

Klinická charakteristika tzv. nové chřipky A(H1N1)

Clinical characteristics of new influenza A(H1N1)

Martina Havlíčková

K 8. 6. (17.00) bylo celosvětově hlášeno 24 587 případů infekce, z toho je celkem 139 úmrtí. Nejzasáženější zemí je stále USA, dále pak Mexiko, Kanada, Chile, Argentina, Austrálie a Japonsko (viz obrázek).

Situace v Evropě je stále relativně klidná, nicméně trend výskytu infekce je jednoznačně stoupající.

Ve většině případů se jedná o spíše mírně probíhající infekci s typicky chřipkovými symptomy, mezi které patří horečka, kašel, bolest v krku, bolest hlavy a svalů, pocit únavy a malátnosti. **Spektrum příznaků** a z toho vyplývající vlastní průběh infekce je poměrně široký, osciluje od velmi mírných, afebrilních forem až po nutnost podpůrné plicní ventilace. U některých pacientů horečka chyběla, především u ambulantně ošetřených. Gastrointestinální příznaky (nauzea, zvracení, průjem) byly popisovány téměř u 40 % pacientů, opět zejména ambulantních. V porovnání s běžnou sezónní chřipkou je to hodnota poměrně vysoká a není pro ni uspokojivě vysvětlení.

Hospitalizace byla nutná u 2–5 % potvrzených případů v USA a v Kanadě a asi u 6 % v Mexiku. Více než polovina hospitalizovaných pacientů měla probíhající

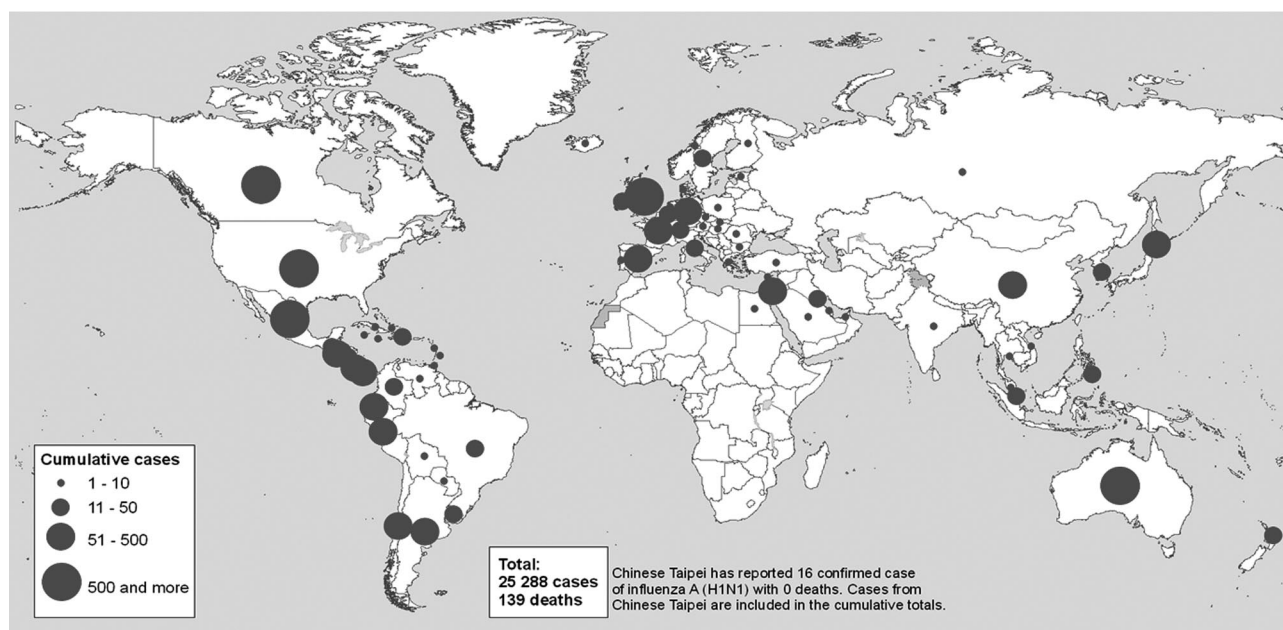
chronické onemocnění (astma bronchiale, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, imunosupresivní terapii). USA popsaly infekci u 20 těhotných žen, z nichž jedna zemřela.

Mezi 45 fatálními případy z Mexika bylo 54 % osob, které do této doby neměly vážnější zdravotní problémy. Většina z nich byla ve věkové kategorii 20–59 let. Obvykle docházelo k rychlé progresi respiračních příznaků, pacienti byli hospitalizováni zpravidla 4–6 den od počátku onemocnění. Mezi dominující příznaky patřila horečka, postupující dechové obtíže, tachykardie, tachypnoe a cyanosa. Celkově se jednalo o těžké pneumonie s mnohočetnými infiltracemi, progredující ARDS (acute respiratory distress syndrom) a renální či multiorgánová selhávání. K úmrtí docházelo v průměru po 10 dnech infekce (2–33 den).

Z laboratorních nálezů byla popisována jak leukocytóza, tak i leukopenie. U řady mexických případů se uváděla lymfopenie, elevace aminotransferás, elevace laktátdehydrogenázy a v několika případech velmi vysoká hodnota kreatinin fosfokinázy. U více než poloviny hos-

Obrázek: VÝSKYT NOVÉ CHŘIPKY A(H1N1)

Počty laboratorně potvrzených případů, jak byly hlášeny WHO do 8. 6. 2009, 06:00 GMT



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2009. All rights reserved

pitalizovaných byla popisována různě rozvinutá renální insuficience, v některých případech sekundárně navozená rhabdomyolýzou s následnou hemoglobinurií. Vliv na rozvoj renální insuficience měla nepochybně i hypotenze, dehydratace a hypoxie.

Doposud nebyl zachycen průběh s těžkými neurologickými příznaky, především pak s encefalitidou. U části pacientů s fatálním průběhem infekce byla popsána bakteriální superinfekce vyžadující antibiotickou léčbu.

Tento výčet klinických příznaků i laboratorních nálezů není zcela jistě úplný. Přehled nepochybně doplní systematicky prováděná sérologická vyšetření, eventuálně cílené sérologické přehledy. Stejně tak je zatím velmi obtížné definovat podmínky, za kterých lze očekávat vážný až fatální průběh infekce. Není ani uspokojivé vysvětlení, proč v Mexiku měla infekce vážnější dopad a průběh – spekuluje se znečištěním ovzduší, rozšířeným kouřením, nadmořskou výškou (Mexiko City je více jak 2200 metrů nad mořem).

Léčba se odvíjí o klinického průběhu infekce. Stejně jako u sezónní chřipky se u nekomplikovaných případů přistupuje k terapii symptomatické, u dětí a mladistvých se v rámci prevence Reyova syndromu nepoužívají preparáty na bázi kyseliny salicylové.

Pokud je pacient přijat k ošetření včas, je jednoznačně doporučena léčba oseltamivirem či zanamivirem. Na oba preparáty jsou izoláty zatím citlivé, na rozdíl od blokátorů M2 kanálu (amantadin, rimantadin), vůči kterým jsou plně rezistentní.

Při komplikující pneumonii je doporučena vhodně zvažovaná antibiotická terapie s ohledem na dostupné údaje o antibiotické rezistenci v konkrétní zemi. Etiologickým agens způsobujícím pneumonie nasedající na chřipkovou infekci je velmi často *Staphylococcus aureus*, jak ukázaly zkušenosti s předchozími pandemiemi i infektologické praxe jako takové. Tento stav bývá velmi těžký, rychle progredující a může být způsoben i methicilin-rezistentními kmeny.

Kortikosteroidy, zejména ve vyšších dávkách, nejsou doporučovány. Již při epidemii SARSu byla pozorovány následně vyšší replikace viru, podobné zkušenosti vzešly i z klinických průběhů u pacientů léčených pro infekci virem A(H5N1).

V ČR byly do 8. 6. evidovány dva potvrzené případy infekce novým virem A(H1N1). Jednalo se o mladého muže – pilota ČSA – který byl virem infikován v rámci pobytu v zemi s vyšším výskytem této choroby, a sice v USA. Průběh infekce odpovídal nekomplikované chřipce, léčba byla symptomatická, pacienta nebylo nutné hospitalizovat. Všechny osoby, se kterými byl v době aktivní infekce v bližším kontaktu, jsou zdravé.

Druhý případ byl rovněž importován z USA, jednalo se o mladou ženu, která přicestovala z Arizony. I zde byl průběh mírný.

Oba pacienti jsou již zcela bez obtíží.

Zdroj: WER, 22. 5. 2009

*Martina Havlíčková
NRL pro chřipku
SZÚ – CLČ v OPVZ – OML*