

Ospice u Hrvatskoj 2003./2004.

Sandra Marinović-Kulišić, dr. med.¹, prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić¹, doc. dr. sc. Ira Gjenero-Margan², mr. sc. Borislav Aleraj²

¹Klinika za kožne i spolne bolesti KBC-a i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, ²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

Ospice u odraslih i epidemija ospica u studenom 2003. godine u Hrvatskoj bile su neposredan povod za pisanje ovoga članka. S obzirom na činjenicu da je zahvaljujući povoljnoj epidemiološkoj situaciji u Hrvatskoj malo mladih liječnika u svojoj praksi vidjelo oboljelog od ospica, u članku se podsjeća na etiologiju, patogenezu, kliničku sliku, komplikacije, diferencijalnu dijagnostiku te dijagnozu ospica

Povijest bolesti nazvane ospice (morbili, dobrac, male boginje) seže u drugo tisućljeće prije Krista, a prvi zapisi o bolesti u arapskom pismu datiraju iz 10. stoljeća. U 17. stoljeću bolest je točno opisana tijekom epidemije u Engleskoj. Virus ospica prvi su izolirali Goldenberg i Andreson 1911. godine u staničnoj kulturi majmunskog bubrega.¹

Etiologija. Ospice su prije svega dječja akutna, vrlo zarazna bolest uzrokovana virusom ospica (morbillivirus), koji pripada porodici paramiksovirusa. Izvor infekcije je bolestan čovjek, a nema dokaza da postoje zdravi kliconoše. Bolest se prenosi kapljičnim putem, najčešće u izravnom dodiru s bolesnikom. Virus ospica brzo propada izvan organizma pa prijenos bolesti preko treće osobe ne nastane ako je prošlo više od deset minuta od kontakta s bolesnikom.²

Patogeneza. Virus ospica ulazi u organizam preko dišnog sustava, gdje se umnaža i uzrokuje upalu sluznice cijelog dišnog sustava i konjunktiva. Otud se virus limfnim optjecajem širi u regionalne limfne čvorove. Primarna viremija nastaje tri dana od početka infekcije i uzrokuje infekciju retikuloendotelnog sustava (RES) čitavog tijela. Oslobođanjem virusa iz RES-a slijedi sekundarna viremija koja predvodi klinički početak bolesti. Virus nestaje iz krvi pojavom specifičnih protutijela; humoralna protutijela nastaju 11 do 14 dana od početka infekcije. Specifična IgM protutijela perzistiraju 3 do 6 tjedana. IgG protutijela nastaju kasnije s najvišim razinama od 2. do 6. tjedna, a potom postupno padaju. Niske razine IgG protutijela nazočne su doživotno u krvi. U nazalnom sekretu bolesnika nalaze se i specifična IgA protutijela. Tijekom reinfekcija titar specifičnih IgG protutijela raste.¹

Klinička slika. Inkubacija traje 10 do 12 dana. U kliničkom tijeku ospica razlikuju se dva stadija: prodromalni ili kataralni i egzantemski ili eruptivni stadij. Prodromalni stadij bolesti očituje se kašljem, kihanjem, iscjetkom iz nosa, upalom očnih spojnica, postupnim rastom temperature i enantemom na bukalnoj sluznici. To su tzv. Kopljkove pjege, nakupine sitnih plavkastobijelih lezija okružene crvenilom, koje su nazočne u 80% bolesnika (SLIKA 1). Egzantemski stadij počinje kad temperatura dosegne vrhunac, 39 do 40 °C, a kataralni znakovi su najjače izraženi. Osip se pojavljuje tipično, prvo iza ušnih školjki i na čelu (SLIKA 2). U početku su eflorescencije diskretne, tamnocrvene makule. Tijekom sljedeća 2 ili 3 dana osip zahvati redom lice, vrat, trup i okrajine. Osip je gust, makulo-papulozan, svijetlocrvene boje, a pojedine eflorescencije međusobno konfluiraju (SLIKA 3). Kad osip izbija, temperatura pada na normalu i kataralni simptomi brzo prolaze. Obično nakon 3 do 4 dana osip počinje blijedjeti istim redoslijedom kako je izbijao, na koži ostaju blijedosmede mrljice, koje se mogu vidjeti još oko tjedan dana.^{2,3}

Komplikacije. Na razvoj neke od komplikacija treba pomisliti

kad temperatura ne padne na normalu najkasnije do četvrtog dana egzantemskog stadija. Pneumonija je česta komplikacija ospica, bilo da je riječ o sekundarnoj bakterijskoj infekciji ili o primarnoj pneumoniji uzrokovanoj samim virusom ospica. Češće dolazi do upale srednjeg uha, a u težem obliku i upale moždanih ovojnica.^{1,2}

Diferencijalna dijagnoza. Diferencijalno-dijagnostički ospice treba razlikovati od rubeole, egzanteme subitum, infekciozne mononukleoze i toksoalergijskog osipa. Kataralni stadij u rubeole obično je mnogo blaži i traje kraće. Osip obično izbija u tijeku jednog dana, makulopapulozan je, ali pojedine eflorescencije su manje i ne konfluiraju. U egzantemi subitum makulopapulozni osip na vratu i trupu izbija kad temperatura padne na normalu. Potom se osip širi proksimalno na udove i lice, ali predio oko nosa i očiju ostaje slobodan. U tijeku infekciozne mononukleoze može se javiti morbiliformni osip, a osip sličan ospicama može biti i posljedica toksoalergijskog djelovanja raznih lijekova.²

Dijagnoza. Dijagnoza se temelji na opisanoj kliničkoj slici, tijeku bolesti, laboratorijskim nalazima i serološkim testovima. U krvnoj slici se nade leukopenija, smanjen broj limfocita, izražen pomak ulijevo, a plazma stanice mogu biti nešto brojnije. Serumska protutijela mogu se dokazati različitim serološkim postupcima (NT, RVK, HI, IFA, EIA). Najčešće se radi serološki, testiranjem uzoraka seruma i likvora bolesnika na karakteristični porast titra specifičnih protutijela.¹

Aktualna epidemiološka situacija u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je masovno cijepljenje djece protiv ospica počelo 1968. godine.⁴ Prije cijepljenja godišnje se registriralo i više od 20.000 oboljelih. Provedbom programa obveznog cijepljenja sve je manje oboljelih. Godine 2002. registrirano je svega 6 oboljelih od ospica u čitavoj Hrvatskoj.

Do studenog 2003. godine u Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Zagrebu registrirano je samo dvoje djece oboljele od ospica. Radilo se o stranim državljanima. Prema izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije, u 2001. godini u Europi je registrirano više od 60.000 oboljelih od ospica, a neke zemlje zapadne Europe bilježe više tisuća oboljelih godišnje, pa je već i prethodnih godina registriran unos ospica iz zapadne Europe u Hrvatsku.⁵

Potkraj studenog 2003. godine od ospica obolijeva odrasli muškarac koji je zaražen u Francuskoj. Taj je muškarac zarazio četiri osobe. Jedna od zaraženih osoba zarazila je četrnaestero pacijenata i osoblja jedne zagrebačke bolnice, a druga osoba zaražena u kontaktu s prvim bolesnikom zarazila je devetnaestero štićenika jedne socijalne ustanove. Među kontaktima trećeg reda registrirano je još četvero oboljelih. Paralelno s otkrivanjem oboljelih i putova



Slika 1. Koplikove pjegice



Slika 2. Primarni egzantem u ospica



Slika 3. Generalizirani egzantem u ospica

prijenosa, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti provodi cijepjenje necijepljenih kontakata bolesnika kao protuepidemijsku mjeru, uz izolaciju oboljelih. Potkraj siječnja još je bilo oboljelih, te je konačan broj oboljelih u ovoj epidemiji još veći.⁶

Važne mjere

Mjere koje treba poduzeti pri pojavi pojedinačnih ili grupnih slučajeva ospica, koje će spriječiti širenje te infekcije na neimune osobe, ako ih ima, sljedeće su:

1. U tu svrhu potrebno je u skladu sa zakonom (NN 60/92. i 23/94.) svaku kliničku sumnju na morbile prijaviti (doktor koji je postavio dijagnozu) na propisanom obrascu u roku ne duljem od 24 h teritorijalnoj nadležnoj epidemiološkoj službi, a u slučaju grupiranja odmah telefonski Epidemiološkoj službi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (dežurni telefon 098-227-753) i istovremeno epidemiološkoj službi nadležnog županijskog zavoda za javno zdravstvo, odnosno Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba.

2. U zdravstvenoj ustanovi u kojoj je postavljena sumnja na morbile potrebno je provesti sve potrebne mjere za sprječavanje širenja kapljicnih infekcija, u ovom slučaju morbila (izolacija bolesnih, čišćenje i dezinfekcija, aeracija, imunološka zaštita i dr.). Pritom se treba konzultirati s bolničkim povjerenstvom za hospitalne infekcije i/ili s nadležnom epidemiološkom službom.

3. Svakom oboljelom s kliničkom slikom morbila valja uzeti serum i uputiti u Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Odjel za virologiju, radi serološke potvrde bolesti. Parni serum u razmaku ne manjem od 14 dana uzet će epidemiolog ukoliko je bolesnik otpušten iz bolnice.

4. Nadležna epidemiološka služba treba na dojavu o slučaju morbila obaviti epidemiološki izvid i utvrditi ima li u okolini oboljelog osoba koje nisu cijepjene i ako ih ima, sve osobe mlađe od 35 godina cijepiti monovalentnom živom vakcinom protiv morbila (ukoliko negdje nema takvog cjepiva potrebno je obratiti se Epidemiološkoj službi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo radi preuzimanja potrebnih količina).

5. Osobe koje imaju kontraindikacije za cijepjenje živim cjepivom (trudnice, imunokomprimirane osobe) treba izolirati, a ako su bile u kontaktu s oboljelim od ospica, po potrebi ih zaštititi gamaglobulinom uz konzultaciju s epidemiološkom službom o indikaciji i nabavi preparata. Doziranje gamaglobulina za intramuskularnu primjenu: 0,25 ml/kg tjelesne težine (odnosno 0,5 ml/kg za imunodeficientne osobe).

6. Djecu mlađu od šest mjeseci u pravilu ne treba posebno zaštićivati jer posjeduju majčinska protutijela ukoliko je majka preboljela ospice ili je bila cijepjena. Ako se radi o dojenčadi, tj. djeci mlađoj od godinu dana, a koja su bila u kontaktu s oboljelim od ospica, treba ih što prije cijepiti monovalentnim živim cjepivom protiv morbila ukoliko su starija od 9 mjeseci, a kod mlađih u dogovoru s epidemiologom odlučiti između primjene cjepiva ili gamaglobulina.

7. Djeca koja bi zbog kontakta s oboljelim od ospica bila cijepljena u dobi prije navršene 12 mjeseci života trebaju se kasnije, bez obzira na to, cijepiti prema kalendaru cijepjenja u svojoj drugoj godini života MRP cjepivom.

8. Sve zdravstvene ustanove trebaju kod svojih zdravstvenih djelatnika provjeriti njihov cjepni status u vezi morbila, i sve one mlađe od 35 godina, koji nisu bili cijepjeni, valja cijepiti monovakcinom protiv ospica.⁷

Zaključak

U povodu ove, za svjetske razmjere, male epidemije, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo obavijestila je sve zdravstvene ustanove (bolnice, domove zdravlja i zavode za javno zdravstvo županija) o postupcima pri pojavi ospica, iz čega izdvajamo najhitniju (telefonsku) prijavu sumnje na bolest epidemiološkoj službi, obveznu izolaciju pacijenta i obveznu serološku potvrdu bolesti.

Uspriješenoj procijepljenosti protiv ospica u Hrvatskoj (revakcinacija 98%), grupiranje necijepljenih može rezultirati većim brojem oboljelih. U razdoblju kada Hrvatska kreće u potpunu eliminaciju ospica nužno je spriječiti grupiranje oboljelih u zdravstvenim ustanovama, što se u ovoj epidemiji dogodilo. Među pacijentima, zbog njihove osnovne bolesti (kontraindikacije za cijepjenje), očekuje se više necijepljenih. Zdravstveni radnici ne bi smjeli pridonijeti širenju ospica u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama, stoga se i traži provjera njihovog cjepnog statusa i cijepjenje neimunih. **M**

LITERATURA

1. Presečki V i sur. Virologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2002; 207-10.
2. Kačić M, Mardešić D. Virusne bolesti. U: Mardešić D i sur. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2000; 496-9.
3. Kačić M. Bolesti koje uzrokuju virusi. U: Mihaljević F, Fališevac J, Bezjak B, Mravunac B, ur. Specijalna klinička infektologija. Zagreb: Medicinska naklada, 1994; 222-3.
4. Program obveznog cijepjenja u Hrvatskoj protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize ospica, tuberkuloze u 1967. godini. Ministarstvo Zdravstva.
5. WHO. CISID www.cisid.who.dk/Presentation/
6. Podaci službe za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Morbila, faza eliminacije. br. 01-5259/1-03. prosinac 2003.