

Uvodnik/Leading article

SARS – SINDROM AKUTNEGA OTEŽENEGA DIHANJA

Ena prvih žrtev nenavadne nove bolezni, ki so jo kasneje poimenovali sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS – severe acute respiratory syndrome), je bil verjetno poslovnež iz mesta Foshan iz južne kitajske province Guangdong, ki je zbolel in umrl novembra 2002. Prvi bolnik in še številni drugi niso pritegnili pozornosti mednarodne javnosti vse do februarja 2003, ko je zbolel zdravnik iz province Guangdong, ki je bil takrat na obisku v Hongkongu. V hotelu, kjer je bival, je okužil 12 drugih gostov, ki so nato prenesli bolezen v Vietnam, Singapur, Kanado, Irsko in ZDA. Bolezen se je hitro širila. 12. 3. 2003 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izdala prvo opozorilo glede sarsa. To in številna kasnejša opozorila kot tudi ukrepi SZO so bili nenavadno ostri. V reševanje so se zelo zgodaj vključili Center za kontrolo bolezni iz Atlante (CDC) ter druge organizacije. 15. 3. 2003 zjutraj je zavladala panika v Evropi: na frankfurtsko letališče je z letom iz New Yorka prišel zboleli zdravnik iz Singapurja, ki so ga nemudoma osamili v eni od bolnišnic v Nemčiji. Ze naslednji dan smo sprejeli na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljano bolnico s sumom na SARS. Število sumljivih in verjetnih primerov nove bolezni je v naslednjih tednih iz dneva v dan vrtoglavo naraščalo. Najbolj izrazito in najdalj so bili v ospredju poročil celinska Kitajska, Hongkong, Tajvan in Kanada. Število zbolelih se je pričelo prepričljivo manjšati šele maja in predvsem junija. 14. julija 2003 je SZO sporočila, da ne bo več vsakodnevno objavljala števila zbolelih in umrlih. Po podatkih SZO so se do sredine julija 2003 bolniki z verjetnim sarsom pojavili v 29 državah; zbolelo je 8437 ljudi, 813 jih je umrlo (9,6% smrtnost). Zadnji primer so registrirali 9. junija 2003 v Kanadi. V Evropi so zabeležili 32 bolnikov z verjetnim sarsom, razen dveh so bili vsi primeri bolezni vneseni iz neevropskih držav; umrl ni nihče. Tudi v ZDA ni nihče umrl, zato pa je bilo v Kanadi od 250 zbolelih kar 38 smrtnih primerov.

Ena od nalog, ki so si jih zadali SZO, CDC in druge organizacije, je bila čimprej ugotovitev vzroka bolezni. Velikanski izziv je bil, kako povezati konkurenčne skupine ekspertov na področju laboratorijske medicine, epidemiologije in klinike ter jih vzpodbuditi k skupnemu delu. Pristopi so bili uspešni: 24. marca 2003 so sporočili, da povzročča SARS zelo verjetno nov, do takrat še nepoznan tip koronavirusa, ki ga označujejo SARS-CoV. Kmalu nato so pripravili tudi diagnostične teste. Bolezen se prenaša pretežno s tesnim neposrednim stikom z bolnikom ali njegovimi izločki, lahko s posrednim stikom preko okuženih predmetov, kapljično, v določenih okoliščinah pa zelo verjetno tudi aerogeno. Pri nas je v medijih daleč največ pozornosti pritegnil aerogeni prenos, kar je sicer po svoje razumljivo, ker je tak prenos najtežje preprečevati in ker v Sloveniji nimamo primernih prostorov za aerogeno izolacijo. Ni pa povsem upravičeno, saj so pri sarsu odločilni drugačni načini prenosa, pri njihovem preprečevanju pa predvsem natančno in dosledno izvajanje ukrepov kontaktne in kapljične izolacije. Predpogoj za upešno delo so izobraženi zdravstveni delavci, ustrezni prostori in oprema. Upoštevati in izvajati je treba enostavne higienske ukrepe, ki zahtevajo red, disciplino in doslednost, in to ne le kadar pridejo v soj medijskih žarometov, ampak 24 ur na dan, 7 dni v tednu, 365 dni na leto, vsake 4 leta pa še en dan več. Gre za trdo delo, ki praviloma ne pritegne pozornosti javnosti in postane medijska atrakcija le takrat, kadar se v »teku na dolge proge« utrudimo in popustimo in se zato pokažejo posledice. Razumljivo je, da so za

izgradnjo in še posebno za dobro in zanesljivo izvajanje takih ukrepov potrebni meseci in leta trdega in doslednega dela, in da morajo postati načela bolnišnične higijene vtkana v rutinske vsakodnevne postopke in pristope, saj niso koristna le v primeru epidemij, marveč so potrebna za vsakdanje delo s kužnimi bolniki in kužnim materialom. V praksi se pristopov ne da uspešno uvesti v nekaj dneh, mogoče in potrebno pa je ob pojavu epidemije zelo hitro pripraviti navodila in priporočila za ukrepanje. Pravzaprav morajo biti pripravljena že vnaprej, da jih v primeru epidemije le potegnemo iz predala in nekoliko prilagodimo ali dopolnimo, da ustrezajo trenutnim potrebam in situaciji. V državah in ustanovah, ki nimajo izdelanih postopkov za primer epidemij kužnih bolezni z različnimi načini prenosa, kjer bolnišnična higijena ni dobro razvita in kjer sodelovanje med epidemiologi, laboratorijskimi strokovnjaki in kliniki ni usklajeno, bo v primeru pojava kakršnekoli epidemije mnogo hudih dodatnih težav. Reševanje takih težav šele v času epidemije, ko so obremenitve daleč nad običajnimi, je skoraj zagotovilo za organizacijski zlom in neuspešnost pri zajezitvi epidemije ter potencialni razlog za povečano število zbolelih in umrlih.

SARS je nekaj mesecev zaposloval svetovno javnost, povzročal tragedije zaradi zbolelih in umrlih, sejal paniko pri številnih prebivalcih našega planeta in zamajal temelje gospodarstev držav jugovzhodne Azije. Dodatno pozornost je spodbudil, ker je šlo za neznano bolezen in ker so se okužbe pojavljale predvsem v bolnišnicah in v veliki meri med zdravstvenimi delavci.

Z znanstvenega stališča je SARS vsekakor nekaj izjemnega, saj smo bili priča rojstvu nove bolezni in ugotovitvi najbolj verjetnega vzroka sindroma, imeli smo možnost, da neposredno ocenimo izvedbo predlaganih ukrepov in njihovo uspešnost... Čeprav predstavlja SARS zanimivost in izziv, pa – podobno kot vsaka bolezen – pomeni predvsem velikansko škodo in katastrofo, ne le za tiste, ki so zboleli in njihove bližnje, marveč tudi za širšo skupnost. 8437 zbolelih in 813 mrtvih je veliko in nepopravljivo predvsem za umrle in njihove domače, vendar je davek nekaterih drugih nadlog še mnogo večji: v ZDA je v letošnjem marcu, ko je bila epidemija sarsa na višku, umrlo v enem tednu približno toliko ljudi zaradi gripe kot doslej vseh ljudi zaradi sarsa (o gripi letos nismo slišali nič posebnega); vsak dan umre okrog 3000 oseb zaradi malarije, 5000 ljudi zaradi tuberkuloze, in še mnogo več prebivalcev našega planeta (predvsem otrok) zaradi lakote. Kako lahko opravičimo brezbržnost v teh primerih, ki so po številu smrti mnogo večji problem od sarsa in razmeroma veliko aktivnost v primeru sarsa? Najbrž težko, vendar napaka ni pri ukrepih v zvezi s sarsom, ampak v brezbržnosti v primerih drugih bolezni. Težko je sprejeti lagodnost in neaktivnost npr. pri lakoti, kjer je vzrok težavam znan, zdravljenje pa enostavno in razmeroma poceni, vsekakor mnogo cenejše kot terapija za večino bolezni. Na odločno ukrepanje v zvezi s sarsom sta poleg števila mrtvih in zbolelih ter strahu pred neznanim nedvomno odločilno vplivala predvsem potencialna velika nevarnost za širok krog svetovnega prebivalstva in zavedanje, da je epidemijo mnogo lažje omejiti v začetnem obdobju kot kasneje, ko je že močno razširjena.

Odgovor na vprašanje, kaj bo s sarsom v prihodnosti, je enostaven: ne vemo. Večina strokovnjakov se strinja, da je epidemija v času pisanja tega prispevka (sredina julija 2003) ome-

jena, da pa bo potrebno še precej naporov, da bo obvladana in obilo sreče, da se novi izbruhi bolezni ne bi ponovno pojavili. Za bolj zanesljive napovedi bi bili potrebni dodatni podatki o bolezni in predvsem o njenem izvoru.

V zadnjih tednih SARS ni več v središču medijske pozornosti, saj se je epidemija umirila. Sedaj, ko je pritisk popustil in so vtisi še sveži, bi bilo prav, da bi razmislili, kaj je bilo dobro in kaj je šlo slabo, kaj bi bilo potrebno narediti, popraviti in dopolniti. SARS ni bil prva epidemija in zanesljivo ne bo zadnja. Smiselno bi bilo, da bi se iz nje kaj naučili. Pred začetkom morebitnih sprememb je potrebno pregledati trenutno stanje, zato bi bilo dobro, da bi se postavili pred ogledalo in pogledali, kakšni smo. Če bi to naredili, bi se pokazala zelo pestra slika; vse, kar bi videli, nam verjetno ne bi bilo všeč. Ugotovili bi, da smo ljudje ošabni, naduti in prepričani sami vase, kar so pokazale kitajske oblasti, ki dolgo časa niso ukrepale, čeprav so zbolevali in umirali njeni državljani, in to tudi še takrat, ko je bilo povsem očitno, da je nekaj hudo narobe in ko jih je na neustrezne pristope odločno opozarja-

la tudi tujina. Jasno bi se potrdila sebičnost zahodnega sveta, ki se ponaša s svojo visoko kulturo in učinkovitim razreševanjem problemov; vendar problem za zahodni svet nastane šele takrat, kadar sta potencialno ali resnično prizadeti predvsem Amerika in Evropa. Pokazale bi se tudi dobre lastnosti, kot npr. izredna zavzetost SZO, CDC in številnih drugih organizacij kakor tudi neverjetno dobra organiziranost, večtedensko trdo delo in odlično sodelovanje skupin znanstvenikov, ki sicer med seboj neizprosno tekmujejo. Potrdila bi se izjemna aktivnost medijev, pa tudi poskusi lastne promocije. Izstopalo bi zagnano, požrtvovalno in vztrajno delo številnih zdravstvenih delavcev, ki so nesebično pomagali zbolelim, kljub temu da je bilo ogroženo zdravje njih samih in njihovih družin, kljub temu da so sami zbolevali in umirali. Natančen pogled v zrcalo bi pokazal še marsikatero podrobnost, tudi nekatere naše posebnosti, splošen vtis pa bi nedvomno bil, da je svet še precej manjši, kot smo si predstavljali, in da na njem živimo ranljivi, pogosto prestrašeni ljudje, ki smo zelo odvisni drug od drugega.

Franc Strle