

Eradikační programy spalniček a dětské obrny

(WHO-UNICEF joint statement on strategies to reduce measles mortality worldwide)
(Certification of poliomyelitis eradication – European region, June 2002)

Weekly epidemiological record, Vol. 77, 2002, č. 27, s. 221-228)
Volně přeložil a zkrátil MUDr. Vladimír Plesník

UNICEF a SZO vyhlášují novou strategii boje se spalničkami (Global Measles Strategic Plan), která má do roku 2005 snížit úmrtnost na spalničky na polovinu a přerušit šíření viru ve všech regionech. Cíle má být dosaženo zintenzivněním rutinní vakcinace proti spalničkám, včetně doplňkových očkovacích kampaní, které jsou další možností dosažení vysoké proočkovanosti.

Spalničky jako významná příčina úmrtí dětí

Odhadem vzniklo v roce 2000 asi 30-40 milionů onemocnění spalničkami, která vedla asi ke 777 000 úmrtím. Spalničky se tak ročně podílí na téměř polovině ze 1,7 milionu úmrtí dětí na infekce, proti nimž máme očkovací látky.

Prevence spalniček je možná

Hlavním důvodem vysoké nemocnosti a úmrtnosti na spalničky je skutečnost, že některé děti nejsou očkovány ani jednou dávkou vakcíny. Bylo by možné předejít mnoha úmrtím pokud by byl lépe využíván současný systém očkování a pokud by doporučené preventivní postupy byly realizovány ve všech zemích.

Očkování proti spalničkám je z ekonomického hlediska výhodné

Ekonomické zdůvodnění investic do prevence spalniček je přesvědčivé. Ze všech zdravotních intervencí přináší očkování proti spalničkám nejvyšší návrat financí vložených do očkování a ve vztahu k měnové jednotce zachraňuje nejvíce životů. Jedna dávka vakcíny, která je k dispozici již déle než 30 let, stojí včetně sterilní injekční soupravy, 0,26 US dolarů (cca 7,80 Kč).

Cíl nového strategického plánu boje se spalničkami

Plán vypracovaný SZO a UNICEF ve spolupráci s řadou odborníků z celého světa má tento cíl:

- ♣ do roku 2005 snížit počet úmrtí na spalničky na polovinu,
- ♣ dosáhnout a udržet vymizení nezavlečených onemocnění ve velkých oblastech, kde již byly spalničky eliminovány: v americkém regionu do r. 2000 (prakticky splněno), v evropském regionu do r. 2007 a v regionu východního středomoří do r. 2010.
- ♣ spolu se spolupracujícími organizacemi svolat r. 2005 konferenci všech států k posouzení dosažených výsledků a ke zhodnocení možnosti eradikace spalniček ve světě.

Čtyři základní opatření ke snížení úmrtnosti na spalničky

- (1) zajistit podání první dávky spalničkové vakcíny kohortě všech dětí ve věku 9 měsíců, nebo o málo později,
- (2) zajistit druhou možnost očkování proti spalničkám při mimořádných očkovacích akcích, nebo v rámci plánu rutinního očkování. Tato možnost je potřebná jak ke

zvýšení pravděpodobnosti, že každé dítě dostane nejméně jednu dávku vakcíny, tak ke zvýšení podílu řádně imunizovaných dětí. Podání první dávky v 9. měsíci života nemusí vést u všech dětí ke vzniku ochrany. Druhá, později podaná dávka, zvýší hladinu protilátek i pravděpodobnost imunity. Doporučuje se, aby země s vysokou proočkovaností užívaly dvoudávkové očkovací schéma.

- (3) zavést spolehlivý monitorovací systém a surveilanci, která bude integrovat epidemiologické a laboratorní údaje,
- (4) prohloubit práci v každém ohnisku spalniček. Tento postup zavádí nový pracovní prvek: mimořádné očkovací akce (kampaně). Ty by se měly týkat populace celého státu, nebo velkých oblastí a měly by vést k větší než 90 % proočkovanosti za předpokladu bezpečného a vysoce kvalitního provedení imunizace..

Další výhody

Při očkování proti spalničkám je možné vykonat i jiná opatření ke zlepšení celkového zdraví dětí, zejména:

- ♣ poskytovat doplňkové dávky vitamínu A,
- ♣ očkovat proti zarděnkám a další

Současné výsledky prevence spalniček

Očkování proti spalničkám zachránilo života milionům dětí.

Hlášené roční počty nemocných klesly mezi lety 1990 a 1999 téměř o 40 %. Přesto však vzniklo na světě roku 2000 odhadem 30 - 40 milionů onemocnění spalničkami se 770 000 úmrtími.

Hlavní příčinou přetrvávání obtíží se spalničkami je nedostatečné využívání vakcinace

Protože spalničky jsou velmi nakažlivé a protože u malého podílu očkovaných dětí nevznikne imunita je třeba k zamezení šíření viru, aby proočkovanost byla vyšší než 90 %. V letech 1990 až 1999 činila hlášená proočkovanost rutinně očkovaných dětí zhruba 70 %, v roce 1999 byla proočkovanost nižší než 50 % ve 14 asijských a afrických zemích. V zemích s nejnižší proočkovaností proti spalničkám jsou děti zpravidla očkované jen jednou dávkou vakcíny. V roce 2000 bylo ještě 52 zemí, ve kterých se očkuje jen jednou dávkou a v nichž dochází téměř ke všem případům úmrtí dětí na spalničky.

V zemích se stoupající proočkovaností dochází k poklesu úmrtnosti na spalničky

V americkém regionu, v Austrálii, Mongolsku, na Novém Zélandě, u obyvatelstva Pacifického souostroví, na Filipínách a v některých státech evropského a východostředozemního regionu je v současnosti výskyt spalniček velmi malý, nebo nulový.

V sedmi státech jižní Afriky, v nichž probíhalo v letech 1996 až 1998 hromadné očkování proti spalničkám, došlo ke snížení úmrtnosti na spalničky o 99 %.

Volba postupu podle potřeb jednotlivých států

Nový strategický plán přihlíží k odlišným poměrům v různých zemích a přizpůsobuje se jim. Podstatou postupu je však vždy zvyšování podílu rutinního očkování, kombinovaného s mimořádnými očkovacími kampaněmi.

Postupy vedoucí k trvalému snížení úmrtnosti na spalničky mají za cíl její snížení na polovinu do roku 2005. Toho má být dosaženo:

- (1) při rutinním očkování v každém okrese či oblasti zajištěním vyšší než 90 % proočkovanosti aspoň jednou dávkou spalničkové vakcíny, podanou v devíti měsících věku, nebo o málo později,
- (2) zajištěním aplikace druhé dávky vakcíny všem dětem při rutinním očkování, nebo při mimořádných očkovacích kampaních,
- (3) organizací účinné surveillance spalniček s pravidelným hlášením počtu, věku a stavu očkování dětí, které onemocněly, nebo zemřely na spalničky, s vyšetřováním epidemií a s monitorováním úrovně proočkovanosti,
- (4) zlepšením péče o komplikovaná onemocnění spalničkami, včetně dodání vitamínu A

Postupy k trvalému zabránění výskytu neimportovaných onemocnění spalničkami mají za cíl přerušit výskyt spalniček na velkých územních celcích.

- (1) při rutinním očkování dosáhnout v každém okrese či oblasti velmi vysoké proočkovanosti (nad 95 %) první dávkou vakcíny, podanou v běžných ordinacích,
- (2) využít druhé dávky vakcíny k minimalizaci počtu vnímavých osob, tak, aby nepřevýšil kritickou hodnotu kolektivní imunity,
- (3) epidemiologické šetření a laboratorní vyšetření všech suspektních případů spalniček. Pokus o izolaci viru spalniček by měl být proveden na všech etapách epidemiologického řetězce,
- (4) zlepšení péče o komplikovaná onemocnění spalničkami, včetně dodání vitamínu A a přiměřené terapie komplikací.

Všem státům se doporučuje :

- ♣ vyhodnotit úroveň opatření proti výskytu spalniček, včetně posouzení národních zvláštností, ovlivňujících šíření spalniček,
- ♣ objasnit příčiny nízké proočkovanosti a využít již existující prostředky a možnosti k jejímu zvýšení. Zvláštní pozornost je třeba věnovat oblastem s nejnižší proočkovaností. Argumentem pro zlepšení rutinně dosahované proočkovanosti je fakt, že dodatkové očkovací kampaně proti spalničkám účinně přispívají k dlouhodobému snížení úmrtnosti na spalničky,
- ♣ zajistit bezpečnost imunizace pomocí správného očkovacího postupu, včetně používání samodestrukčních stříkaček a nezávadné likvidace odpadů po očkování,
- ♣ plánovat a integrovat opatření proti spalničkám s dalšími zdravotnickými aktivitami. Tím se rozšíří a vylepší jejich význam v celém zdravotním zabezpečení populace,
- ♣ využít snížení úmrtnosti na spalničky k dalšímu rozvoji imunizačních akcí,
- ♣ vypracovat 3 –5 letý plán ke snížení úmrtnosti na spalničky, který by se měl stát součástí komplexního plánu zlepšování zdravotnických služeb, vykonávajících očkování.

Eradikace poliomyelitídy v evropském regionu je potvrzena !

Dne 21.6.2002 potvrdila Regionální komise pro certifikaci eradikace dětské obrny v Evropském regionu, že v tomto regionu se neobjevují nezavlečené případy „polia“. Poslední známý případ paretické poliomyelitidy, který nebyl do regionu importován z jiné oblasti, byl hlášen v listopadu 1998 z jihozápadní části Turecka. Evropský region (EUR) se stal třetím ze 6 regionů SZO, který byl prohlášen za prostý poliomyelitidy. V roce 1994 se tak stalo v regionu Amerik a roku 2000 v regionu Západního Pacifiku. Odhaduje se, že dnes žije ve státech a na územích, v nichž nedochází k endemickému přenosu divokých poliovirů, asi 3,4 miliardy lidí, což je 56 % lidí na světě.

Evropská regionální komise dokončila čtyřleté hodnocení surveillance a vyžadovaných dat ze všech států regionu, které je soustřeďovaly a předávaly Komisi. Ta ověřovala, zda nehlášená izolace divokého polioviru je důsledkem vymizení přenosu divokých poliovirů v regionu. Předpokladem regionální certifikace je chybějící záchyt divokých poliovirů po dobu nejméně tří let za podmínky, že trvá kvalitní surveillance případů akutní chabé parézy (AFP). K dalším kritériím pro certifikaci „polioprostého“ (poliofree) regionu patří 1) vysoká proočkovanost ve všech zemích regionu i jejich částech; 2) dobře fungující surveillance AFP, odpovídající standardním ukazatelům a/nebo jiným formám citlivé virologické surveillance, 3) vypracovaný plán opatření při zavlečení divokého polioviru, a 4) politická podpora vládních činitelů k zachování vysoké úrovně proočkovanosti a surveillance až do celosvětové eradikace poliomyelitídy. Komise také žádá o předložení důkazů, že v každé zemi došlo k podstatnému zdokonalení laboratorních postupů k zachycení a průkazu poliovirů.

Akce za celosvětovou eradikaci poliomyelitídy byla vyhlášena na konferenci SZO v roce 1988. Je koordinována SZO ve spolupráci s Centry kontroly a prevence nemoci z USA, s mezinárodním Rotary klubem a s UNICEF. V roce 2001 byl endemický přenos divokých poliovirů hlášen jen v 10 státech tří regionů SZO (Afrika, Východní Středozeří, Jihovýchodní Asie).

Ve všech oblastech, prohlášených za prosté poliomyelitidy, trvá do doby celosvětové eradikace této nemoci nebezpečí jejího zavlečení. V Evropském regionu takovou možnost dokládá odhalení importu divokého polioviru do Bulharska a Georgie v roce 2001. V letech 2000 a 2001 se objevilo několik případů poliomyelitídy, vyvolávaných cirkulací varianty vakcinálního polioviru, mezi obyvateli ostrova Hispaniola (Dominikánská republika a Haiti) a Filipin, s nízkou úrovní proočkovanosti poliovakcínou. Země prohlášené za prosté poliomyelitidy by měly při rutinní poliovakcinaci stále zachovávat vysokou proočkovanost a dobrou surveillance k promptnímu zjištění cirkulace kteréhokoli polioviru. K omezení rizika šíření poliomyelitídy na minimum je třeba nadále provádět v rizikových oblastech EUR mimořádné očkování orální poliovakcínou, především současně s očkovacími kampaněmi v regionu Východního Středozeří.

Poznámka překladatele:

Příklad polioeradikace dokládá, že je reálné uvažovat i o eradikaci spalniček. Obávám se, že dnes už ani nedokážeme docenit obrovskou práci našich předchůdců, vzácně i současníků, na diagnostice a terapii poliomyelitídy, zahájení a soustavném polioočkování, na prošetřování suspektních případů polia a na surveillance AFP. Liché jsou však obavy mladších kolegů z toho, že na ně „nezbude“ žádná infekce, která by stála za eradikaci.

