

P r á z d n i n o v é č í s l o

Horečka Dengue a turistika

(Dengue/dengue haemorrhagic fever)

WER, 75, 2000,č.24, s.193-6

Volně přeložil a zkrátil MUDr. Vladimír Plesník

V posledních letech se horečka dengue (HD) stala velkým mezinárodním problémem. Její rozšíření se ve světě velice zvětšilo a počet nemocných v posledních třiceti letech prudce stoupl. V současnosti se epidemicky vyskytuje ve více než 100 zemích a představuje zdravotní hrozbu pro více než 40 % světové populace (2,5 miliardy lidí). Nejohroženější jsou města a příměstské oblasti v tropech a subtropích, kam směřuje také řada turistů.

V r. 1998 dostalo SZO hlášení o více než 1,2 milionech nemocných, což je dosud největší počet onemocnění za rok. Podle odhadů je ročně infikováno asi 50 milionů lidí, včetně 400.000 případů hemoragické formy HD (HHD). Tato potenciálně smrtelná komplikace byla prvně zjištěna v padesátých letech minulého století. Dnes je hlavní příčinou úmrtnosti dětí v některých asijských státech. Zvyšující se výskyt HD a HHD má na svědomí růst světové populace, stoupající urbanizace bez zajištění řádného vodního hospodářství, šíření kmenů viru po celém světě následkem cestování a obchodu, ale také rozpad programů ke kontrole přenašečů - komárů.

Existují 4 sérotypy viru HD. Infekce vyvolaná jedním z nich navodí imunitu jen proti homolognímu typu. Lidé tedy mohou získat tuto infekci několikrát. Onemocnění typicky probíhá pod obrazem vysoké horečky a až omračujících bolestí svalů, může však také vést k projevům krvácivosti a k šoku (HHD). Riziko vzniku HHD je jen asi 0,2% při primoinfekci, ale desetinásobně se zvyšuje při další nákaze jiným sérotypem viru. Úmrtnost při HHD může při nesprávné terapii dosáhnout až 15%. Není žádný specifický lék HD. Terapie spočívá v pečlivém sledování průběhu nemoci a v intenzivní podpůrné terapii (infuze roztoků elektrolytů či plasmy, případně celé krve). Lze tak snížit úmrtnost pod 1 %. Vývoj vakcíny je složitý s ohledem na 4 odlišné sérotypy viru. Vakcína musí navodit imunitu vůči všem sérotypům viru, jinak očkované osoby mohou mít vyšší riziko onemocnění HHD. V současnosti je jedinou další možností prevence HD a HHD kontrola vektorů, kterými je několik druhů komárů, především z rodu *Aedes*. Infikovaný komár může být současně zdrojem i přenašečem viru HD. Boj s již vzniklou epidemií HD je velmi obtížný. Je nutné začít s hubením moskytů již při prvých náznacích stoupajícího výskytu infekce. K tomu je nezbytný program účinné surveillance a intervenčních postupů. Aktivní surveillance spočívá ve sběru, zasilání a vyšetřování vzorků krve. Výsledky vyšetření slouží k odhadu nákazové situace a k předpovědi výskytu epidemie. Trvalé snížení výskytu moskytů je dosud nereálným očekáváním. SZO zařadila r.1999 HD mezi internacionálně závažné infekce s cílem vypracovat metody včasné diagnostiky nemoci a standartní léčebný postup nemocných, aby se snížila letalita zvláště při HHD. Podporován je výzkum zaměřený na vývoj účinné a bezpečné vakcíny.

Poznámky překladatele

Při jedné z diskusí na přednáškovém večeru Spolku lékařů jsem s překvapením zjistil, že nemalá část kolegů si plete horečku dengue s Q-horečkou. Ono ani není divu, obě nákazy jsou u nás vzácné a horečka Q je přece jen bližší našim poměrům.

Můžeme považovat za velké štěstí, že přes stoupající počty našich občanů, pobývajících v endemických oblastech HD, je tato infekce u nich zcela ojedinělá (0-3 případy za rok). Nebo je to tím, že není rozpoznána? Krátká inkubace (3-6 dnů) a zpravidla krátké trvání nemoci (3-5 dnů) u dobře živených Evropanů vede k tomu, že po odeznění akutních projevů nemoci, považované za pořádnou chřipku, se při návratu domů po etiologii potíží blíže nepátrá. Ostatně serodiagnostika HD je vyhrazena jen laboratořím centrálních zdravotnických zařízení v Praze. A kdo by se obtěžoval s pracným zasiláním materiálu když se pacient vrátil domů živý.

Jiná otázka je, zda HD se může stát endemickou i ve střední Evropě, konkrétně v ČR. Komáři z rodu *Aedes* a *Culex* tady celoročně žijí. Jednou infikovaný komár může být nosičem viru HD po celý svůj život, t.j. 2-3 měsíce. Některé druhy komárů přenáší virus transovariálně na své potomstvo. Rezervoárová zvířata viru HD jsou v džungli žijící opice. Džungli v pravém slova smyslu tady nemáme, i když "opice" je s dostatek. Obrovské namnožení komárů, které jsme zažili po velkých zátopách, je jedním z předpokladů vzniku epidemie HD i u nás. Poslední velká epidemie HD v Evropě proběhla v Řecku před zhruba 70 roky a postihla více než 3/4 milionu lidí, včetně 80% osob žijících v Aténách. Mnohem menší epidemie byly v jižní Evropě hlášeny v posledních 10 letech.

Budete-li mít tu vzácnou příležitost pracovat v ohnisku HD, jen těžce budete vzpomínat co by se především mělo udělat. Vyhledal jsem si v "Raškovi" (1959 starém, ale dobrém) i v mnohem novějším Manuálu prevence v lékařské praxi (1997), epidemiologická opatření při výskytu HD. Preventivní opatření jsou téměř shodná, represivní zásahy jsou v Raškovi poněkud obsažnější, ale v Manuálu více odpovídají současnosti. Mimo včasné diagnostiky, opírající se o průkaz specifických protilátek typu IgM a obligátního hlášení, vždy je třeba zabránit v době pacientovy virémie (zpravidla v prvních 5 dnech nemoci) jeho expozici komárům, tj. v izolované místnosti se sítěmi v oknech. V oblastech s vysokým výskytem komárů i v okolí nemocnice nebylo by od věci použít i moskytiéru, repelenty atd. Význam má zjištění pravděpodobné lokality, v níž došlo k akviraci HD i ostatních osob, které mohly být exponovány a byly ve styku s pacientem. Jejich onemocnění "chřipkou" může být klinicky i epidemiologicky závažné.