

Ptačí chřipka ante portas

Zprac.: MUDr. Vladimír Plesník

V době, kdy se tento SMS dostane k čtenářům, nebude asi ptačí chřipka jen před, ale už i za naší „bránou“. Jak na nedávných Slezských dnech preventivní medicíny v Darkově, tak na výborném semináři, pořádném Klinikou infekčních nemocí v Ostravě-Porubě 14. února, byla problematika této infekce zevrubně probrána. Co je vhodné ještě dodat ? Chci tímto SMS reagovat na některé dotazy, které se někomu mohou zdát nepatřičné, ba zbytečné, ale které si zasluhují zodpovězení.

1. Eradikace chřipky

„ Když říkáte, že jste vykořenili mnohem závažnější nemoci jako byla variola, když prý likvidace dětské obrny, nebo spalniček, je na spadnutí, jak to, že se nechystá vykořevení té stále se opakující chřipky ?“

Chřipka rozhodně není méně závažnou lidskou nemocí než ty, které zmiňujete. Co do počtu zemřelých, vysoké nemocnosti a ekonomických ztrát byla a je spíše nejzávažnější. Potíž je v tom, že viry dětské obrny, nebo spalniček, nemají jiného hostitele než člověka, kdežto viry chřipky jsou velmi rozšířeny mezi divoce žijícím vodním ptactvem a čas od času dochází k jejich adaptaci na lidi. Uvádí se, že daleko největší rezervoár virů chřipky představuje plankton v severních mořích. Zde dochází k nákaze nových generací vodních ptáků a při své migraci rozvlékají různé subtypy chřipkového viru prakticky do celého světa. Ale jen některé subtypy viru jsou pro lidi nebezpečné. Navíc jejich adaptace na člověka souvisí s řadou nepříznivých okolností, z nichž hlavní je úzké soužití lidí s domácími chovanými ptáky a zvířaty. To je důvod, proč prvotní ohniska chřipky vznikají zpravidla v jihovýchodní Asii. Velký počet lidí s podlomeným zdravím, žijících v primitivních podmínkách spolu s přítomností velkého množství drůbeže a prasat v jejich bezprostřední blízkosti, podstatně usnadňují přenos viru ze zvířat na lidi. Eradikace nějaké nemoci znamená, že její původce se už nikde ve světě nevyskytuje (výjimkou mohou být vzorky uchovávané ke studijním účelům v několika málo laboratořích na světě). Ani nejbujnější fantazie nezná způsob likvidace chřipkových virů v mořském planktonu a v nepředstavitelně velkých počtech jejich potencionálních přenašečů. Eradikace chřipky je nemožná.

2. Nebylo by rozumnější očkovat proti chřipce spíše její přenašeče než lidi ?

Na tuto zcela logickou otázku se pokusila odpovědět Margaret Harris Cheng (Infection, The Lancet, Vol.6, January 2006, s. 10-11). Dovolím si část její odpovědi citovat:

„Očkovat či neočkovat (drůbež) ?

Když se Čína rozhodla pro ambiciózní kampaň naočkování 14 miliard veškeré své drůbeže a Vietnam se snaží o dokončení vakcinace svých 170 milionů domácích ptáků, rozproudila se mezi veterinárními a humánními experty diskuse o významu a bezpečnosti očkování drůbeže.

Čínský plán očkovat drůbež byl kritizován některými americkými odborníky na zdraví drůbeže. Uvedli, že špatné vakcinační praktiky spíše zvýší, než potlačí šíření ptačí chřipky H5N1 mezi drůbeží v Číně. Připomínají epizootii nemoci

Newcastle, která vznikla v USA na počátku sedmdesátých let minulého století. K jejímu šíření přispěly špatné pracovní postupy osob očkujících drůbež.

Dojde-li v Číně k mobilizaci pracovníků (včetně řady dobrovolníků) ke zvládnutí tohoto obrovského úkolu naočkovat každou slepici, husu, nebo kachnu z odhadovaného počtu 14 miliard kusů drůbeže, vznikne zde mnoho možností znehodnocujících opatření proti epizootií.

Vakcinátoři nemají na rukou rukavice ani ochranný oděv, nemyjí si ruce během očkování, nemění pomůcky při přechodu z jedné farmy do druhé, neprovádí desinfekci dopravních prostředků, ani očkovacích pomůcek. Spolu s těmito pochybeními se uplatňuje fakt, že požadavky na vakcínu značně převyšují její dodávky. Ministerstvo zemědělství odhaduje, že denní produkce vakcíny dosáhla počtu 100 milionů dávek. Avšak místní orgány, mající povinnost očkovat všechnu drůbež ve svém rajonu, si stěžují, že nedostávají množství vakcíny potřebné ke splnění tohoto úkolu. Navíc je zásobování vakcínou provázeno častými dodávkami padělaných vakcín.

Zatím co Čínou vyhlášená vakcinace veškeré drůbeže se zdá být nereálným cílem, nová studie dánských odborníků, publikovaná v USA v *Proceedings of the National Academy of Science*, naznačuje, že i částečné proočkování drůbeže může předejít přenosu, nebo zpomalit přenos chřipkového viru na zdravou drůbež, je-li společně chována očkovaná infikovaná drůbež s neinfikovanou drůbeží.

Ve studii porovnávací očkování hejna infikovaných a neinfikovaných ptáků dvěmi dostupnými chřipkovými vakcínami pro drůbež Dánové zjistili, že po dvou týdnech od podání obou vakcín došlo k úplnému přerušení přenosu viru.

Toto zabránění přenosu, nebo aspoň jeho zpomalení šíření vysoce patogenního H5N1 viru ptačí chřipky mezi ptactvem v Asii, považují experti veterinární i humánní medicíny, kteří se sešli počátkem listopadu v Ženevě, za nejvyšší prioritu, byť vakcinace drůbeže je stále sporná.

Vietnamci, mající ohniska ptačí chřipky v 17 různých městech a provinciích, začali očkovat hejna drůbeže na jihu státu, kde byl nejvyšší výskyt této infekce. Rozšířili pak svůj vakcinační program na celý stát, v němž žije asi 170 milionů kusů drůbeže. Převážně spoléhají na import vakcín z Číny, ale v menší míře očkují také vakcínami proti ptačí chřipce, dováženými z Francie a Holandska. Aby mohli očkovat drůbež v celém Vietnamu, začali zřizovat vlastní výrobní podniky a doufají, že se jim podaří rozšířit výrobu vakcín jak proti chřipce lidí, tak zvířat.“

Vyjma dnes karikaturami Mohameda smutně proslulého Dánka jsem nečetl, ani neslyšel, o jiné evropské zemi, kde očkují drůbež proti chřipce. Zdá se, že i pozdní zahájení vakcinace drůbeže není bez šance na částečný úspěch. Rozhodně by očkování drůbeže bylo nejen pro ochránce přírody a zvířat přijatelnější, než její hromadná likvidace. Téměř jistě by u nás nehrozily chyby vakcinátorů, uváděné v článku M.H, Cheng. Ale museli bychom mít vakcínu a dost peněz na ni.

3. Proč nemáme dost vlastní vakcíny proti chřipce, když např. Maďaři mají ?

Na odpověď jsem já malý pán a chabý znalec spletitých ekonomických poměrů v našich podnicích. Stejně jako jiní i já zírám na současný stav a aspoň v duchu se ptám, kam (a proč) se poděli naši výrobci vakcín, léků, nebo zdravotnických potřeb. Na již výše zmíněném semináři infekcionista zástupci firmy Baxter uvedli, že připravili vývoj a výrobu vakcíny proti pandemickému chřipkovému viru na buněčných liniích. Vakcína se bude dokonce vyrábět v Čechách, ale k rozplnění musí do Vídně. Kdo si ji včas objedná, (možná něco) také dostane. Čtenáře odkazuji v dalším na SMS8.

4. Proč nemohu dostat, nebo aspoň si koupit, Tamiflu ?

Stručná odpověď může znít – protože to nemá význam. Mít doma po ruce toto antivirotikum může sice být výhodné v tom, že čím dříve jej na začátku chřipky užijeme, tím větší je naděje na zmírnění jejích projevů. Z hlediska komunity může být dobré to, že nemocný neputuje k lékaři hromadnými dopravními prostředky, nečeká v přeplněných čekárnách ordinací, ani v lékárnách. Znamenalo by to značné omezení šíření viru od nemocných v době jejich nakažlivosti i značnou úlevu v práci zdravotníků. Tím však jsou přednosti takového postupu vyčerpány.

Naopak, jeho realizace by mohla být nebezpečná. Kdo pozná, že jeho potíže vyvolává virus chřipky, když téměř stejné příznaky má onemocnění vyvolané víc jak stovkou jiných patogenů ? Kdo zaručí, že nedostatečný a drahý lék bude užíván v potřebné dávce a po potřebnou dobu ? Jak zabránit podvodníkům nabízet Tamiflu i na internetu, kdy za nehoráznou cenu zpravidla dodají neúčinný padělek ? Všechny tyto situace jen podporují vznik resistance viru na preparát. Nová chřipková antivirotika, jako jsou inhibitory neuraminidázy, oseltamivir (Tamiflu) a zanamivir (Relenza), nevedou k tak rychlému vzniku resistance na ně, jak to bylo u dříve užívaných antivirotik Amantadinu a Remantadinu. Přesto jak laboratorně, tak z terénu byly získány resistantní kmeny viru chřipky na oseltamivir, které se dále množí a šíří. V jedné japonské studii z roku 2004 zjistili u 9 z 50 (18 %) dětí s prokázanou chřipkou A(H3N2), léčených oseltamivirem, vznik resistance na tento lék. Autoři usoudili, že příčinou tak častého vzniku resistance na lék byly jeho nedostatečně velké dávky a jeho krátké podávání. To je zvláště velké riziko při onemocnění dětí, které jsou nejčastějšími zdroji nákazy pro rodinu a kolektiv. Obvykle také vylučují větší množství viru a po delší dobu než dospělí.

Nelze předpokládat, že resistantní mutanty chřipkového viru mají menší schopnost šíření. V pokusech u zvířat bylo zjištěno, že řada oseltamivir-resistantních virů chřipky, jiných než H5N1, se mezi nimi přenášela. Resistentní mutanty virů lidské chřipky nejsou významně oslabeny a při nejmenším se mezi lidmi v malé míře přenášejí. Bylo zveřejněno již několik závažných zpráv, že i při terapeutických dávkách oseltamiviru může dojít ke vzniku resistance viru na něj a ke zhoršení průběhu nemoci. O přenosnosti oseltamivir-resistantních virů chřipky A(H5N1) mezi lidmi se dosud nic spolehlivého neví.

Je jen známo, že infekce chřipkovým virem A(H5N1) má u lidí delší inkubační dobu než infekce jiným subtypem, což může prodloužit dobu vylučování viru před prvými známkami nemoci, a že častěji působí závažná onemocnění dolních cest dýchacích. Při léčbě jimi vyvolané nemoci mohou být potřebné vyšší dávky oseltamiviru, podávané po delší dobu než u jiných původců chřipky lidí. To však zejména při domácí léčbě znamená, že podávání dnes doporučovaných dávek preparátu bude nejen neúčinné, ale navíc povede k selekci resistantních virů chřipky A(H5N1).

5. Poskytnutí Tamiflu jen některým skupinám občanů je porušením zásady, že všichni jsme si rovni.

Chápu rozhořčení velké většiny těch, kteří nemají valnou šanci na ochranu zdraví a života svého, či svých blízkých, prostřednictvím podání účinného léku. Mohu jen litovat kolegy, na které útočí agresivní občané, vyžadující předpis Tamiflu. Hlavní hygienik se ze všech sil snaží bránit panice (předčasné) a opakovaně uvádí, jaké množství preparátu už máme a kolik jsme objednali. Všem je jasné, že musí být kritéria výběru osob, které preparát dostanou přednostně a že pro většinu zájemců preparát nebude. Jen zbožným přáním je, aby dostupné množství preparátu bylo

spotřebováno účelně, tedy při chřipce a ne při každém podezření na ni.. U nás se Tamiflu nevyrábí a očekáváme, že objednaná množství preparátu ještě dostaneme. Ale stále platí „bližší košile, než kabát“. Máme spoléhat na to, že při vzniku pandemie a celosvětovém nedostatku antivirotik nám zahraniční výrobce dodá zavčasu třeba aspoň jejich objednané množství ? Ostatně ani nevíme, zda případný pandemický kmen viru chřipky bude citlivý na oseltamivir. Vytváření velkých zásob oseltamiviru mimo této nejistoty brzdí také malá kapacita výroby, zdaleka nepokrývající požadavky terénu. Proto si myslím, že křečkování Taminflu v domácí lékárnice je při nejmenším nežádoucí.

(Při zpracování jsem využil informace z NEJM, December 22, 2005, s. 2633-7)

6. Byl jsem očkován chřipkovou vakcínou, která mně při pandemii neochrání. Skutečně účinné vakcíny se nemusím dožít, Tamiflu nemám a nedostanu. Mám vůbec nějakou možnost ochrany ?

A teď babo rad', aneb dobrá rada nad zlato.

Nebudu opakovat dávno známé a do jisté míry osvědčené rady o konzumaci ovoce a zeleniny (preparáty s vitamínem C jsou stále dražší), o škodlivosti kouření a alkoholu, ani o zcela opodstatněných požadavcích na respektování zásad osobní hygieny, zejména na mytí rukou. Obličejové roušky více maskují obličej než chrání dýchací cesty před respirační infekcí. Těžko si poradíte s neukázněným sousedem, který přes veterinární nařízení nechává svou drůbež potulovat se na volném prostranství a zvyšuje tím riziko vzniku nového ohniska ptačí chřipky ve vašem okolí.

Nevyužita však je staletími ověřená prevence onemocnění (nejen) dýchacích cest. Staří jogíni „čistili“ své tělo protahováním pruhů látky namočených do tajených roztoků. Bez dlouhého nácviu, nemalého úsilí a sebezapření to však není pro každého přijatelný způsob prevence. Denní vyplachování nosu slanou vodou však stále ještě praktikují někteří zastánci přírodní léčby. V našich velkých, kontrolovaných terénních studiích s intranazální aplikací inaktivované chřipkové vakcíny jsme zjistili, že byl-li jako placebo užit minerální roztok, jeho ochranný účinek byl téměř stejný jako u vakcíny. V samostatné studii, kdy nám výrobce Adinviry- Imuna Šarišské Michalany - poskytl k intranasální aplikaci zakódované roztoky vakcíny a jejího nosiče (aluminiumhydroxid v téže koncentraci, jaká byla ve vakcíně), se prokázala statisticky významná ochrana před ARI ve skupině s vakcínou i s nosičem. Ke srovnání sloužila kontrolní skupina zaměstnanců odmítnuvších očkování ze stejných závodů. Žádný výrobce vakcín však nechce ani slyšet o tom, že vakcínu by mohl do značné míry nahradit třeba málo koncentrovaný solný roztok. Snažili jsme se ověřit svá pozorování v lázních Luhačovice, ale ani zde „nebyl zájem“. Účinek v té době námi ověřované minerálky (Vincentka) lze vysvětlit novějšími poznatky o imunitě sliznic. Při dávce dvou kapek do nosu a při přepočtu 1 ccm minerálky na 20 kapek snadno spočítáte, že z jedné láhve o obsahu 0,75 litru, resp. 1,5 litru lze teoreticky získat 7500 až 15000 denních dávek minerálky. Porovnejte si cenu láhve minerálky s cenou chřipkové vakcíny. Potřeba denní aplikace je určitou nevýhodou, ale např. sestry v jeslích si výsledky tak pochvalovaly, že ještě pár roků po skončení studie v ní pokračovaly. Kdo vidí v těchto řádcích jen šarlatánství nemá asi úplnou představu o aktivaci a úloze slizniční imunity. Zmiňuji se o této zkušenosti aspoň rámcově a pro dobu pandemie, kdy bude platit, že „tonoucí se stébla chytá“. Místo stébla to však může být pořádný trám. Zkuste si to sami.

Základní informace o ptačí chřipce obsahují listopadové SMS6 a SMS7.

