihin. Eräissä Pohjois-Suomen varuskunnissa influenssan ohella esiintyy lisääntyvästi myös adenoviruksen aiheuttamia kuumeisia hengitystieinfektioita, joita kliinisesti ei voi varmasti erottaa influenssasta. Influenssatiedot perustuvat lähinnä Reijo Pyhälän selvityksiin, joista tarkemmin www-sivulla (<http://www.ktl.fi/flu/index.html>).

Influenssan lisääntymisen vastapainoksi RSV-epidemia on hellittämässä, potilaiden joukossa on nyt pikkulasten lisäksi myös runsaasti ikääntyneempää väkeä. Joiltakin potilailta löytyi sekä RSV että influenssa-A.

Mycoplasma pneumoniae-infektioiden määrä on lievästi lisääntymässä etenkin Pohjois-Suomessa. Lieneekö nyt mykoplasma-epidemia alkamassa pitkällisen hiljaiselon jälkeen. Edellinen selvä mykoplasma-epidemia loppuvuotena 1995. Toki *M. pneumoniae*-infektioita samoin kuin *Chlamydia pneumoniae*-infektioita esiintyy endeemisinä kaiken aikaa. Kuopiossa ja Helsingissä on löytynyt pari mykoplasmatapausta äskettäin käyttöön otetulla PCR-menetelmällä, toisella potilaalla ysköksestä, toisella pleurapunktaatista.

Kalikkivirukset ovat jälleen paljastuneet paikallisten ruokamyrkytys-epidemioiden aiheuttajiksi ainakin eräissä Etelä-Suomen varuskunnissa, pohjoisen terveyskeskuksen vuodeosastolla ja erään pankin henkilökunnassa. Myös rotavirusta on löytynyt hiukan entistä enemmän. □

Mariaana Kleemola, KTL

(09) 4744 8310, marjaana.kleemola@ktl.fi

VIROLOGINEN RAPORTTI*

VIROLOGISK RAPPORT*

	19.1.98- 22.2.98	22.12.97- 18.1.98	27.1.- 23.2.97	Kertymä 22.2.1998 Totalt	Kertymä 23.2.1997 Totalt
<i>Hepatitis A</i>	5	3	4	8	8
<i>Hepatitis B</i>	73	47	61	117	115
<i>Hepatitis C</i>	264	128	158	374	291
<i>Hepatitis D</i>	0	0	0	0	0
<i>Hepatitis E</i>	0	0	0	0	0
<i>Morbilli</i>	0	0	0	0	1
<i>Parotitis epidemica</i>	0	0	1	0	1
<i>Rubella</i>	0	0	1	0	1
<i>Adeno</i>	46	35	49	79	97
<i>Enterovirus</i>	10	13	13	23	26
<i>Influenza A</i>	277	2	174	279	278
<i>Influenza B</i>	5	0	73	5	83
<i>Parainfluenza</i>	18	12	12	27	17
<i>Parvo</i>	8	4	12	12	19
<i>Puumala</i> (Myyräkuumevirus)	100	115	39	213	145
<i>Respiratory syncytial</i> <i>virus</i>	245	532	21	641	39
<i>Corona</i>	0	0	3	0	3
<i>Rota</i>	118	75	55	186	69
<i>Sindbis</i> (Pogosta)	0	0	0	0	0
<i>Tick-borne encephalitis</i>	0	0	0	0	0
<i>Dengue</i>	0	2	0	2	1
<i>Rhino</i>	3	7	3	10	7
<i>PPV</i>	2	1	1	3	2
<i>Calici</i>	19	19	..
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	26	21	24	45	36
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	32	12	19	43	33

* Tiedot löydöksistä on saatu seuraavilta laboratorioilta: HYKS-Diagnostiikka, Turun yliopiston kliinisteoreettinen laitos (virusoppi), Kuopion yliopiston kliinisen mikrobiologian laitos, Tampereen yliopistollisen sairaalan viruslaboratorio, Kansanterveyslaitos, Oulun yliopiston mikrobiologian laitos, Medix, Jorvin sairaala, Yhtyneet Laboratoriot

TARTUNTATAUTITILANNE

Tarkastelujakson tartuntatautitilannetta luonnehtii influenssa A-epidemia alkaminen myös Suomessa.

Bakteeripuolella suolistopatogeenit ovat olleet edelleen pääosissa. Joulukuun loppupuolella alkaneessa *Salmonella newport*-epidemiassa on sairastuneita kaikkiaan 92. Hausjärven ja Kiimingin osapidemioiden suunnatut kyselytutkimukset ovat analyysivaiheessa ja niiden tuloksista raportoidaan myöhemmin Kansanterveys-lehdessä. Tä-

män epidemian tiimoilta kysely lähetettiin internetin kautta muualle Eurooppaan. Tarkoitus oli saada tietoa *S. newport*-tilanteesta muualla. Englannin ja Walesin kollegamme Public Health Laboratory Servicestä (PHLS) ilmoittivat rypäistä kolmessa eri paikassa, joista yksi oli Lontoo. Siellä yhdellä sairastuneella oli yhteys Suomen epidemiaan. Suomalaisia bakteerikantoja brittiläisiin vertaamalla kantojen todettiin olevan faagityypiltään samanlaisia. Mahdollista yhteistä infektiota alkuperää selvittämään nyt yhteisvoimin.

Tammikuun lopussa Thaimaasta tuodut simpukat aiheuttivat koleran keski-ikäiselle naiselle Suomessa. Ulosteesta viljeltiin

Vibrio cholerae O1 Ogawa ja sama bakteeri eristettiin myös jäljelle jääneistä, pakasteista simpukoista. Samaan aikaan saatiin tietoa internetin välityksellä siitä, että Thaimaasta tuotetut simpukat olivat sairastuttaneet koleraan kuusi Hongkongissa. Tämän vuoksi Hongkongin hallitus tehostaa jatkossa Thaimaasta tuotavien simpukoiden valvontaa. Edellinen koleratapaus oli Suomessa vuonna 1995 ja silloin tartunta oli saatu ulkomailla.

EHEC-tapaukset lisääntyvät tasaisesti, tämän vuoden puolella diagnosoituja tapauksia on nyt 18. Yhteistä alkuperää tartunnoille ei ole löydetty.

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET / VALTAKUNNALLINEN TÄRTUNTATAUTIREKISTERI
RAPPORTERADE MIKROBFYND / RIKSOMFATTANDE REGISTER ÖVER SMITTSAMMA SJUKDOMAR

	Syyskuu September 1997 1996		Lokakuu Oktober 1997 1996		Marraskuu November 1997 1996		Joulukuu Desember 1997 1996		Yhteensä Total 1997 1996		Tammikuu January 1998 1997	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	24	18	38	25	31	32	24	28	351	342	23	40
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	14	27	23	35	15	49	23	36	224	467	34	37
Pertussis	44	58	61	66	50	80	41	83	606	586	46	91
Adenovirus	64	64	66	81	61	93	45	81	671	693	51	69
Influenssa A-virus	3	1	0	1	1	15	0	34	315	509	30	143
Influenssa B-virus	1	1	1	1	0	1	0	1	229	76	1	36
Parainfluenssavirus	3	3	9	8	16	3	17	5	237	182	11	14
RSV (respiratory syncytial virus)	41	2	78	3	272	3	768	5	1953	961	331	24
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER												
Salmonella	278	256	209	279	174	287	269	199	2879	2730	215	194
Shigella	14	13	5	12	4	5	7	14	103	100	7	10
Yersinia	57	79	42	62	30	62	36	44	703	852	40	52
Kampylo	222	196	200	239	138	223	110	155	2404	2629	124	134
<i>Clostridium difficile</i>	367	380	357	352	275	359	226	336	4082	3975	**	
Rotavirus	18	13	20	13	65	14	112	11	1112	1507	179	32
Kryptosporidia	3	0	1	0	1	0	1	0	16	11	0	2
Giardia	44	12	28	21	27	16	16	29	333	261	20	26
Ameba (<i>E. histolytica</i>)	9	9	11	15	15	13	9	12	164	122	7	17
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A-virus	9	8	16	35	8	19	5	9	143	155	4	3
Hepatitis B-virus	46	53	54	64	31	65	34	47	579	609	44	58
Hepatitis C-virus	189	151	184	144	134	159	151	108	1879	1774	155	137
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	916	808	857	863	822	772	774	673	9478	8696	899	859
HI-virus	8	8	8	3	6	5	3	6	71	69	7	13
Gonokokki	21	19	18	22	12	12	15	14	185	211	21	13
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	9	20	6	18	9	22	4	10	128	188	4	11
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	54	44	55	48	42	39	87	62	589	538	38	44
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	4	3	8	4	6	2	6	6	81	60	7	12
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	12	7	16	15	3	10	12	16	140	141	11	9
Meningokokki	3	4	3	6	1	6	4	8	46	76	10	4
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
MRSA	4	13	10	2	15	7	14	6	105	108	17	8
Pneumokokki (PenR)	10	6	12	12	13	16	10	6	146	93	4	15
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	103	58	78	49	48	37	30	21	538	449	22	23
Tularemia	42	257	7	60	2	7	2	1	109	397	0	1
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	36	46	33	44	29	37	28	38	442	511	17	50
Coxsackie B-virus	1	3	1	1	0	1	1	0	5	16	0	0
Echovirus	9	30	4	25	2	23	3	10	39	101	1	3
Enterovirus	23	11	17	8	9	3	5	1	71	33	6	3
Parvovirus	1	1	2	1	3	9	2	5	53	50	3	14
Puumalavirus	55	102	73	105	96	111	152	113	758	907	86	84
Malaria	6	1	3	3	2	6	4	4	57	43	4	6

* sis./inkl. *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*

** seuranta lopetettu

Listeria monocytogenes -tapauksia on syyskuusta tähän päivään mennessä ollut 50. Lukumäärä on kaksinkertainen aikaisempien vuosien vastaavaan ajanjaksoon verrattuna. Sairastuneet ovat pääasiassa kuuluneet riskiryhmiin, mutta joukossa on ollut joitakin 'perusterveitäkin'. Tilannetta on pohdittu yhdessä EELA:n, Elintarvikeviraston ja Eläinlääketieteellisen tiedekunnan elintarvikehygienian laitoksen kanssa. Jatkossa on päätetty pyrkiä potilaiden syvähaastatteluun mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Hinkuyskää on liikkeellä edelleen. *Bordetella pertussis* -insidenssi on ollut suurin jo monen kuukauden ajan Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (19,2 tapausta/100 000 asukasta vs koko maa 0,99). Kanuksen terveyskeskukseen tehdyn tiedustelun perusteella pitkään yskineitä potilaita on runsaasti. He ovat koululaisia, iältään kymmenen vuoden molemmin puolin. Terveyskeskuksen johtava lääkäri painotti sitä, että tehostunut näytteiden otto lisää diagnosoitujen tapausten lukumäärää. □

Maarit Kokki, KTL
(09) 4744 8690, maarit.kokki@ktl.fi

LÄÄKEHOITO HÄMMENTÄÄ AIDS-TILASTOJA

Kansainväliset tilastot HIV-epidemian leviämistä ovat perustuneet AIDS-tapausten laskentaan, se on parhaimmillaan heijastanut kymmenen vuotta ajastaan jäljessä olevaa tilannetta. Suunnatut seroepidemiologiset tutkimukset ovat koko ajan osoittaneet, että todellinen epidemia on paljon laajempi.

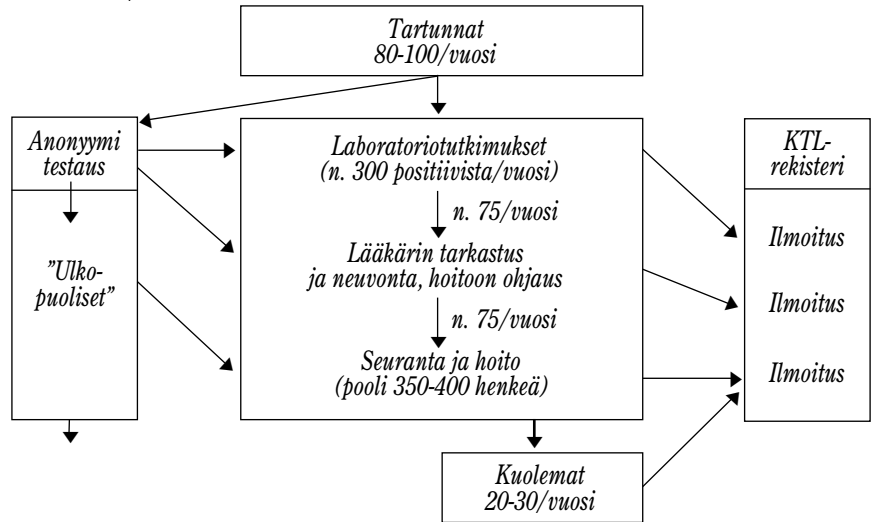
Uudet lääkkeet näyttävät siirtävän taudin kliinistä puhkeamista kauaksi tulevaisuuteen. AIDS-tapausten määrä ja jakautuma kuvastavatkin entistä huonommin todellisuutta. Valistuksen ja terveyspolitiikan päätösten on perustuttava ajantasaisempaan tilanteeseen. AIDS-tilastot on korvattava HIV-tilastoilla. Suomessa molempia on käytetty rinnan jo toista kymmentä vuotta.

Hyvän epidemiasurannan tärkein ominaisuus on, että siitä saadaan ajantasaista tietoa sairauden ilmaantuvuudesta, insidenssistä. HIVin kohdalla tämä ei ole helppoa, koska vain osa tartunnan saaneista hakeutuu testiin pian tartunnan jälkeen ja myöhemmin paljastuneissa tapauksissa saadaan luotettavaa tietoa tartunnan mahdollisesta ajankohdasta vain harvoin.

TESTIIN HAKEUTUMISTA TÄYTY EDISTÄÄ

Tilannetta voidaan parantaa lisäämällä testaukseen hakeutumista. Tähän voidaan vaikuttaa valistuksella, mutta vielä tärkeämpää on testauskynnyksen madaltaminen. Luontevasti tapahtuva anonyymi testaus parantaa tilannetta huomattavasti. Mikäli tartunta paljastuu, myös kynnyksen hakeutua

Suomen HIV/AIDS-seuranta



lääkärin tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoon on oltava matala. Tähän auttaa hoidon ja tutkimuksen maksuttomuus, mutta vieläkin enemmän tarkka luottamuksellisuuden vaaliminen. Lääkärin pakeille HIV-tartunnan vuoksi hakeutuvan on oltava varma siitä, että hän saa asiallisen kohtelun eivätkä hänen tietonsa joudu sivullisten tietoon missään olosuhteissa. Kontaktijäljityksellä joskus voidaan edesauttaa sitä, että tartunnan saanut hakeutuu testiin, mutta se ei saa häiritä luottamuksellisen suhteen syntymistä potilaan ja lääkärin välille.

Yhä aikaisemmin aloitettava ja ratkaisevasti aiemmasta tehostunut lääkkeitökin vaikuttaa päätökseen hakeutua lääkäriin nopeasti mahdollisen tartunnan jälkeen. Suomessa, jossa tartunnan saaneita on vähän ja terveydenhuollon voimavarat suuret, tulisi kansalliseksi tavoitteeksi asettaa se, että kaikki tartunnan saaneet saisivat heille parhaiten sopivaa yhdistelmähoitoa, joka aloitetaan heidän kannaltaan optimaalisena ajankohdana ja mahdollisimman aikaisin. Tämä paitsi edistäisi tilanteen seuranta, todennäköisesti myös jarruttaisi epidemian leviämistä saattamalla tartunnan kantajat tehokkaan neuvonnan piiriin ja luultavasti – tosin vielä tutkimuksin vahvistamatta – vähentämällä heidän tartuttavuuttaan.

RISKIRYHMÄT EDELLEEN MERKITTÄVIÄ

HIV-tartunnat keskittyvät selkeästi riskiryhmiin eikä kansallisella tai alueellisella seurannalla saada ehkäisyn kannalta paras mahdollista tietoa. Vaikka miesten välisessä seksissä saatu tartunta on edelleen Suomessakin merkittävä, sen suhteellinen osuus on vähentynyt. Yhä suurempi osa tartunnoista saadaan satunnaisissa seksisuhteissa ja etenkin monissa turistikohdeina suosituissa maissa HIV-tartunnan vaara on varsin suuri.

Suomessa huumeiden käyttöön on toistaiseksi yhdistynyt vain joitakin kymmeniä tapauksia, mutta huumeiden käyttäjillä todettu hepatiitti C-tartuntojen yleisyys ja äskettäin hepatiitti A-epidemia kertovat, että mahdollisuus HIVinkin leviämiseen on jatkuvasti olemassa. Eräissä maissa prosti-

tuutio on ollut merkittävä HIVin levittäjä, mutta useimmissa länsimaissa HIV on ollut prostituoiduilla hyvin harvinainen eikä heillä ole ollut juurikaan osuutta HIV-tartuntojen levittämisessä. Prostituoitujen valistaminen ja tuki asiakkaiden usein piittaamaton käytöstä vastaan on tässä ryhmässä parasta ehkäisyä.

RASKAUDENAIKAISET TESTIT OSANA EHKÄISYSTRATEGIAA

Suomessa tämän vuoden alusta lähtien on tarjottu kaikille odottaville äideille HIV-testiä osana muita raskauden aikana tehtäviä tutkimuksia. Meillä äidistä lapsen tapahtuvat tartunnat ovat harvinaisia, tapauksia on vähemmän kuin kymmenen vuodessa. Testi tarjoaa myös jokaiselle äidille tilaisuuden keskustella ja pohdiskella HIV-ehkäisyyn liittyviä asioita ja on samalla haaste maamme äitiyshuollolle alan neuvonnan ja tuen antajana. Järjestelmä palvelee osaltaan HIV-tapausten aikaista havaitsemista, lisäksi lääkehoidolla tartunnan siirtyminen äidistä lapseen voidaan estää.

SUOMESSA HYVÄ SEURANTA- JA TORJUNTAJÄRJESTELMÄ

HIV- ja AIDS-tilastojen valossa Suomessa tartuntoja on vähemmän kuin missään muussa läntisen Euroopan maassa. Tähän ovat vaikuttaneet monet tekijät, joista kaikki eivät ole ehkäisevän terveydenhuoltomme ansiota. Tästä huolimatta voimme olla kansallisesti ylpeitä tästä saavutuksesta. Samalla on tietenkin ponnisteltava kaikin keinoin tilanteen säilyttämiseksi yhtä hyvänä.

Suomen seurantajärjestelmä on myös yksi maailman parhaita, vaikka parantamisen kohteita vielä löytyykin. Takaisinlaskentaa, vertailua, suunnattuja seroepidemiologia tutkimuksia ja eräitä muita tietoja käyttäen olemme voineet päätellä, että keräämämme HIV-tilastot ovat ilmeisen hyvin kuvastaneet todellista tilannetta. Monissa läntisissä maissa ollaan uudistamassa HIV-epidemian seurantajärjestelmiä siksi, ettei aikaisempi AIDS-tapauksiin perustuva tilastointi anna enää juuri minkäänlaista kuvaa tämän hetken tilanteesta. Näyttää ilmeiseltä, että käyttämämme seuranta- ja ilmoitusjärjestelmä on

kutakuinkin sellainen, mihin näissä maissa pyritään. □

Pauli Lenikki, KTL
(09) 4744 8403, pauli.lenikki@ktl.fi

HEPATIITTI C -TAPAUSTEN ILMOITTAMINEN TARTUNTATAUTI- REKISTERIIN

Vuoden alusta astui voimaan tartuntatautirekisteriin ilmoittamista koskevat uudet ohjeet, joiden mukaan myös hepatiitti C -tartunnoista on tehtävä lääkärin ilmoitus. Ilmoitusta tarvitaan tartunnan riskitekijöiden selvittämiseksi ja nykyistä paremman kuvan saamiseksi hepatiitti C -epidemian todellisesta luonteesta.

Jotta tietomme epidemista olisivat mahdollisimman täsmällisiä, on lääkärin ilmoitus tarpeen kaikista todetuista tapauksista riippumatta siitä, onko tapauksesta tehty aikaisemmin esimerkiksi laboratorioilmoitus. Tämä saattaa johtaa vaikeuksiin ilmoitusten määrän vuoksi sellaisten lääkärin kohdalla, joiden potilaista suuri osa on tiedossa olevia HCV-tartunnan kantajia. Lääkärin tartuntatauti-ilmoitus toivotaan kuitenkin tehtävän niin pian kuin se on mahdollista. □

RIFT VALLEY -KUUME

Rift Valley -kuume riehuu parhaillaan Keniassa ja Somaliassa. Tauti tarttuu eläimistä ihmisiin ja voi olla kohtalokas, joskin useimmiten kyseessä lienee lieväoireinen kuumatauti.

Rift Valley -kuume (Rift Valley Fever, RVF) on lampaiden, vuohien, kamelien ja nautakarjan virustauti, jota esiintyy laajalla alueella Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Virus tappaa erityisesti vastasyntyneitä eläimiä ja aiheuttaa tiineissä eläimissä herkästi keskenmenoja. Taudin aiheuttaja kuuluu *Bunyaviridae*-heimon phleboviruksiin. Tauti tunnistettiin jo vuosisadan vaihteessa Kenian Rift Valleyssa ja virus eristettiin v. 1930. Tautia esiintyy tyypillisesti hyvin laajoina epidemioina, mm. 1950-51 Etelä-Afrikassa puoli miljoonaa lammasta abortoi ja 100 000 kuoli.

Tauti leviää eläimistä ihmisiin joko hysten välityksellä tai suorassa kontaktissa. Parhaillaan Rift Valley -kuume riehuu itäisessä Afrikassa Keniassa ja Somaliassa. Vuoden 1977-78 laajassa RVF-epidemiassa Egyptissä sairastui 200 000 ihmistä, joista noin 600 kuoli, lähinnä enkefaliittiin ja verenvuotokuumeeseen. Laaja epidemia koettiin vuonna 1987 Länsi-Afrikan Mauritaniassa ja Senegalissa, 1993 jälleen Egyptissä.

Edellytykset epidemialle syntyvät runsai-

den sateiden ja tulvien jälkeen, mutta myös erilaiset patorakennelmat ja vesialtaat voivat tarjota oivan lisääntymismahdollisuuden RVF-virusta kantaville ja levittäville hyttysille. Virus lisääntyy varsin monissa hyttyslajeissa ja siirtyy eräissä myös transovariaalisesti sukupolvesta toiseen. Virus voi siten säilyä vuosia hyttysten munissa, jotka odottelevat sadetta kuivuneessa mudassa. Nisäkkäissä virus säilyy kolmen viikkoa. Tauti kulkeutuu helposti karjan kuljetusten myötä ja leviää esim. sairaita eläimiä teurastettaessa.

ROKOTE KARJALLE, EI IHMISILLE

Virusinfektio itää 2-6 vrk, ja ihmisillä oireina muutaman päivän ajan on kuumetta, päänsärkyä, lihaskipuja ja pahoinvointia. Harvoille (n. 1 %) kehittyä akuutin vaiheen komplikaationa verenvuotokuumeen taudinkuva ja/tai maksanekroosi. Myöhäiskomplikaationa, jolloin taudinkulku on bifaasinen, esiintyy enkefaliittia ja joskus pysyväänkin näönmenetykseen johtavia retiniittia ja uveittia. Virus on eristettävissä potilaasta taudin akuutissa vaiheessa, tarkkaan diagnoosiin päästään myös osoittamalla virusan tigeenia tai -nukleinihappoa, IgM-luokan vasta-aineita tai kokonaisvasta-ainetasoa nousu. Karjalle on toimivia RVF-rokotteita, mutta ihmiskäyttöön ei sellaista ole rekisteröity; tutkijoiden suojaksi "koekäytössä" on kuitenkin ilmeisen tehokas inaktivoitu rokote. Ribaviriinilääkitys tehoaa koe-eläimillä (apinoilla), tehosta ihmisillä ei ole tietoa. RVF-potilaat eivät tartuta, paitsi ehkä veriteitse; muita erityisiä eristystoimenpiteitä ei RVF:n vuoksi potilashoidossa tarvita.

NYT KUOLLEITA LÄHES 500

Nykyinen epidemia Keniassa ja Somaliassa alkoi rankkojen sateiden myötä marras-joulukuussa. WHO arvioi, että tautiin on kuollut 350-400 ihmistä Kenian luoteisosissa ja 80 Etelä-Somaliassa. Epidemian selvittelyä on haitannut maiden sekava poliittinen tilanne ja tulvien myötä mahdolltomiksi käyneet liikenneyhteydet syrjäisille epidemia-alueille. Silminnäkijäraportit kertovat kuitenkin paitsi karjan joukkotuhoista, myös sairastuneiden ihmisten paikoin korkeasta kuolleisuudesta verenvuotokuumekomplikaatioihin (mikä on epätyypillistä RVF:lle). Useiden tapausten raportoitiin olleen seurausta sairastuneiden eläinten teurastamisesta tai muusta käsittelystä (mikä taas sopii RVF:een).

Vahvistus siitä, että kyseessä on RVF-virus saatiin eristämällä virus ja osoittamalla IgM-luokan vasta-aineita sairastuneilta. RVF-tapausten on sittemmin raportoitu levinneen myös laajemmalle alueelle Keniassa ja Somaliassa. Verenvuotokuumeepotilaista kuitenkin vain kolmasosalla on ollut RVF-virus-IgM-vasta-aineita, joten on todennäköistä, että RVF:n lisäksi paikallisten verenvuotokuume-epidemioiden syynä on myös jokin muu infektiotai toksinen tekijä.

WHO:n suositusten mukaan matkoja Keniaan ei tarvitse peruuttaa, mutta erityisesti epidemia-alueille matkustaessa on syytä suojautua hyttysenpistoilta sekä välttää kontaktia sairaisiin eläimiin.

Lisätietoja epidemiatilanteesta saa internetistä esim. www.geocities.com/HotSprings/2188/rvf.html
www.outbreak.org
www.who.ch/programmes/emc/news.htm
Olli Vapalahti ja Antti Vaheri
Helsingin yliopisto, Haartman-instituutti,
Virologian osasto, (09) 1911,
oli.vapalahti@helsinki.fi,
antti.vaheri@helsinki.fi

TARTUNTATAUTIEN NEUVOTTELUKUNNAN KOKOUS 12.2.1998

Useamman kuukauden tauon jälkeen kokoontunut TTNK käsitteli kokouksessaan kahta keskeistä asiaa; kansallisen mikrobilääkepolitiikan asiantuntijatyöryhmän tarvetta ja potilasvahinkoläkityöryhmän lakimuutosehdotuksia infektioiden osalta. Ennen näitä kysymyksiä keskusteltiin ajankohtaisista asioista, joita olivat mm. EHEC-tilanteen muuttumisen huonompaan vuoden vaihteessa, salmonellojen aiheuttamat ruokamarkkitysepidemiat ja niiden selvitystyöt sekä lisääntyneet listerioositapaukset.

Kymmenen viime vuoden kuluessa mikrobien resistenssitilanne on huonontunut odotettua nopeammin. Uusia, tilannetta oleellisesti parantavia antibiootteja ei ole näköpiirissä. Marraskuinen antibioottiresistenssiä käsitellyt konsensuskokous suositti harkittavaksi kansallisen mikrobilääkepolitiikan asiantuntijatyöryhmän perustamista. Ylilääkäri Pentti Huovisen alustuksen pohjalta neuvottelukunnassa käytiin vilkasta keskustelua asiasta ja päädyttiin siihen, että KTL käy yhdessä Lääkelaitoksen ja Eläinlääkintä- ja elintarvikelaitoksen kanssa keskusteluja tarvittavan asiantuntijatyöryhmän perustamisesta.

Toisena pääkeskustelun kohteena oli potilasvahinkoläkityöryhmän muistio infektiovahingoista ja niiden korvattavuudesta. Keskustelua käytiin potilasvahinkolähtökunnan puheenjohtajan Juhani Kaivolain alustuksen pohjalta. Tartuntatautiin neuvottelukunnassa todettiin, että joistakin puutteistaan huolimatta vanha laki on toiminut kohtalaisen hyvin eikä suuriin muutoksiin ole aihetta. Perusteltuna muutoksena nähtiin se, että infektioiden alkuperän selvittämistarve jää uudessa lakiehdotuksessa pois. Lisäksi keskusteltiin pitkän itämisajan jälkeen ilmaantuvista infektiosta ja niiden korvaamista pidettiin oikeana, mikäli syy-seurausketju pystytään osoittamaan riittävällä varmuudella. Näin myös ehdotettu 10 vuoden vanhenemisaika katsottiin riittävän pitkäksi.

Seuraavat tartuntatautiin neuvottelukunnan kokoukset sovittiin pidettäväksi huhti- ja toukokuussa 1998. □

Maarit Kokki, KTL
neuvottelukunnan sihteeri
(09) 4744 8690, maarit.kokki@ktl.fi

joutuisivat tekemisiin kiehuvan nesteen kanssa. Keittoajan pitäisi olla 4-5 minuuttia. Simpukat tulee laittaa joko kiehuvaan liemeen tai kiehuva liemi kaataa simpukoiden päälle.

Keittämisen jälkeen simpukat tarkastetaan uudelleen. Simpukat nostetaan yksi kerrallaan keitinliemestä. Tällöin niiden on oltava auki. Kiinni olevat simpukat on heitettävä menemään, samoin aistinvaraisesti epäilyttäviltä näyttävät.

Mikäli simpukoiden menekki on huono ja niitä jää elävinä kylmävarastoon, voidaan hyväksyä, mutta ei suositella, käytäntöä, että ne keitetään enintään 2 vrk saapumisen jälkeen, pakastetaan ja valmistetaan myöhemmin uunissa gratinoimalla.

Nyt kyseisessä ravintolassa simpukoita on keitetty vähässä liemessä suuriakin eriä, eikä ilmeisestikään kuumennus ole ollut riittävä. Episodin opetus on se, että usein patogeenisia mikrobeja sisältävät simpukat, kuten muutkin simpukat, tulisi aina kuumentaa riittävästi simpukoita välillä kuumennusastiassa siirrellen. Riittävän suuri keitinliemi on suositeltava. □

Antti Pönkä,
Helsingin kaupungin ympäristökeskus
(09) 7312 2710

KANAPADASTA JOUKKO- RUOKAMYRKYTYS TAMPEREELLA - SYYLLINEN CLOSTRIDIUM PERFRINGENS

Marraskuussa 1997 yli puolet 140:stä Tampereella pidetyn yksityistilaisuuden osallistujasta sairastui ripuliin ja vatsakipuihin. Taudin itämisaika oli keskimäärin 14 tuntia ja oireiden kesto noin vuorokausi. Kanapata paljastui epidemian syyksi taudinkuvan sekä mikrobiologisten ja epidemiologisten tutkimusten perusteella. Ruokaa kontaminoi enterotoksiinia tuottava *Clostridium perfringens*-kanta.

Tampereen kaupungin ruokamyrkytystyöryhmä kutsuttiin koolle. Sen puheenjohtajana toimi johtava ylilääkäri. Käytännön selvitystyön tekivät elintarvikevalvonnan johtajana toimiva eläinlääkäri ja tartuntataudeista vastaava terveydenhoitaja. Uloste- näytteiden laboratoriotutkimukset tehtiin TAYS:n klinisen mikrobiologian laboratoriossa ja elintarvikkeiden Hämeenlinnan kaupungin elintarvikkelaboratoriossa. KTL:n infektioepidemiologian osasto avusti haastatelu- ja kyselytutkimuksien suunnittelussa sekä tulosten analysoinnissa.

ENSIOIREET MUUTAMAN TUNNIN KULUTTUA

Sairastumisiin johtanut ateria tarjottiin

EPI INFO

- ATK-TYÖKALU EPIDEMIASELVITYKSISSÄ

Epi Info on julkisesti saatavilla oleva monipuolinen tietojenkäsittelyohjelma, jonka ovat kehittäneet erityisesti kenttäepidemiologiisiin tutkimustarkoituksiin WHO yhdessä Yhdysvaltain kansanterveyslaitoksen (Centers for Disease Control, CDC) kanssa. Epi Infon avulla voi laatia kyselylomakkeen ja käyttää sitä pohjana syötettäessä kerättyjä tietoja koneelle, jolloin muodostuu helposti Epi Infon analyysiohjelman avulla käsiteltävät datatiedostot. Ne voidaan siirtää Epi Infon tiedonsiirto-ohjelman avulla myös muiden vaativampien ohjelmien käsiteltäväksi kuten SAS:iin tai SPSS:iin. Epi Infossa on myös yksinkertaiset työkalut tapaus-verrokki- ja kohorttitutkimuksien otoskoon laskemiseksi.

Epi Infon käyttökelpoisuus on sen yksinkertaisuudessa. Dos-ohjelmalla pyörii pienessäkin koneessa ja tuottaa nopeasti laskelmia, joiden pohjalta epidemiaselvittelyn kurssia voidaan tarvittaessa muuttaa. Ohjelmassa on myös opetuksellinen tapausselos- tus ruokaperäisen epidemian selvittämisestä (Oswego – an outbreak of gastrointestinal illness following a church supper). Epi Infon on lisäksi saatavissa kartta – (Epi Map) ja harjoitteluohjelma (Do Epi). Epi Infon lisineen, käsikirjoineen ja päivityksineen voi imuroida CDC:n kotisivuilta (www.cdc.gov) tai suoraan osoitteesta (www.cdc.gov/epo/epi/epiinfo.htm). □

Outi Lyytikäinen, KTL (09) 4744 8783
Hanna Nohynek, KTL (09) 4744 8246

lauantaina iltapäivällä. Sairastuneista pääosa alkoi oireilla heti yöllä. Tieto saapui terveys- valvontaan maanantaina aamupäivällä. Maanantaina lauantaina tarjotuista ruuista osasta oli jätteitä jäljellä, mutta kanapata oli syöty loppuun. Ripulioireet olivat loppuneet lähes kaikilta maanantaihin mennessä, mikä heikensi mahdollisuutta löytää ulosteista mm. viruksia ja *Clostridium perfringens*. Sen sijaan myrkytyksen syntymekanismin ymmärtämiselle välttämättömät tiedot ruuan valmistuksesta saatiin yksityiskohtia myöten selville.

Tilaisuuden ruokalista käsitti useita mahdollisia ruokamyrkytyksen aiheuttavia ruokalajeja. Sairastuneiden taudinkuva ja noin kolmenkymmenen oireilleen puhelin- haastatteluista saadut ensivaikutelmat viittasivat vahvasti *Clostridium perfringens*in aiheuttamaan ruokamyrkytykseen. Tähän sopi aiheuttajaelintarvikkeeksi lämpimänä ruokana tarjottu kanapata.

Ruokamyrkytys-epidemian laajuuden ja alkuperäisen työhypoteesin vahvistaminen eli kanapadan osoittaminen ruokamyrkytyksen lähteeksi edellytti takautuvasti suoritettavaa kyselytutkimusta. Lomake lähetettiin kaikille tilaisuuteen osallistuneille, joiden osoitteet olivat saatavilla. Tietoa kerättiin ruokailun ajankohdasta, ruokalajikohtaisista altistuksista ja tilaisuuden jälkeen esiintyneistä oireista. Tilaisuuteen osallistuneista 86 (61 %) henkilöä vastasi kyselyyn. Näistä 63 (74 %) oli sairastunut tilaisuuden jälkeen tautiin, johon liittyi ripulia, vatsakipua, pahoinvointia tai oksentelua. Oli lähes neljä kertaa todennäköisempää, että kanapataa syöneet olivat sairastuneet kuin sitä syömättömät (tapauskertymä 81 % versus 20 %; riskisuhte 4.1; 95 % luottamusväli 1.2-14.1; $p < 0.01$).

Seitsemän oireisen henkilön näytteet toimitettiin TAYS:n mikrobiologian osastolle ulosteviljelyihin 1 ja 3. *Clostridium perfringens*ä löydettiin viidestä näytteestä. Kustakin positiivisesta näytteestä lähetettiin

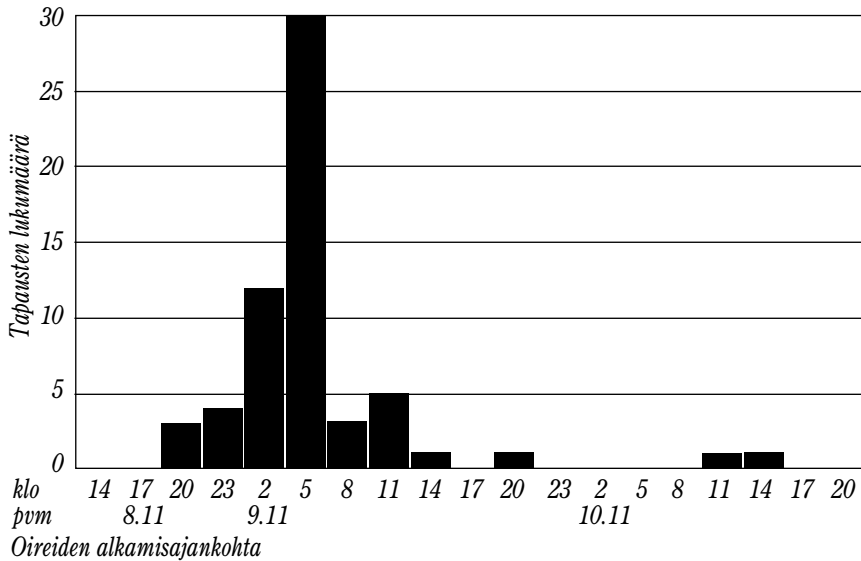
yksi kanta jatkotutkimuksiin EELA:een ja Helsingin yliopiston elintarvike- ja ympäristö- työhygienian laitokselle. Kolme *Clostridium perfringens*-kanta sisälsi enterotoksiinin tuotannosta vastaavan geenin. Kannat tuotivat myöskin enterotoksiinia maljalla ja olivat pulssikenttäelektrofooresilla tutkittuna identtiset. Tässä vaiheessa huomattiin, että molekyyli-epidemiologiisiin tutkimuksiin olisi ollut tarpeellista eristää kustakin ulostenäytteestä useampia bakteerikantoja.

RUOKAMYRKYTYSKSEEN JOHTANEET TEKIJÄT

Selvityksen tärkeä vaihe on pohtia, mikä johti ruokamyrkytykseen, olisiko se ollut vältettävissä ja miten voidaan ehkäistä mahdollisia tulevia ruokamyrkytyksiä. *Clostridium perfringens*-ruokamyrkytysten syntymekanismit tunnetaan hyvin. Edellytyksenä on raaka-aine, joka sisältää bakteerin itiöitä ja joka samalla on hyvä elatusalusta *Clostridium perfringens*ille. Lisäksi tarvitaan monivaiheinen ruuanvalmistusprosessi, johon voi sisältyä ruuan kuumennusta seuraava useita tunteja kestävä jäähtyminen isoissa astioissa ja lopuksi ruuan riittämätön uudelleen lämmitys ennen tarjoilua. Nämä ehdot täyttyvät mm. silloin, kun isolle ryhmälle tehdään ateriointia edeltäneenä päivänä kulhollinen lihakastiketta, joka yön jälkeen lämmitetään riittämättömästi ja jota pidetään tarjolla useita tunteja.

Tampereen ruokamyrkytyksen syntyä edistivät eräät lisätekiöt. Ateriointi oli järjestetty tiloissa, joissa normaalisti söi kerrallaan vain muutamia kymmeniä ihmisiä. Keittiön kylmätiloja ei oltu suunniteltu 140 henkilön aterioita varten. Niinpä kanapadan jäähtyminen kesti kauan, eikä padan sisälämpötilaa seurattu jäähtymisen aikana. Seuraavana päivänä pata olisi pitänyt kuumentaa korkeaan lämpötilaan ja syödä pian, mikä tilaisuuden luonteen vuoksi ei ollut mahdollista. Lisäksi henkilökunta joutui poikkeamaan ennakkosuunnitelmasta, kun

Sairastumiset oireiden alkamisajankohdan mukaan.
Ruokailu 8.11.1997 klo 14.30-18.30



tuli tieto, että ateriointivieraat saapuvat tunnin sovittua aikaisemmin.

Tämä epidemia oli lajissaan tyypillinen. Samanlaisia ruuankäsittelyvirheitä tapahtuu ilman, että sitä aina seuraisi *Clostridium perfringensin* lisääntyminen ja vakava joukkosairastuminen. Kotitalouksissa pienemmät epidemiat lienevät melko tavallisia. *Clostridium perfringens*-ruokamyrkytys on elintarvikevalvonnasta vastaavien ja joukkoruokailun järjestäjien kuitenkin tärkeä tuntea, koska sen torjunta on mahdollista. □

Outi Lyytikäinen, KTL

(09) 4744 8783, outi.lyytikainen@ktl.fi

Matti Jähkölä, KTL

Hannu Korkeila, Helsingin yliopisto

Sirkka Pyhälä,

Tampereen kaupungin elintarvikevalvonta

KIINTEISTÖJEN KÄYTTÖVEDEN LAATUUN VAIKUTTAA TALOUSVEDEN ALKUPERÄ

Vesilaitokselta lähtevän talousveden mikrobiologista ja kemiallista laatua tutkitaan säännöllisesti vesijohtoverkostosta otettujen vesinäytteiden avulla. Laadun seuranta ei ole kuitenkaan tehty systemaattisesti kiinteistötasolle. Lämpimään veden seuranta ei kuulu vesiviranomaisten tehtäviin, vaikka siinä voi esiintyä veden käyttäjille haitallisia mikrobeja, kuten *Legionella*-bakteereja.

KTL:n ympäristömikrobiologian laboratoriossa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin *Legionella*-bakteerin, heterotrofinen bakteerien ja sienten esiintymistä suomalaisten kiinteistöjen kylmässä ja lämpimässä vedessä sekä eri tekijöiden vaikutusta mikrobien esiintymiseen.

Tutkimukseen osallistui 67 kiinteistöä, suurin osa kerrostaloja, eri puolelta Suomea. Taloissa käytettiin talousvetenä joko prosessoitua pohja- tai pintavettä. Kylmän talousveden laatu selvitettiin näytteistä, jotka otettiin joko suoraan kiinteistöön tulevasta putkesta tai ensimmäisestä käyttöpisteestä. Lämpimän veden laatu selvitettiin eri puolelta lämminvesijärjestelmää otettujen vesinäytteiden avulla. Lämpimän käyttöveden pääkierron näytteet otettiin veden juokuttamisen jälkeen juuri ennen lämmönsiirintä ja heti sen jälkeen. Suihku- ja hanavetä ei juokutettu ennen näytteenottoa.

LEGIONELLAA LÄMMINVESIJÄRJESTELMÄSSÄ

Lämminvesijärjestelmistä 30 prosenttia sisälsi *Legionella pneumophila*-bakteereja, joiden pitoisuus oli korkeimmillaan $3,5 \times 10^6$ cfu/l. Kylmässä talousvedessä legionelloja ei havaittu. Lämminvesijärjestelmissä legionellan esiintyminen voitiin yhdistää veden alhaiseen lämpötilaan. Sitä ei löydetty vesistä, joiden lämpötila oli yli 55 °C. Neljässä kiinteistössä tutkittiin veden lämpötilan noston vaikutusta legionellapitoisuuksiin. Veden lämpötilan nosto 60-70 °C:een ja päivittäinen lämpimän veden juokutus alensivat legionellapitoisuuksia ja myös muiden heterotrofinen bakteerien pitoisuuksia lämminvesijärjestelmän pääkierrossa. Torjunnan jälkeen lämpötila laskettiin 55 °C:een, silloin legionella palasi lämminvesijärjestelmiin muutamassa kuukaudessa. Tutkituista kiinteistöistä yhdessä torjunta epäonnistui, koska lämpimän veden lämpötila jäi joissakin osissa järjestelmää alle 60 °C.

Veden alkuperä vaikutti mikrobien esiintymiseen ja pitoisuuksiin. Mikrobipitoisuudet, legionellapitoisuudet mukaan lukien, olivat korkeampia prosessoitua pintavettä käyttävissä kiinteistöissä. Mesofiilisiä bakteereja ja sieniä esiintyi runsaammin talousvedessä kuin lämpimässä käyttövedessä. Lämpimässä vedessä oli runsaasti termofiilisiä bakteereja. Legionellapitoisuudet olivat

korkeimmillaan suihku- ja hanavesissä. Suihku- ja hanavesien seisominen ja lämpimän veden alentunut lämpötila olivat todennäköinen syy mesofiilisten mikrobien korkeisiin pitoisuuksiin.

Kylmän talousveden ja lämpimän käyttöveden kemiallinen laatu oli melko samanlainen. Veden laatuun vaikutti kuitenkin talousveden alkuperä. Prosessoitu pintavesi sisälsi enemmän orgaanista hiiltä ja vähemmän metalleja kuin prosessoitu pohjavesi. Vesien orgaanisen hiilen määrä oli korkea ylittäen orgaaniselle hiille asetetun enimmäispitoisuuden (2 mg/l). Kuparia esiintyi enemmän lämpimässä kuin kylmässä vedessä. Kupariputkien korrosio oli todennäköinen syy lämpimien vesien kohonneisiin kuparipitoisuuksiin. Talousveden keskimääräinen lämpötila oli 8,7 °C vaihdellen 2,6-17,8 °C. Lämpimän veden keskimääräinen lämpötila oli 50,6 °C. Lämmönsiirtimestä lähtevän veden lämpötila oli 53,0 °C, suihku- ja hanaveden 50,1 °C ja lämmönsiirtimeen palaavan veden 47,1 °C. □

Outi Zacheus, KTL

(017) 201 374, outi.zacheus@ktl.fi

KYMIJOEN LIKAANTUMISTA JA VÄESTÖN ALTISTUMISTA DIOKSIINEILLE TUTKITAAN

Kymijoen yläjuoksulla Kuusankoskella syntetisoitiin vuosina 1940-1984 yhteensä 24 000 tonnia Ky 5 -nimistä lahontorjuntaa ja sinistymisen estoon käytettyä puunsuoja-ainetta. Valmistuksessa syntyi myös ei-toivottuja sivutuotteita. Tyypillinen tuote sisälsi kloorifenoleja sekä epäpuhtauksina polykloorifenoksifenoleja, -difenyylieettereitä, -dibentsofuraaneja ja -dibentso-p-dioksiineja. Aineiden synnystä ja haitallisuudesta ei tuotannon alkuvuosina ollut tietoa. Kymijoki on Suomessa laajan dioksiineilla saastunut alue ja laajimpia tunnettuja myös maailmassa.

Prosessi sinänsä on ollut suljettu, mutta tuotetta ja sen epäpuhtauksia on päässyt Kymijokeen tuotantolaitteiden pesuvesien ja tulipalon yhteydessä. Kymijokeen lienee vuosien mittaan joutunut yhteensä muutama kymmenen kiloa dioksiini- ja furaaniyhdisteitä sekä muita aineen epäpuhtauksia. Päästöarvioita pyritään tarkentamaan parhaillaan.

Useiden tutkimuslaitosten ja teollisuuden yhteistutkimuksessa selvitetään saastuneisuuden laajuutta, yhdisteiden kulkeutumista, niiden myrkyvyysvaikutuksia vesieläölle, kalaston pitoisuuksia sekä mahdollisia terveysriskejä ihmisille. Myös kunnostuksen edellytyksiä pyritään arvioimaan. Tutkimuksen päähuomio on ollut dioksiineissa,

mutta myös muista epäpuhtauksista on tehty tutkimuksia. Näitä epäpuhtauksia löytyy pohjasedimenteistä ja kaloista kohonneina pitoisuuksina, mutta näiden yhdisteiden myrkyvaikutuksia ei tunneta. Tutkimus on nyt jatkunut kaksi vuotta, ja sen tulokset raportoidaan ensi vuonna.

Jo aiemmin on raportoitu erityisesti pehmeissä jokisedimenteissä Kuusankosken ja Anjalan välillä erittäin suuria dioksiini- ja furaanipitoisuuksia. Tällä alueella sedimentin pitoisuudet ylittivät enimmillään satakertaisesti saastuneille maa-alueille esitetyt raja-arvot. Anjalankosken alapuolisella jokiosuudella pitoisuudet ovat tätä alhaisempia, mutta tutkituissa osissa jokea ylittävät kuitenkin raja-arvot. Yhdisteet ovat käytännössä veteen liukenemattomia, mutta liikkuvat veden mukana hiukkasiin sitoutuneena. Osa hiukkasista ja niihin sitoutuneista epäpuhtauksista kertyy jokisedimentteihin ja viimeistään joen suistoalueelle.

DIOKSIINIEN JA FURAANIN TERVEYSVAIKUTUKSET

Suomi on dioksiinien suhteen pienen altistuksen maa. Miehillä dioksiinien ja furaanien ei ole osoitettu aiheuttavat terveyshaittaa. Synnytyksikäiset naiset ovat eri asia, koska kehittyvä sikiö saattaa altistua näille aineille ja varsinkin rasvaliukoisina nämä erittyvät äidinmaitoon.

Tiedot dioksiinien terveysvaikutuksista perustuvat onnettomuuksien jälkeisiin seurantoihin tai teollisuuden suuriin altistuksiin. Aikaisemmin riskinarviointi on perustunut koe-eläimillä ilmenneisiin syöpiin. Eri maissa tuloksia on tulkittu hyvin eri tavoin, mikä on johtanut epäohdonmukaisiin hallinnollisiin päätöksiin. Uudet väestötutkimukset onnettomuusalueilla ja työympäristössä viittaavat siihen, että syöpäriski edellyttää hyvin suuren altistuksen ja että se on silloinkin vähäinen.

Kehityshäiriöt ovatkin muodostumassa merkittävimmäksi terveysvaikutukseksi. Dioksiinien vanhastaan tiedetään aiheuttavan epämuodostumia suurina annoksina. Uusimmat tulokset viittaavat eräisiin kehityshäiriöihin jo lähes nykyisellä altistuksella. Herkin havaittu muutos on vielä vahvistamaton suomalainen tulos hampaiden luutumishäiriöstä, joka perustuu dioksiinin kaltaisten aineiden erittymiseen äidinmaitoon. Äidinmaidon hyödyt katsotaan kuitenkin näitä vielä epävarmoja haittoja suuremmiksi.

VÄESTÖN ALTISTUMINEN SUOMESSA

Ihminen saa dioksiinit ja furaanit ravinnosta, 60-70 prosenttia dioksiineista saadaan kalasta. Muita saantilähteitä ovat maito ja maitotuotteet sekä liha, joskin myös vihanekset saattavat sisältää dioksiineja. Kymijoen kalojen dioksiini- ja furaanipitoisuudet ovat suhteellisen pieniä. Itämeren lohien ja vanhojen silakoiden pitoisuudet ovat huomattavasti Kymijoen kalojen pitoisuuksia suurempia. Lohien ja silakoiden dioksiinikertymät eivät ole peräisin Kymijoen kuormasta. Sen sijaan Kymijoen ja Itämeren kalojen maksassa ja mädissä on huomattavan

korkeita dioksiinipitoisuuksia. Esimerkiksi päivittäinen "keskikokoisen" Itämeren silakan syönti nostaa rasvassa olevien dioksiinien pitoisuudet turvallisuusmarginaalin yläpään. Kalan terveydellinen merkitys arvioidaan kuitenkin suuremmaksi kuin sen käytöstä teoriassa aiheutuvat lisääntyvän dioksiinialtistuksen riskit.

ALUEEN VÄESTÖN TERVEYSTUTKIMUKSET

Kymijoella asuvien äitien maidon kerääminen on parhaillaan meneillään. Niistä tutkitaan dioksiini- ja furaanipitoisuudet sekä verrataan tuloksia normaaliin suomalaiseen väestöön. Tämänhetkisten tulosten mukaan äidinmaidon pitoisuudet ovat olleet varsin pienet, samaa tasoa tai jopa pienemmät kuin muualla Suomessa. Sen sijaan Kymenlaakson eteläosan runsaasti kalaa käyttävällä väestöllä näyttää suppean otoksen perusteella olevan varsin korkea dioksiini- ja furaanialtistustaso. Tutkittujen Kymenlaakson kalastajien suuri dioksiinipitoisuus näyttää johtuvan runsaasta Itämeren kalan syömisestä.

Terveysperusteiset Kymijokea koskevat kalankäyttösuositukset eivät ole perusteltuja. Kalan syöntiä kokonaisuudessaan ei nykytiedon valossa ole myöskään syytä rajoittaa. Elintarvikevirasto ja KTL ovat aiemmin yhteisesti suositelleet, että jos kalaa syödään viikottain, niin kalalajeja tulisi vaihdella siten, että käytettäisiin vuorotellen järvikalaa, valtamerikalaa, kasvatettua kalaa ja Itämeren kalaa. Vain Kymijoen ja Itämeren kalan maksan ja mädin runsasta käyttöä on syytä välttää (ei useammin kuin kerran kuukaudessa).

MUUT SUOSITUKSET

Kymijoen sedimentin saastumisella on monia eri vaikutuksia ja vastuu näiden arvioinnista ja niistä aiheutuvista toimenpiteistä jakautuu usean eri viranomaisen kesken. STM vastaa saastumisesta aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisemisestä. Elintarvikevirastolla on vastuu kalan käyttöä koskevista suosituksista ja rajoituksista. Kaakkois-Suomen ympäristökeskuksen vastuulla on Kymijoen ja sen ranta-alueiden käytöstä aiheutuvien ympäristöhaittojen ehkäiseminen esimerkiksi rakennustöiden tai ruoppauksista syntyvän jäteletteen käsittelyn sekä kaavoituksen yhteydessä. □

*Terttu Vartiainen, KTL
(017) 201 346, terttu.vartiainen@ktl.fi*

MITÄ TIEDETÄÄN VARUSMIESTEN ITSEMURHISTA?

Suomessa liikenneonnettomuuksien jälkeen ovat varusmiesten itsemurhat toiseksi yleisin kuolinsyy, vaikka varusmiesten itsemurhakuolleisuus on selvästi vähäisempiä kuin vastaavan ikäisten miesten itsemurhakuolleisuus koko väestössä. Varusmiesten itsemurhiin liittyviä tilanteita taustatekijöitä on selvitetty puolustus-

voimien ja KTL:n yhteistyönä tehdyissä tutkimuksissa.

Tutkimuksessa puolustusvoimien asiakirjoihin ja oikeuslääketieteelliseen aineistoon nojautuen käytiin läpi kaikki vuosina 1981-90 tapahtuneet 50 varusmiesten itsemurhaa. Nämä kasautuivat peruskoulutuskauden (0.-40. palvelupäivän) ja erikoiskoulutuskauden (60.-160. palvelupäivien) alkuvaiheille. Ensin mainitussa ryhmässä itsemurhat liittyivät akuutteihin masennus- tai ahdistusreaktioihin mutta ei alkoholinkäyttöön, jälkimmäisessä ryhmässä itsemurha tehtiin usein alkoholin vaikutuksen alaisena. Itsemurhan tehneiden varusmiesten palveluskelpoisuusluokitus ei merkitsevästi eronnut muiden varusmiesten luokituksista. Itsemurhat tehtiin useammin lomalla tai luvattoman poissaolon aikana kuin palveluksessa varuskunta-alueella.

Toisessa tutkimuksessa nojaututtiin Itsemurhat Suomessa 1987-projektin aineistoon. Ko. tutkimusprojektissa haastateltiin mahdollisimman perusteellisesti kaikki maassamme 1.4.1987-31.3.1988 itsemurhan tehneiden omaiset ja hoitaneet henkilöt sekä koottiin kaikki mahdolliset sairaskertomus- ja asiakirjatiedot. Tähän aineistoon kuului seitsemän varusmiesten itsemurhaksi luokiteltua kuolintapausta, joista kaksi oli tapahtunut palvelukseenastumispäivänä ennen joukko-osastoon saapumista. Kaikilla oli ollut siivillemään liittyvää psykososiaalista kuormitusta, ja viisi oli kärsinyt masennusoireyhtymästä. Oireyhtymä ei kuitenkaan ollut ulkoisten ilmenneiden oireiden perusteella vaikea. Itsemurha-aikeista puhuminen tai aiemat itsemurhayritykset näyttivät olevan harvinaisempia varusmiehillä kuin muilla samanikäisillä itsemurhan tehneillä miehillä. Ihmissuhteisiin liittyvät menetyskokemukset olivat varusmiesitsemurhissa laukaisevina tekijöinä tavallisempia kuin muilla.

Tutkimustulosten perusteella ei voida osoittaa mitään selkeää, helposti korjattavissa olevaa puutetta varusmieskoulutuksessa tai puolustusvoimien terveydenhuoltojärjestelmän toiminnassa. Ilman itsemurhien ehkäisyn näkökulmaakin varusmiesten melko lieviinkin mielenterveydellisiin ongelmiin tartutaan nykyisin yleensä nopeasti. Jatkotutkimuksessa selvitetään varusmiespalveluun liittyviä tekijöitä niissä itsemurhissa, jotka ovat tapahtuneet palvelun suorittamisen tai sen keskeyttämisen jälkeen. Varusmiespalvelun aikana tapahtuvista itsemurhayrityksistä tarvittaisiin myös lisää tutkimustietoa. □

*Markus Henriksson,
Keskussotilassairaala, KTL
(09) 1812 5760*

*Mauri Marttunen, Peijaksen sairaala, KTL
Timo Partonen, Helsingin yliopisto, KTL*

*Viitteet:
Partonen T, Schroderus M, Henriksson M ym.
Suicides among draftees: biphasic occurrence of suicide during military service.
Military Medicine 1994; 159:299-301*

*Marttunen M, Henriksson M, Pelkonen S ym.
Suicide among military conscripts in Finland: a psychological autopsy study.
Military Medicine 1997; 162:14-18*

EUROPEAN PROGRAMME FOR INTERVENTION EPIDEMIOLOGY TRAINING (EPIET)

EUROOPPALAISEN KENTTÄEPIDEMIOLOGISEN KOULUTUSOHJELMAN KOULUTUSVIRAT HAUSSA

Euroopan kenttäepidemiologinen koulutusohjelma EPIET käynnistyi v. 1995. Sen kustantavat EU:n komissio (DG V) sekä useat EU:n jäsenmaat, Norja ja WHO. Neuvottelut ovat käynnissä neljännen 2-vuotiskurssin rahoittamiseksi. Yhteensä 8 koulutettavaa hyväksytään tähän infektiotopidemiologiseen ohjelmaan, joka alkaa 27.9.1998.

Koulutukseen hakevalta edellytetään kokemusta kansanterveystyöstä ja kiinnostusta kenttätööhön sekä hänen urakehityksensä pitäisi suuntautua kansanterveystieteeseen infektiotopidemiologiaan. Ennen 40 vuoden ikää hankittu työkokemus on todennäköisesti riittävä. Hyvä englannin kielen ja ainakin toisen EU-maan kielen taito on edellytys. Hakijan täytyy olla valmis asumaan muualla kuin Suomessa 24 kuukautta.

Koulutus tähtää vastuulliseen, käytännönläheiseen infektiotopidemiologian ammattilaisuuteen. Kahden vuoden koulutusjakso koostuu epidemiaseelvitystyöstä, tartuntatautien seurannasta, sovelletusta tutkimuksesta, sekä yhteydenpidosta päättäjien, tiedotusvälineiden edustajien, tiedeyhteisön ja maallikoiden kanssa.

Koulutettavat osallistuvat aluksi 3-viikkoiseen tehokurssiin. Sen jälkeen he siirtyvät omaan tukikohtaansa, joka sijaitsee yhdessä 15 EU maasta, Norjassa tai WHO:n päämajassa. Koulutusjakson aikana järjestetään useampia viikon mittaisia, kohdennettuja tehokursseja. Valtaosin ne ovat ohjelmaan osallistuvien tartuntatautien seurannasta maassaan vastaavien kansanterveyslaitosten yhdessä järjestämiä.

Lisätietoja ohjelmasta antavat EPIET:n tieteellinen koordinaattori Alain Moren (ks. alla), EPIET-koulutusvaliokunnan jäsen Hanna Nohynek, (09 4744 8246) sekä EPIET-ohjelmasta valmistuneet Outi Lyytikäinen (09 47 441) ja Richard Pebody (09 47 441).

Vapamuotoinen hakemus ja Curriculum Vitae toimitetaan alla olevaan osoitteeseen 15.4.1998 mennessä.

European Programme for Intervention Epidemiology Training
Réseau National de Santé Publique
14 rue du Val d'Osne
94415, Saint-Maurice CEDEX, France

Puhelin +33 1 4179 6786, fax +33 1 4179 6790
Sähköposti 100765.2732@compuserve.com

III VALTAKUNNALLISET KANSANTERVEYSPÄIVÄT 3.-4.11.1998

Paikka: Marina Congress Center, Helsinki

Päivillä käsitellään keskeisten kansantautien ehkäisyn ja terveyden edistämisen uusimpia tutkimustuloksia ja toimintaohjelmia.

Päivät on tarkoitettu terveydenhuollon henkilöstölle ja muille kansanterveyden parissa työskenteleville henkilöille hallinnossa, järjestöissä ja tutkimuslaitoksissa.

Päiville toivotaan abstrakteja kroonisten tautien ehkäisystä ja terveyden edistämisen kokeiluohjelmista ja tutkimustuloksista.

Lisätietoja:

Marketta Taimi, Kansanterveyslaitos
Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto
Puhelin (09) 4744 8621, faksi (09) 4744 8338
Sähköposti: marketta.taimi@ktl.fi

KORJAUS

Kansanterveys-lehden 1/98 artikkelin *Antibioottiresistentit bakteerit ja sairaaloiden keinot* taulukkoon oli pujahtanut ylimääräisiä tähtiä. Suomessa ei ole tavattu toistaiseksi vankomysiinille resistenttejä stafylokokkeja.

Maailmalla sairaalainfektioita aiheuttaneet resistentit bakteerit

1950-70	1960-80	Tällä hetkellä	Tulevaisuus
penisilliinires.* stafylokokit	metisilliinires.* stafylokokit	moniresistentit* stafylokokit	vankomysiinires. stafylokokit
	aminoglykosidires.* sauvabakteerit	moniresistentit* sauvabakteerit	erittäin resistentit sauvabakteerit
		vankomysiinires.* enterokokit	
		vankomysiinires. stafylokokit	
		moniresistentit mykobakteerit	

* Todettu myös Suomessa

KTl
KANSANTERVEYSLAITOS
Päärakennus
Mannerheimintie 166,
00300 Helsinki
Puhelin (09) 47 441
http://www.ktl.fi

KANSANTERVEYS
KTl:n TIEDOTUSLEHTI
Päätoimittaja Pauli Leinikki
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403
Fax (09) 4744 468
pauli.leinikki@ktl.fi
Toimitussihteeri Merja Tiainen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Fax (09) 4744 8746
merja.tiainen@ktl.fi
kansanterveys@ktl.fi

www-versio Reija Hirvonen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8689
reija.hirvonen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen
PL 57, 20521 Turku
Puhelin (02) 251 9255
Fax (02) 251 9254
pentti.huovinen@ktl.fi

Leena Korhonen
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 372
Fax (017) 201 155
leena.korhonen@ktl.fi

Hanna Nohynek
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8246
Fax (09) 4744 8675
hanna.nohynek@ktl.fi

Eeva Pekkanen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8685
Fax (09) 4744 468
eeva.pekkannen@ktl.fi

Ritva Prättälä
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8631
Fax (09) 4744 8338
ritva.prattala@ktl.fi

Matti Rautalahti
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8741
Fax (09) 4744 8591
matti.rautalahti@ktl.fi

Jouni Tuomisto
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 305
Fax (017) 201 265
jouni.tuomisto@ktl.fi

TARTUNTATAUTIREKISTERI

Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela
Fax (09) 4744 468
eija.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT

Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA

Matkailijoiden rokotukset
arkisin klo 9-11,
puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,
neuvolarokotukset, haittavaikutukset):
puhelin (09) 47 441/rokoteosasto

YMPÄRISTÖONGELMA- NEUVONTA

Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X

Painopaikka: Askonpaino 3.98

LEHDEN AINEISTOA

lainattaessa on lähde aina mainittava.