

Ενημερωτικό Δελτίο

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι, 15123, 210 5212000

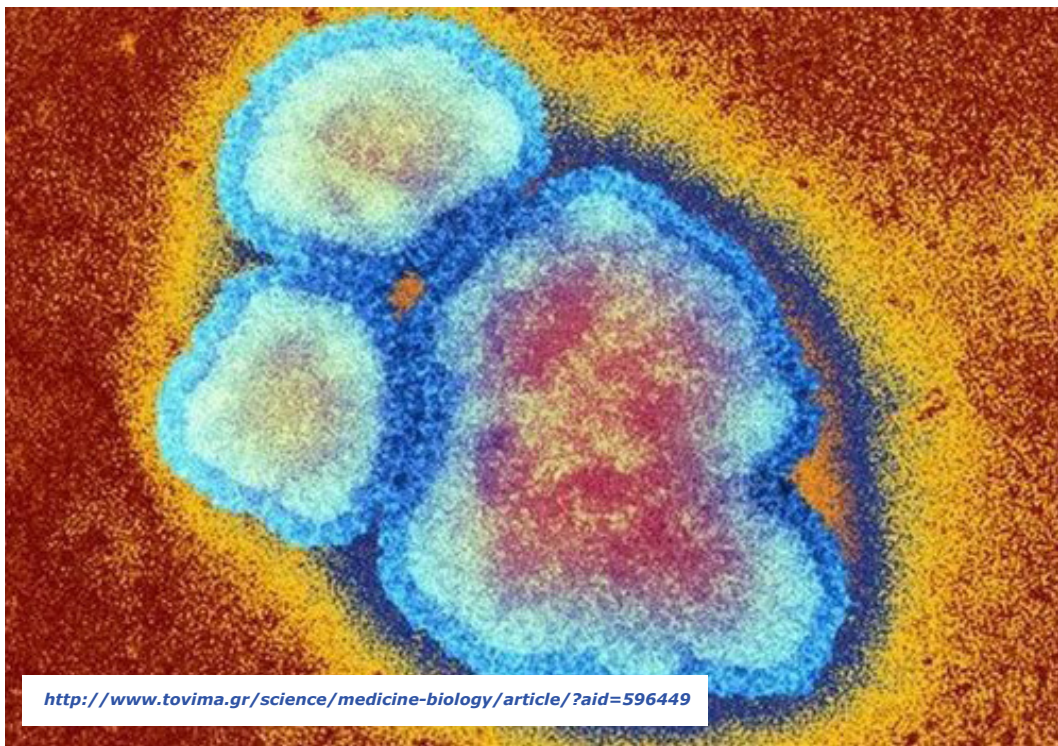
Απρίλιος 2015
Αρ.51/ Έτος 5ο
ISSN 1792-9016

<http://www.keelpno.gr>, info@keelpno.gr

Στην ιλαρά είναι αφιερωμένο το Τεύχος αυτό. Επικεντρώνουμε στην επιδημιολογία και την πρόληψη του νοσήματος.
Σελ. 2

Το ΚΕΕΛΠΝΟ είναι σταθερά προσανατολισμένο στη θωράκιση της Δημόσιας Υγείας της Χώρας, από πάσης φύσεως υγειονομικές απειλές. Συνεπώς, λαμβάνονται σχετικές πρωτοβουλίες και υλοποιούνται δράσεις σε όλες τις Περιφέρειες της Ελλάδας.
Σελ. 14

Η σημασία της ιλαράς είναι υποτιμημένη στην εποχή μας, λόγω της επιτυχίας του εμβολιασμού. Η Επ. Καθηγήτρια του ΕΚΠΑ, Κα Παυλοπούλου μας βοηθά να ξεδιαλύνουμε Μύθους για την ασθένεια και τα εμβόλια που μας προστατεύουν από αυτήν.
Σελ. 21



Περιεχόμενα

Κυρίως θέμα: Ιλαρά. Επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας (2004-2014) και πρόληψη	2
Δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης	9
Δραστηριότητες- Δράσεις	12
Συναντήσεις- Δράσεις Δημόσιας Υγείας	14
Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία	19
Μύθοι και αλήθειες	21
Επερχόμενα συνέδρια	23
Επιδημίες στον κόσμο	25
Το αίνιγμα του μήνα	26

Η πρόληψη της Ιλαράς είναι εθνικός στόχος

Η Ιλαρά είναι ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, που προκαλείται από τον παραμυξοϊό του γένους morbillivirus και μεταδίδεται με εξαιρετική ταχύτητα μέσω σταγονιδίων. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει πυρετό, βήχα, καταρροή, επιπεφυκίτιδα, καθώς και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.

Νεότερες μοριακές μέθοδοι (π.χ. PCR), πέρα του ελέγχου αντισωμάτων ή των κυτταροκαλλιιεργειών, συνέβαλαν στην τεκμηρίωση περιστατικών νόσησης από ιλαρά.

Οι επιπλοκές της ιλαράς κυμαίνονται από σχετικά ήπιες, όπως διάρροια, έως πιο σημαντικές ή δυνητικά θανατηφόρες, όπως πνευμονία, και εγκεφαλίτιδα. Σε αναπτυγμένα κράτη η θνητότητα είναι 0,3%, ενώ σε υπανάπτυκτες χώρες αλλά και σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς προσεγγίζει αντίστοιχα το 30%.

Η ιλαρά αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα νοσήματος, του οποίου η παιδιατρική θνησιμότητα προλαμβάνεται με τον εμβολιασμό, αφού η

εφαρμογή του εμβολίου ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '60 συνέβαλε στη δραματική μείωση, αλλά όχι στην εξάλειψη των περιστατικών της.

Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν επιδημίες σε πολλά κράτη όπως Ιαπωνία, βόρειο Βιετνάμ, ΗΠΑ, Ουαλία, Ισραήλ και Φιλιππίνες. Από στοιχεία του ECDC για 30 ευρωπαϊκά κράτη, το έτος 2014 δηλώθηκαν 3616 περιστατικά ιλαράς, από τα οποία ποσοστό 58,6% αφορούσε περιστατικά στη Γαλλία και στην Ισπανία. Οι αριθμοί για τις δύο αυτές χώρες το 2013 και 2012 ήταν 10537 και 11316 αντίστοιχα. Από τα περιστατικά που ήταν γνωστό το εμβολιαστικό τους ιστορικό, το 83% ήταν ανεμβολίαστοι ασθενείς. Τους πρώτους τρεις μήνες του 2015 έχουν ήδη καταγραφεί 443 περιστατικά στις ΗΠΑ και 750 αντίστοιχα στην Ευρώπη.

Τα παραπάνω δεδομένα επιβάλλουν εκ νέου μία εκστρατεία για τον πλήρη εμβολιασμό έναντι της ιλαράς, με σκοπό την πρόληψη των εξάρσεων και της περαιτέρω εξάπλωσής της.

Συρογιαννόπουλος Γεώργιος
Καθηγητής Παιδιατρικής Ιατρικής
Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ιλαρά. Επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας (2004-2014) και πρόληψη

Εισαγωγή

Η ιλαρά είναι ιογενής λοίμωξη που οφείλεται στον ιό της ιλαράς. Πρόκειται για RNA ιό που ανήκει στην ομάδα των παραμυξοϊών του γένους Morbillivirus. Διακρίνονται τρία στάδια της νόσου: το πρόδρομο (καταρροϊκό), το εξανθηματικό και το στάδιο της αποδρομής [1,2,3,4,5,6,7,8].

Ο χρόνος επώασης είναι 7-21 ημέρες (συνήθως 10-12 ημέρες από την έκθεση έως το πρόδρομο στάδιο και 14 ημέρες από την έκθεση έως την εμφάνιση του εξανθήματος) [1,6]. Η ιλαρά μεταδίδεται από άτομο σε άτομο αερογενώς με σταγονίδια και με άμεση επαφή, με ρινικές ή φαρυγγικές εκκρίσεις ασθενών. Σπανιότερα, μεταδίδεται μέσω αντικειμένων προσφάτως μολυνθέντων με ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις. Ο ιός της ιλαράς μπορεί να παραμείνει σε μολυσμένες επιφάνειες και στον περιβάλλοντα χώρο (σε σταγονίδια) >2 ώρες μετά την αποχώρηση του ασθενούς.

Η ιλαρά παρουσιάζει πολύ υψηλή μεταδοτικότητα με ποσοστό δευτερογενούς προσβολής έως 90% μεταξύ επίνοσων ατόμων (π.χ. ατόμων που δεν έχουν ανοσοποιηθεί) [1,2,4]. Η μετάδοση γίνεται τέσσερις ημέρες πριν την έκλυση του εξανθήματος έως τέσσερις ημέρες μετά.

Τα κρούσματα ιλαράς εμφανίζονται συνήθως στο τέλος του χειμώνα και τις αρχές της άνοιξης και η νόσος είναι πιο σοβαρή σε βρέφη και ενήλικες κυρίως λόγω επιπλοκών [1,2,3,6].

Η ιλαρά αποτελεί νόσο-στόχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) προς εξάλειψη. Το νέο παγκόσμιο στρατηγικό σχέδιο του ΠΟΥ για την εξάλειψη της ιλαράς και της ερυθράς 2012-2020 έχει σαν όραμα την επίτευξη και διατήρηση ενός κόσμου χωρίς ιλαρά, ερυθρά και σύνδρομο συγγενούς ερυθράς (CRS), και

ως στόχο έως το τέλος του 2015 την

- παγκόσμια μείωση της θνησιμότητας κατά τουλάχιστον 95% σε σύγκριση με το έτος 2000 και την
- επίτευξη της εξάλειψης της ιλαράς και της ερυθράς / CRS σε περιφερειακό επίπεδο

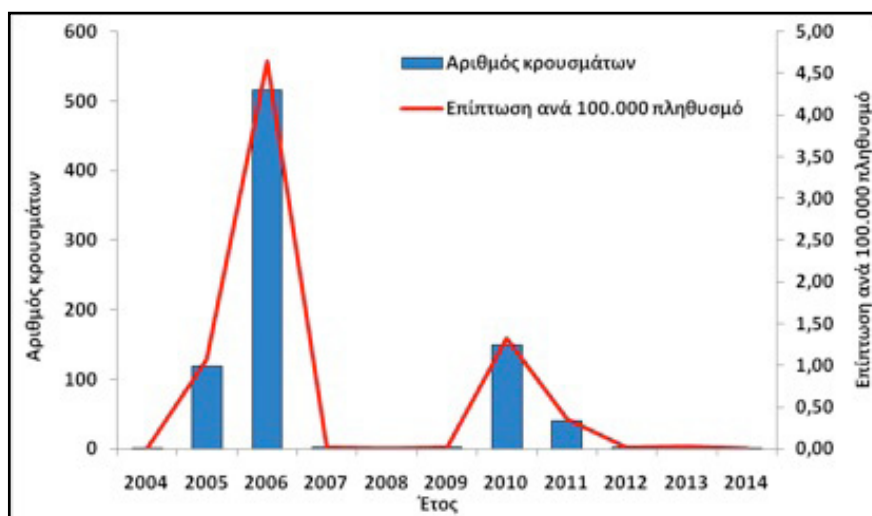
και ως το τέλος του 2020 την επίτευξη της εξάλειψης της ιλαράς και της ερυθράς / CRS σε τουλάχιστον πέντε περιοχές του ΠΟΥ, με επίτευξη τουλάχιστον 95% εμβολιαστικής κάλυψης, τόσο με την 1η όσο και με την αναμνηστική δόση εμβολίου κατά της ιλαράς σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.[9].

Παρά την εφαρμογή αποτελεσματικού και ασφαλούς εμβολίου, ο στόχος του ΠΟΥ για εξάλειψη της νόσου από την Ευρώπη δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα. Το 2013 δηλώθηκαν 31685 κρούσματα ιλαράς στην Ευρώπη, μία αύξηση 384% σε σύγκριση με το 2007 [10]. Στη χώρα μας το χρονικό διάστημα της προηγούμενης δεκαετίας εκδηλώθηκε επιδημία ιλαράς, που άρχισε μέσα στο 2005 και συνεχίστηκε το 2006 [11], με αποτέλεσμα η επίπτωση της νόσου για το 2006 να φτάσει τα 4,64 κρούσματα / 100000 πληθυσμού. Αξιίζει να σημειωθεί ότι από το 2007 ως το 2009 δηλώθηκαν μόνο πέντε σποραδικά κρούσματα. Το 2010 εκδηλώθηκε επιδημία ιλαράς που αριθμεί 149 κρούσματα το 2010 [12] και 40 κρούσματα το 2011, ενώ από το 2012 έως το 2014 δηλώθηκαν συνολικά οκτώ κρούσματα.

Διαχρονική τάση

Κατά την περίοδο 2004-2014 δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ, μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, 838 κρούσματα ιλαράς. Η ετήσια δηλούμενη επίπτωση κυμάνθηκε από 0,01 κρούσματα/100000 πληθυσμού ως 4,64/100000 πληθυσμού το έτος 2006, που συμπίπτει με την επιδημία ιλαράς (Γράφημα 1). Η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση για την περίοδο 2004-2014 στο σύνολο της χώρας ήταν 0,69 κρούσματα / 100000 πληθυσμού.

Γράφημα 1. Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού κρουσμάτων και της μέσης ετήσιας δηλούμενης επίπτωσης της ιλαράς(κρούσματα/100000 πληθυσμό), Ελλάδα, 2004-2014

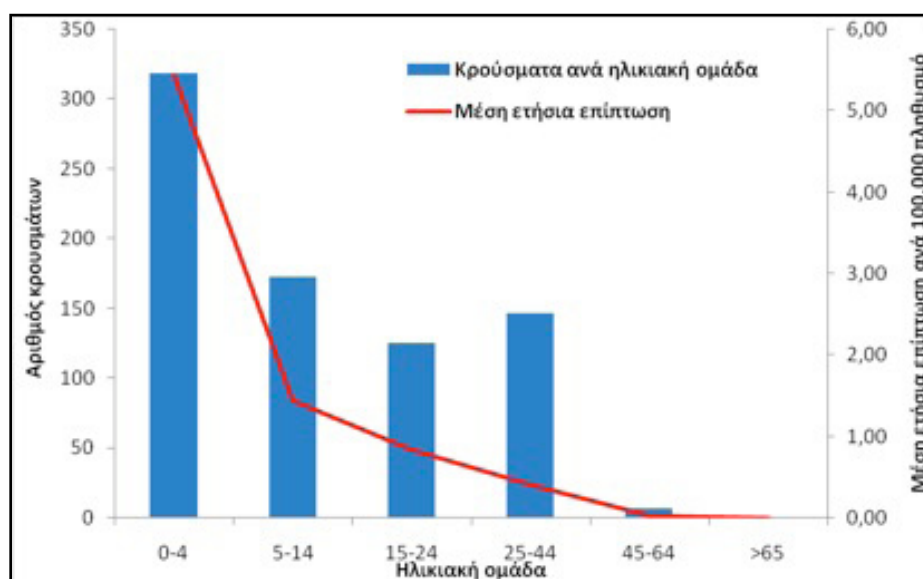


Κατανομή κατά ηλικία και φύλο

Κατά τα έτη 2004-2014, ο αριθμός δηλωμένων κρουσμάτων με γνωστή ηλικία ήταν 771 (92,0%). Το νόσημα παρουσίασε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στην ηλικιακή ομάδα 0-4 ετών, με μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση 5,43 κρούσματα ανά 100000 πληθυσμού (αριθμός κρουσμάτων: 319, από τα οποία τα 69 ήταν μικρότερα του ενός έτους), ενώ ακο-

λούθησαν οι ηλικιακές ομάδες 5-14 ετών και 15-24 ετών με μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση 1,43 και 0,84 κρούσματα ανά 100000 πληθυσμού αντίστοιχα (Γράφημα 2). Σημειώνεται ότι δε δηλώθηκαν κρούσματα ηλικίας >65 ετών στο διάστημα 2004-2014. Η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση ήταν 0,68 κρούσματα/100000 πληθυσμού για τους άνδρες και 0,62 κρούσματα/ 100000 πληθυσμού στις γυναίκες.

Γράφημα 2. Αριθμός κρουσμάτων και μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση ιλαράς (κρούσματα/100000 πληθυσμό) ανά ηλικιακή ομάδα, Ελλάδα 2004-2014



Γεωγραφική κατανομή

Τα έτη 2004-2014, το νόσημα παρουσίασε την υψηλότερη μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση στη Κεντρική Ελλάδα (0,89/100.000 πληθυσμού). Στις υπόλοιπες μεγάλες γεωγραφικές περιφέρειες (Βόρεια Ελλάδα / Αττική / Κρήτη & Νησιά του Αιγαίου,) η επίπτωση ήταν 0,76/0,44 / 0,38 κρούσματα ανά 100000 πληθυσμού αντίστοιχα.

Εργαστηριακά δεδομένα

Από τα 838 δηλωθέντα κρούσματα της νόσου για την περίοδο 2004-2014, 403 (48,09%) είχαν εργαστηριακή επιβεβαίωση, 183 (21,84%) είχαν κλινική εικόνα ιλαράς και επιδημιολογική σύνδεση με άλλο κρούσμα και 252 (30,07%) παρουσίασαν μόνο κλινική εικόνα ιλαράς.

Εμβολιαστική κατάσταση

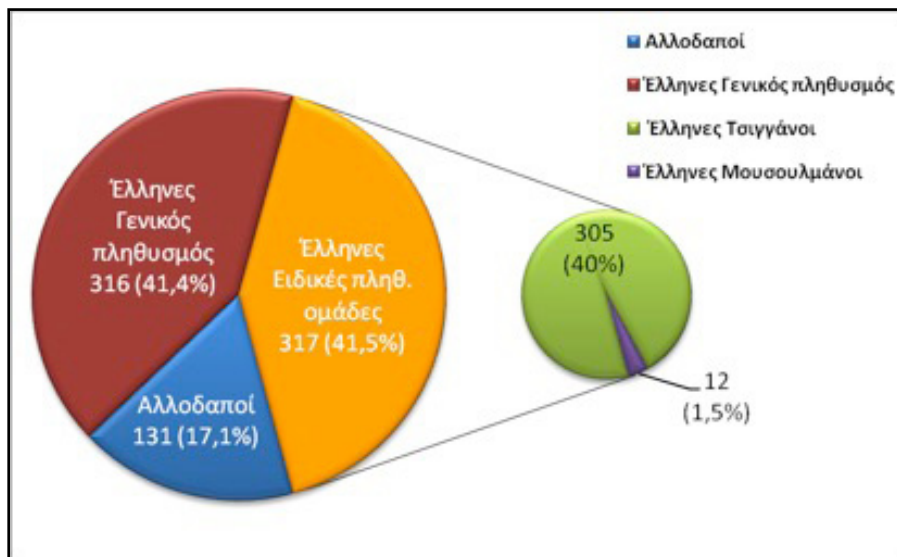
Από τα 838 δηλωθέντα κρούσματα της νόσου

για την περίοδο 2004-2014, η εμβολιαστική κατάσταση ήταν γνωστή για 596 (71,1%). Από αυτά, 527 (88,4%) ήταν ανεμβολίαστα, ενώ τα υπόλοιπα 69 (11,6%) ήταν εμβολιασμένα κυρίως με μία δόση εμβολίου (91,3%), ενώ σε έξι (8,7%) περιστατικά αναφέρεται εμβολιασμός με δύο δόσεις εμβολίου.

Παράγοντες κινδύνου - Θνητότητα

Από το σύνολο των δηλωθέντων κρουσμάτων για την περίοδο 2004-2014, η εθνικότητα ήταν γνωστή για 764 (91,2%). Από αυτά, 633 (82,9%) ήταν Έλληνες και 131 (17,1%) αλλοδαποί (Γράφημα 3). Από τους Έλληνες, το 41,4% ανήκε στο γενικό πληθυσμό και το 41,5% σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, και συγκεκριμένα η πλειονότητα ήταν Έλληνες τσιγγάνοι (40%) και οι υπόλοιποι (1,5%) Έλληνες Μουσουλμάνοι. Η έκβαση για όλα τα κρούσματα ήταν ίαση και δεν καταγράφηκε κανένας θάνατος.

Γράφημα 3. Κατανομή κρουσμάτων ιλαράς ανά πληθυσμιακή ομάδα, Ελλάδα 2004-2014



Συμπεράσματα

Η νόσος παρουσιάζει χαμηλή δηλούμενη επίπτωση στη χώρα μας, χαμηλότερη από τη μέση δηλούμενη επίπτωση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των χωρών της ΕΕΑ/ΕΕΤΑ (7,1/1000000 πληθυσμού για το έτος 2014) [13].

Κατά την περίοδο 2004-2014 καταγράφηκαν δυο επιδημίες ιλαράς εκ των οποίων η πρώτη το 2005-2006 που ήταν η πρώτη επιδημία

εθνικής κλίμακας από το 1996. Η επιδημία επιβεβαίωσε τη συνεχιζόμενη κυκλοφορία του ιού ιλαράς στην Ελλάδα και ανέδειξε το ρόλο των πληθυσμών με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη, όπως οι αθιγγάνοι και οι μετανάστες. Η επιδημία ξεκίνησε σε πληθυσμό αθιγγάνων στη Βόρεια Ελλάδα και επεκτάθηκε σε άλλα τμήματα. Αφορούσε κυρίως μικρά παιδιά από κοινότητες αθιγγάνων, μετανάστες, καθώς και άτομα 15-29 ετών και 30-39 ετών από το γε-

νικό πληθυσμό, μεταξύ των οποίων υπήρχαν επίνοσοι στην ιλαρά, καθώς ήταν ανεμβολίαστοι ή ατελώς εμβολιασμένοι [11]. Η δεύτερη επιδημία καταγράφηκε το 2010-2011. Αφετηρία της επιδημίας αποτέλεσαν κρούσματα Βουλγαρικής υπηκοότητας που εργάζονταν εποχικά στη χώρα μας και πιθανά σχετίζονταν με τη μεγάλη επιδημία ιλαράς στη Βουλγαρία. Η πλειοψηφία των ασθενών βουλγαρικής υπηκοότητας ήταν ανεμβολίαστα παιδιά κυρίως ηλικίας 1-4 ετών. Η επιδημία επεκτάθηκε σε άτομα Ελληνικής υπηκοότητας που ήταν Έλληνες αθίγγανοι, στην πλειοψηφία τους ανεμβολίαστα παιδιά κυρίως ηλικίας 1-4 ετών, και Έλληνες που δεν ανήκαν σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα, στην πλειοψηφία τους ηλικίας >20 ετών ανεμβολίαστοι ή ατελώς εμβολιασμένοι [12]. Οι επιδημίες ιλαράς στη χώρα μας υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης της εμβολιαστικής κάλυψης ιδίως σε άτομα που ανήκουν σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα, αλλά και την ολοκλήρωση του εμβολιασμού με δύο δόσεις εμβολίου ιλαράς σε επίνοσα παιδιά του γενικού πληθυσμού.

Στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου

Α) Προληπτικά μέτρα

Κεντρικό σημείο της στρατηγικής πρόληψης της ιλαράς είναι ο εμβολιασμός. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό ιλαράς που έχει καλλιεργηθεί σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε δύο δόσεις, σε ηλικία 12-15 μηνών και 4-6 ετών, και σε κάθε περίπτωση είναι καλύτερο να δίνεται με τη μορφή τριδύναμου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας) ή τετραδύναμου εμβολίου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας-ανεμευλογιάς). Στη χώρα μας κυκλοφορούν εμβόλια που περιέχουν τα στελέχη Edmonston (M-M-R VAX PRO) και Schwartz (PRIORIX και PRIORIX-TETRA).

Στην Ελλάδα, το εμβόλιο ιλαράς άρχισε να κυκλοφορεί στο εμπόριο στις αρχές της δεκαετίας του '70, εντάχθηκε στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών το 1981 [14] και το 1989 εντάχθηκε ως τριπλό εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (MMR) [15]. Το 1991 καθιερώθηκε η 2η δόση του MMR σε ηλικία 11-12 ετών και από το 1999 αυτή γίνεται σε ηλικία 4-6 ετών [16].

Το εμβόλιο εξασφαλίζει μακρόχρονη ανοσία και έχει βρεθεί ότι σε παιδιά που εμβολιάστηκαν σε ηλικία 15 μηνών αυτή ανέρχεται σε ποσο-

στό 98%, ενώ αν εμβολιάστηκαν σε ηλικία 12 μηνών το ποσοστό είναι 95% [1,4]. Περίπου 2%-5% των παιδιών που εμβολιάζονται με την πρώτη δόση του εμβολίου παρουσιάζουν αποτυχία στην πρωτογενή αντισωματική απάντηση [1,7, 17]. Τα περισσότερα από τα παιδιά που δεν ανέπτυξαν αντισώματα μετά την πρώτη δόση ανταποκρίνονται με τη δεύτερη δόση, ώστε 99% των εμβολιασθέντων με δύο δόσεις παιδιών παρουσιάζουν αντισωματική απάντηση ενδεικτική ανοσίας στην ιλαρά [18]. Στις αναπτυσσόμενες χώρες στις οποίες η ιλαρά αποτελεί σημαντική αιτία βρεφικής θνησιμότητας, ο ΠΟΥ συνιστά να γίνεται το εμβόλιο Edmonston-Zagreb με αυξημένη περιεκτικότητα σε εξασθενημένους ιούς, σε βρέφη ηλικίας έξι μηνών λόγω της αποτελεσματικότητάς του ήδη από τον 6ο μήνα της ζωής.

Σε περιοχές όπου υπάρχουν κρούσματα, ο εμβολιασμός του παιδικού πληθυσμού πρέπει να γίνεται σε ηλικία 12 μηνών. Επίσης, σε περίπτωση επιδημικής έξαρσης της ιλαράς, ο εμβολιασμός μπορεί να γίνεται και σε μικρότερη ηλικία, αλλά τότε χρειάζεται επανεμβολιασμός με το MMR στην ηλικία των 15 μηνών [3].

Η χορήγηση του εμβολίου με ζώντες εξασθενημένους ιούς αντενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις [3]:

- Σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Η HIV λοίμωξη δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη [4,6,8].
- Σε επίνοσες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να δίνονται σαφείς οδηγίες να αποφύγουν την εγκυμοσύνη για τουλάχιστον ένα μήνα μετά τον εμβολιασμό τους με εμβόλιο MMR για τον θεωρητικό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο [6].
- Σε άτομα που παρουσίασαν αντίδραση υπερευαισθησίας σε προηγούμενη δόση του εμβολίου στη ζελατίνη ή στη νεομυκίνη. Η αλλεργία στο αυγό δεν αποτελεί αντένδειξη.
- Το εμβόλιο θα πρέπει να χορηγείται τουλάχιστον 14 ημέρες πριν τη χορήγηση γ-σφαιρίνης ή μετάγγισης αίματος, ή τρεις μήνες μετά [1,6].

Β) Έλεγχος κρουσμάτων, φορέων, στενού περιβάλλοντος

- Δήλωση του κρούσματος στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές.
- Απομόνωση των ασθενών δεν

εφαρμόζεται σε ευρεία βάση στην κοινότητα. Παιδιά με ιλαρά απομακρύνονται από το σχολείο για 4-5 ημέρες από την εμφάνιση του εξανθήματος. Αν υπάρχουν παιδιά του στενού περιβάλλοντος των κρουσμάτων με πρόδρομα καταρροϊκά φαινόμενα, πρέπει να γίνει περιορισμός της επικοινωνίας με ευπαθή άτομα, ιδίως βρέφη και εγκυμονούσες [3,4].

- Καραντίνα πρακτικά δεν εφαρμόζεται [3]
- Ταυτόχρονη απολύμανση δεν εφαρμόζεται [3].
- Εμβολιασμός των στενών επαφών, αν γίνει εντός 72 ωρών από την έκθεση στον ιό, προσφέρει ικανοποιητική προστασία [3,5,7].
- Παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη (IVIG) εφαρμόζεται μέσα στις πρώτες έξι ημέρες από την έκθεση στον ιό σε ευπαθή (βρέφη κάτω του έτους, έγκυες γυναίκες) ή ανοσοκατασταλμένα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς που έχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών ή σε άτομα που ο εμβολιασμός αντενδείκνυται. Η ενδεικνυόμενη δόση είναι 0,25 ml/kg βάρους σώματος (ανοσοκατασταλμένα 0,5 ml/kg βάρους σώματος) με μέγιστη δόση τα 15 ml ενδομυϊκά. Το εμβόλιο με ζώντες εξασθενημένους ιούς θα πρέπει να χορηγηθεί σε όλα τα παραπάνω άτομα που έλαβαν ανοσοσφαιρίνη, μετά από 5-6 μήνες, εκτός όσων ο

εμβολιασμός αντενδείκνυται [1,3,7].

- Διερεύνηση των επαφών και της πηγής μόλυνσης: Θα πρέπει να γίνει έλεγχος για εντοπισμό της πηγής μόλυνσης και αναζήτηση άλλων πιθανών κρουσμάτων στο ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς. Οι στενές επαφές από το οικογενειακό, εργασιακό, σχολικό, κοινωνικό περιβάλλον, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να διερευνώνται σε όλη την περίοδο μεταδοτικότητας της νόσου [3].
- Ειδική θεραπεία ασθενών δεν εφαρμόζεται. Σε αναπτυσσόμενες χώρες και ιδίως σε παιδιά με υποθρεψία, συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης Α για πρόληψη επιπλοκών (τύφλωση) και μείωση της θνητότητας [3,19].
- Σε περίπτωση επιδημίας, εμβολιασμός θα πρέπει να χορηγείται σε όλα τα επίνουσα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον της επιδημίας. Αν η επιδημία αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας με ευρεία μετάδοση στην κοινότητα, θα πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση δεύτερης δόσης εμβολίου ιλαράς σε παιδιά ηλικίας 1-4 ετών που έχουν εμβολιαστεί με μια δόση εμβολίου. Αν στην επιδημία εμπλέκονται βρέφη μικρότερα του ενός έτους με αυξημένο κίνδυνο έκθεσης, το εμβόλιο θα πρέπει να χορηγείται σε βρέφη ηλικίας 6-11 μηνών [20].

Βιβλιογραφία

1. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book). Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. 12th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2011.
2. Mason WH. Measles. In: Kliegman RM Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF eds. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2007; pp: 1331-1337.
3. American Public Health Association. Control of communicable diseases manual, 19th edition. Heymann DL ed. 2008; pp: 403-408.
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Manual of childhood infections, 3rd edition. Sharland M ed. Oxford University Press 2011; pp:624-27.
5. Cherry JD. Measles virus. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th edition. SaundersElsevier. 2009; pp:2427-2451.
6. Συριοπούλου Β. Ιλαρά. Στο: Γιαμαρέλλου Ε συντ. Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία. Εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης. 2009; σελ:1211-17.
7. CDC. Measles, mumps, and rubella vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998;47(No. RR-8):1-57.
8. WHO. Measles vaccine: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2009;84:349-60.
9. Global measles and rubella strategic plan 2012-2020, WHO
10. <http://eiw.euro.who.int/profiles/blogs/eiw-2015-innovation-in-immunization-how-can-europe-free-itself-fr>
11. Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. Euro Surveill. 2006;11(8):pii=2906. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2906>
12. Pervanidou D, Horefti E, Patrinos S, Lytras T, Triantafyllou E, Mentis A, Bonovas S. Spotlight on measles 2010: Ongoing measles outbreak in Greece, January-July 2010. Euro Surveill. 2010 ;15(30):pii=19629. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19629>
13. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Measles-rubella-monitoring-first-quarter-2015.pdf>
14. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Οικ Α1/8732/7-10-81.
15. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Α1/Οικ 76/Εγκ 2/11-1-1989.
16. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Α.Π. Β1/Οικ.2138/29-4-1999 (Ανοσοποίηση κατά της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας).

Βιβλιογραφία

- 17.CDC. General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR 2002; 51(RR02):1-36.
- 18.Watson JC, Pearson JA, Markowitz LE, Baughman AL, Erdman DD, Bellini WJ, Baron RC, Fleming DW.. Evaluation of measles revaccination among schoolentry-aged children. Pediatrics 1996;97:613-8.
- 19.Huiming Y, Chaomin W, Meng M. Vitamin A for treating measles in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (4):CD001479.
- 20.AAP Committee on Infectious Diseases. Measles. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW eds.RedBook, Early Release chapters of 30th ed., 2015.

***Δρ. Γεωργακοπούλου Θεανώ, Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος, Υπεύθυνη
Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, Υπεύθυνη
Γραφείου Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό, ΚΕΕΛΠΝΟ***

Μάρτιος 2015

Πίνακας 1. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) στο σύνολο της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/03/2015 – 31/03/2015 και διάμεση τιμή δηλωθέντων κρουσμάτων Μάρτιος 2004–2014 και εύρος τιμών.

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων			
	Μάρτιος 2015	Διάμεση τιμή Μάρτιος 2004–2014	Ελάχιστη τιμή Μάρτιος 2004–2014	Μέγιστη τιμή Μάρτιος 2004–2014
Αλλαντίαση	0	0	0	1
Ανεμευλογιά με επιπλοκές	0	1	0	7
Άνθρακας	0	0	0	1
Βρουκέλλωση	11	10	6	40
Διφθερίτιδα	0	0	0	0
Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	0	0	0	0
Ελονοσία	1	1	0	2
Ερυθρά	0	0	0	14
Ευλογιά	0	0	0	0
Εχίνοκοκκίαση	0	1	0	3
Ηπατίτιδα Α	7	4	1	14
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	2	4	0	17
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	2	3	0	6
Ιλαρά	0	0	0	84
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	0	0	0	0
Κοκκύτης	1	2	0	9
Λεγιονέλλωση	4	1	0	5
Λεισμανίαση	4	4	2	8
Λεπτοσπείρωση	3	2	0	4
Λιστερίωση	1	1	0	3
Λοίμωξη από εντεροαιμορραγικό κολοβακτηρίδιο (EHEC)	0	0	0	1
Λύσσα	0	0	0	0
Μελιοειδωση-Μάλη	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα				
άσηπτη	10	11	4	22
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	14	18	9	27
αγνώστου αιτιολογίας	0	3	0	8
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	8	10	6	21
Πανώλη	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	0	0	0	5
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0
Πυρετός Q	2	0	0	2
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	7	17	10	52
Σιγκέλλωση	2	1	0	9
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	0	0	0	0
Συγγενής ερυθρά	0	0	0	0
Συγγενής σύφιλη	0	0	0	1
Συγγενής τοξοπλάσμωση	0	0	0	1

Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	0	1	0	4
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	1	0	0	0
Τουλαραιμία	0	0	0	0
Τριχίνωση	0	0	0	1
Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος	0	0	0	2
Φυματίωση	17	47	34	64
Χολέρα	0	0	0	0

Πίνακας 2. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά περιφέρεια της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/03/2015 – 31/03/2015 (Η περιφέρεια ορίζεται με βάση τη διεύθυνση κατοικίας του κρούσματος).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων													
	Αν. Μακεδονίας και Θράκης	Κεντρικής Μακεδονίας	Δυτικής Μακεδονίας	Ηπείρου	Θεσσαλίας	Ιονίων Νήσων	Δυτικής Ελλάδας	Στερεάς Ελλάδας	Αττικής	Πελοποννήσου	Βορείου Αιγαίου	Νοτίου Αιγαίου	Κρήτης	Άγνωστο
Βρουκέλλωση	0	0	1	0	1	2	3	4	0	0	0	0	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	2	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Κοκκύτης	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Λεϊσμανίαση	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Λεπτοσπειρώση	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα														
άσηπτη	2	0	1	0	2	0	0	1	3	1	0	0	0	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	0	2	0	1	2	1	2	0	2	2	1	1	0	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	1	1	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο - παρατυφική)	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
Σιγκέλλωση	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Φυματίωση	2	6	1	2	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0

Πίνακας 3. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, για το σύνολο της χώρας, με ημερομηνία δήλωσης 01/03/2015 – 31/03/2015 (Α: άνδρας, Γ: γυναίκα).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο																			
	<1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+		Άγν.	
	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ
Βρουκέλλωση	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	2	0	2	1	1	0	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Κοκκύτης	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Λεισμανίαση	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα																				
άσηπτη	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4	0	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	1	1	1	0	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο - παρατυφική)	0	0	0	3	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σιγκέλλωση	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Φυματίωση	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4	0	1	1	0	0	2	4	0	0

Τα δελτία δήλωσης και οι ορισμοί κρούσματος των παραπάνω νοσημάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται για το Μάρτιο 2015 είναι προσωρινά, μπορεί δηλαδή να υποστούν μικρές τροποποιήσεις και ότι η ερμηνεία τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς υπάρχουν ενδείξεις υποδήλωσης στο σύστημα. Το σύστημα ΥΔΝ βασίζεται στους γιατρούς που παρά το φόρτο εργασίας τους, αντιλαμβάνονται τη σημασία της συστηματικής δήλωσης των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και τους οποίους ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία τους.

Ενημερωτική Παρέμβαση στο γενικό πληθυσμό της Θεσσαλονίκης στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Εβδομάδας Εμβολιασμών

Το Γραφείο του ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με το Γραφείο Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό και Συγγενών Νοσημάτων του ΚΕΕΛΠΝΟ, διοργάνωσε ενημερωτική παρέμβαση την Παρασκευή 24 Απριλίου 2015, με κύριο σύνθημα «Ας μειώσουμε το εμβολιαστικό κενό – Εμβολιασμός για όλους».

Στόχος ήταν η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του εμβολιασμού ως μια αποτελεσματική προληπτική παρέμβαση Δημόσιας Υγείας. Η δράση υλοποιήθηκε με την ευκαιρία της Ευρωπαϊκής Εβδομάδας Εμβολιασμών (20-25 Απριλίου 2015).

Εξειδικευμένο προσωπικό βρισκόταν στην Πλατεία Αριστοτέλους της Θεσσαλονίκης, από τις 10.00 έως τις 15.00, προκειμένου να υπογραμ-

μίσει τη σημασία διατήρησης της ατομικής προστασίας από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η ενημερωτική παρέμβαση υλοποιήθηκε από τις κ.κ. Ντάικου Αγγελική, (Βιοπαθολόγος – Μικροβιολόγος), Μυλωνά Ευαγγελία (Επισκέπτρια Υγείας, ΜΔΕ ΠΦΥ) και Καραγκούννη Σοφία (Διοικητική Υπάλληλος).

Δόθηκε η ευκαιρία στους δημότες της Θεσσαλονίκης, καθώς και σε επισκέπτες της πόλης να ενημερωθούν για τα θετικά αποτελέσματα στη Δημόσια Υγεία της δια βίου ανοσοποίησης, και παροτρύνθηκαν να συζητήσουν και να συμβουλευτούν τον ιατρό τους σχετικά με τα συνιστώμενα εμβόλια και τον έλεγχο της δικής τους εμβολιαστικής κάλυψης και της οικογένειάς τους. Επιπλέον, δόθηκαν πληροφορίες σε άτομα που πρόκειται να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για τα απαραίτητα εμβόλια που πρέπει να κάνουν, ανάλογα με τη χώρα.

Παράλληλα, διανεμήθηκε στο κοινό έντυπο ενημερωτικό υλικό του ΚΕΕΛΠΝΟ, με τίτλο «Ο εμβολιασμός σώζει ζωές», το οποίο αφορά την ενημέρωση και το πώς να προστατεύουμε τον εαυτό μας και τους γύρω μας.



Γραφείο ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης

Ενημερωτική παρέμβαση του ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης για λοιμώδη νοσήματα στη Σχολή Μετεκπαίδευσης και Επιμόρφωσης Βόρειας Ελλάδας της Αστυνομικής Ακαδημίας

Το Γραφείο του ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης, σε συνεργασία με την Αστυνομική Ακαδημία, Σχολή Μετεκπαίδευσης και Επιμόρφωσης Βόρειας Ελλάδας στη Βέροια, υλοποίησε στις 29 Απριλίου και στις 13 Μαΐου 2015 ενημερωτικές παρεμβάσεις με θεματολογία: «Φυματίωση», «Ιός Δυτικού Νείλου και Ελονοσία-Μέτρα Προστασίας» και «HIV /AIDS και ΣΜΝ». Οι εν λόγω ενημερωτικές παρεμβάσεις συμπεριλήφθηκαν στη θεματική ενότητα «Συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού», η οποία ανήκει στο «Πρόγραμμα υλοποίησης εκπαιδευτικών δράσεων έτους 2013 του Ευρωπαϊκού Ταμείου Εξωτερικών Συνόρων –

Εκπαίδευση προσωπικού Ελληνικής Αστυνομίας από Τμήματα Συνοριακής Φύλαξης και από Υπηρεσίες Ελέγχου Διαβατηρίων (ΥΔΕ)». Εισηγήτριες ήταν η κα Ντάικου Αγγελική (Βιοπαθολόγος – Μικροβιολόγος) και η κα Μυλωνά Ευαγγελία (Επισκέπτρια Υγείας, ΜΔΕ ΠΦΥ) και στο ακροατήριο υπήρχαν 25 Αστυνομικοί, οι οποίοι υπηρετούν σε Υπηρεσίες Τμημάτων Συνοριακής Φύλαξης και 18 Αστυνομικοί, οι οποίοι υπηρετούν σε Υπηρεσίες Ελέγχου Διαβατηρίων αντίστοιχα.

Στόχος των ενημερωτικών παρεμβάσεων ήταν να δοθεί η δυνατότητα στους Αστυνομικούς Υπάλληλους να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης και τους τρόπους προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις αποτελούν τη συνέχεια μιας διαρκούς συνεργασίας του Γραφείου του ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης με την Αστυνομική Ακαδημία, Σχολή Μετεκπαίδευσης και Επιμόρφωσης Βόρειας Ελλάδας και θα συνεχιστούν με ανάλογη θεματολογία, ώστε οι Αστυνομικοί Υπάλληλοι να ενημερώνονται για θέματα Δημόσιας υγείας.

Γραφείο ΚΕΕΛΠΝΟ Θεσσαλονίκης

Η εξάλειψη της ιλαράς και της ερυθράς στην Ελλάδα

Από τη συνάντηση μελών του WHO και των υπεύθυνων φορέων της χώρας μας στο ΚΕΕΛΠΝΟ, 18/12/2014

Η εξάλειψη της ιλαράς και της ερυθράς στην Ευρώπη αποτελεί στόχο που χρονικά έχει μετατεθεί από τον WHO από το 2010 στο 2015, και τώρα στο 2020. Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι σε όλα τα κράτη - μέλη της Ευρώπης με την εφαρμογή σχεδίων δράσης, ο στόχος δεν έχει ακόμα επιτευχθεί λόγω πολλών παραγόντων, που έχουν ως αποτέλεσμα την πλημμελή ανοσοποίηση του πληθυσμού, ιδιαίτερα στην κεντρική και δυτική περιοχή της Ευρώπης.

Αξιζει να αναφερθεί ότι και τα δύο νοσήματα μπορούν να εκριζωθούν, διότι πληρούν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις: α) δεν υπάρχει άλλο ζώο που να αποτελεί υπόδοχο των ιών και ο άνθρωπος είναι σημαντικός για τη μετάδοση της νόσου, β) είναι εφικτή η ακριβής διάγνωση της λοίμωξης, γ) υπάρχουν εμβόλια και στρατηγική εμβολιασμού αποτελεσματική και ασφαλής και δ) η μετάδοση των λοιμωδών νοσημάτων έχει διακοπεί σε ευρείες γεωγραφικές περιοχές για μακρό χρονικό διάστημα. Εξάλειψη της ιλαράς ορίζεται η απουσία ενδημικής μετάδοσης της νόσου σε καθορισμένη γεωγραφική περιοχή για χρονική περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών, με την προϋπόθεση της ύπαρξης άριστου συστήματος επιτήρησης. Ανάλογος είναι και ο ορισμός για την ερυθρά. Στη χώρα μας λειτουργεί δίκτυο επιτήρησης, και η ιλαρά και η ερυθρά δηλώνονται υποχρεωτικά.

Σημειώνεται ότι από το Μάρτιο του 2013 δεν έχει καταγραφεί περίπτωση ιλαράς στη χώρα μας, επομένως δεν υπάρχει ένδειξη ενδημικής μετάδοσης, ενώ από το 2009 δεν έχει καταγραφεί περίπτωση ερυθράς και από το 2004 περίπτωση συγγενούς ερυθράς.

Κάθε κράτος έχει Εθνική Επιτροπή (National Verification Committee) (NVC), η οποία είναι υπεύθυνη για την ετήσια αναφορά σχετικά με

την επιδημιολογία των νόσων και περιοδικά γίνονται συναντήσεις που διοργανώνει ο WHO και το ECDC, προκειμένου να συζητηθούν τα θέματα που αφορούν την εξέλιξη της πορείας προς την εξάλειψη των νοσημάτων.

Στις 18 Δεκεμβρίου του 2014 ορίστηκε συνάντηση στο ΚΕΕΛΠΝΟ μελών του WHO της Ευρώπης και των εμπλεκόμενων φορέων της χώρας μας (πίνακας συμμετεχόντων), με σκοπό την παρουσίαση των δράσεων στη χώρα μας για την εξάλειψη της ιλαράς, ερυθράς και ανταλλαγή απόψεων και προτάσεων.

Μετά από εισαγωγή της καθηγήτριας κυρίας Μ. Θεοδωρίδου, η κα. Θεανώ Γεωργακοπούλου παρουσίασε τα επιδημιολογικά στοιχεία από την επιτήρηση και την πανελλαδική εμβολιαστική κάλυψη σε βρέφη και παιδιά. Ο κ. Ανδρέας Μεντής παρουσίασε το έργο της εργαστηριακής επιτήρησης των λοιμώξεων.

Το έργο που επιτελείται στη χώρα μας επικεντρώνεται:

- Στην επίτευξη και διατήρηση υψηλού ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης >95%. Τονίσθηκε η ανάγκη της έγκαιρης χορήγησης και των δύο δόσεων των εμβολίων με βάση το χρονοδιάγραμμα, αλλά και η ανάγκη εμβολιασμού των ομάδων πληθυσμού αυξημένου κινδύνου.
- Την επιτήρηση των νόσων με διερεύνηση των κρουσμάτων και την εργαστηριακή διάγνωση των ύποπτων σποραδικών περιπτώσεων και επιδημικών εξάρσεων και
- Την επικοινωνία και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού σχετικά με τα οφέλη του εμβολιασμού, ιδιαίτερα σε χρονική περίοδο που αυξάνει το αντιεμβολιαστικό κίνημα.

Συμπερασματικά: για την επίτευξη του στόχου εξάλειψης ιλαράς, ερυθράς από τη χώρα μας, απαιτείται βελτιστοποίηση της εμβολιαστικής κάλυψης ειδικών πληθυσμών (Roma, μεταναστών, προσφύγων κ.ά.) και ενεργητική καταγραφή και διερεύνηση των υπόπτων για νόσο περιπτώσεων.

Θεοδωρίδου Μαρία, Ομότιμος Καθηγητρια Παιδιατρικής -Λοιμωξιολόγος, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ενημέρωση-συζήτηση στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας για τα προγράμματα καταπολέμησης κουνουπιών

Τα κουνούπια αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα υγειονομικής σημασίας, καθώς τα τελευταία χρόνια ευθύνονται για τη μετάδοση ασθενειών, όπως είναι ο ιός του Δυτικού Νείλου και η ελονοσία στη χώρα μας. Η εφαρμογή και η υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων καταπολέμησης κουνουπιών κρίνεται επιτακτική για την αντιμετώπιση και την πρόληψη εμφάνισης κρουσμάτων, καθώς και την προστασία της δημόσιας υγείας.

Κατόπιν πρωτοβουλίας του Προέδρου Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ Αθανάσιου Γιαννόπουλου, Ομότιμου Καθηγητή Χειρουργικής, στο πλαίσιο της δράσης για την επιτήρηση των νοσημάτων που μεταδίδονται με διαβιβαστές και την προστασία της δημόσιας υγείας, την Παρασκευή 24 Απριλίου 2015 στις 12.00 στην αίθουσα Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου Λαμιέων, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση - συζήτηση για την εφαρμογή και την επιτήρηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων καταπολέμησης κουνουπιών, παρουσία εκπροσώπων των αρμόδιων Διευθύνσεων της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας. Στην ενημέρωση-συζήτηση απηύθυναν χαιρετισμό ο Πρόεδρος του ΚΕΕΛΠΝΟ, κ. Αθανάσιος Γιαννόπουλος, ο Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Χρήστος Χατζηχριστοδούλου, ο Δήμαρχος Λαμιέων, κ. Νίκος Σταυρογιάννης, ο Γενικός Δ/ντης της Γενικής Δ/σης Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας και Προϊστάμενος Αγροτικής Οικονομίας και Κτηνιατρικής, κ. Σταύρος Τσελάς, ο Αντιπεριφερειάρχης Πολιτικής Προστασίας, κ. Αθανάσιος Καρακάντζας, ο Αντιπεριφερειάρχης με αρμοδιότητα στους Τομείς Υγείας & Κοιν.Αλληλεγγύης, κ. Κωνσταντίνος Μπακομήτρος και ο Αντιδήμαρχος Περιβάλλοντος και Αγροτικής Ανάπτυξης κ.Παναγιώτης Ριζάκος.

Για το θέμα μίλησαν ο Δρ. Γεώργιος Κολιόπουλος, εντομολόγος στο Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο, ο Καθηγητής Γεωργικής Εντομολογίας της Σχολής Γεωπονικών Επιστημών, κ. Νικόλαος Παπαδόπουλος, η κ. Αννίτα Βακάλη, Επόπτρια Υγείας του ΚΕΕΛ-

ΠΝΟ και η κ. Χρυσοβαλάντου Κεφαλούδη, Περιβαλλοντολόγος του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ο Πρόεδρος ΔΣ του ΚΕΕΛΠΝΟ τόνισε την αναγκαιότητα της έγκαιρης έναρξης και του συστηματικού σχεδιασμού ολοκληρωμένων δράσεων καταπολέμησης κουνουπιών για την προστασία της δημόσιας υγείας, ιδιαιτέρως στην περιοχή της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας λόγω της εμφάνισης στο παρελθόν κρουσμάτων ελονοσίας. Παράλληλα, οι παρευρισκόμενοι ενημερώθηκαν από το επιστημονικό κλιμάκιο του ΚΕΕΛΠΝΟ σχετικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα κρουσμάτων ιού του Δυτικού Νείλου και ελονοσίας από το 2009 έως το 2014, καθώς και για τις δράσεις εντομολογικής επιτήρησης που διεξήχθησαν από το ΚΕΕΛΠΝΟ σε συνεργασία με το πρόγραμμα MALWEST από το 2011 έως και το 2014. Στη συνέχεια, ο Καθηγητής κ. Νικόλαος Παπαδόπουλος ενημέρωσε τους παρευρισκόμενους σχετικά με τις ενδεδειγμένες δράσεις που θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό ολοκληρωμένων προγραμμάτων καταπολέμησης κουνουπιών, καθώς και τους τρόπους επιτήρησης και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους. Τέλος, ο κ. Κολιόπουλος λαμβάνοντας το λόγο, παρουσίασε στους υπηρεσιακούς παράγοντες τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την ανθεκτικότητα των κουνουπιών σε ορισμένες κατηγορίες βιοκτόνων. Τόσο ο κ. Παπαδόπουλος όσο και ο κ.Κολιόπουλος στις ομιλίες τους τόνισαν την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων καταπολέμησης κουνουπιών, οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν πρώτα απ' όλα τη χαρτογράφηση των ενδιαιτημάτων, τη σωστή εφαρμογή των ψεκασμών, την εντομολογική επιτήρηση, καθώς και τον έλεγχο της ανθεκτικότητας των βιοκτόνων.

Οι εκπρόσωποι της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας κατά τη διάρκεια της συνάντησης ενημέρωσαν το ΚΕΕΛΠΝΟ σχετικά με τη διεξαγωγή των δράσεων καταπολέμησης κουνουπιών που έχουν προγραμματιστεί από την Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας για το 2015, καθώς και για την έγκαιρη έναρξη των ψεκασμών σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της Περιφέρειας, καθώς έχουν ήδη εξασφαλιστεί τα απαραίτητα κονδύλια.

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης, οι παρευρισκόμενοι είχαν την ευκαιρία να ανταλλάξουν τις απόψεις τους και την εμπειρία τους από την εφαρμογή προγραμμάτων κουνουποκτονιών και την εμφάνιση κρουσμάτων νοσημά-

των που μεταδίδονται με διαβιβαστές, ενώ υπήρξε εκτενής αναφορά και στο θέμα της παρουσίας μεταναστών στη περιοχή και της εγκατάστασης Ρομά σε οικισμούς πλησίον φυσικών ενδιαιτημάτων κουνουπιών.

Στο τέλος της συνάντησης, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν στην πιστή εφαρμογή της πρόσφατης εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας,

καθώς και στην ένταξη της εντομολογικής επιτήρησης στα προγράμματα καταπολέμησης κουνουπιών, ενώ το ΚΕΕΛΠΝΟ διαβεβαίωσε τους παρευρισκόμενους για τη συνέχιση της συνεργασίας με τις αρμόδιες διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας αναφορικά με την καταγραφή και την επιτήρηση πιθανών κρουσμάτων νοσημάτων που μεταδίδονται με διαβιβαστές.



***Χρυσοβαλάντου Κεφαλούδη, Περιβαλλοντολόγος, MSc, Γρ.
Επιστημονικών Συνεργατών Προέδρου ΔΣ ΚΕΕΛΠΝΟ***

Επίσκεψη Διοίκησης ΚΕΕΛΠΝΟ σε Ρόδο-Τήλο-Κω

Τις νήσους Ρόδο, Τήλο και Κω επισκέφθηκε η διοίκηση του Οργανισμού αποτελούμενη από τον Πρόεδρο του ΔΣ ΚΕΕΛΠΝΟ Ομότιμο Καθηγητή Χειρουργικής κ. Αθανάσιο Γιαννόπουλο και τον Γενικό Διευθυντή του ΚΕΕΛΠΝΟ ιατρό κ. Θεόδωρο Παπαδημητρίου συνοδευόμενους από τον ιατρό του Οργανισμού κ. Γεώργιο Ρηγάκο, υλοποιώντας την πολιτική της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την επαρκή υγειονομική και ψυχοκοινωνική κάλυψη των νεοεισερχόμενων μεταναστών και προσφύγων και κατ' επέκταση τη θωράκιση της Δημόσιας Υγείας της χώρας μας.

Συγκεκριμένα, τη Δευτέρα 20 Απριλίου πραγματοποιήθηκε σύσκεψη στην Ρόδο και στην έδρα της Περιφέρειας Δωδεκανήσου παρουσία του Περιφερειάρχη, εκπροσώπων του ιατρικού συλλόγου και των εμπλεκόμενων τοπικών αρχών και εδόθη συνέντευξη τύπου στα τοπικά μέσα ενημέρωσης. Τονίστηκε πως έχει εκπονηθεί πλήρες επιχειρησιακό σχέδιο το οποίο μεταξύ άλλων περιλαμβάνει κινητές μονάδες που θα παρέχουν πρωτοβάθμια παροχή

υγειονομικών υπηρεσιών στους συνανθρώπους μας που φθάνουν στις πύλες εισόδου, ενώ θα υπάρξει και συνεργασία με ιδιώτες γιατρούς για να καλυφθούν οι ανάγκες.

Ακολούθησε επίσκεψη στο Λιμεναρχείο Ρόδου, όπου έχει δημιουργηθεί προσωρινός χώρος φιλοξενίας μεταναστών/προσφύγων και έγινε επιτόπια ενημέρωση για τις συνθήκες και τις ανάγκες που έχουν προκύψει από την εντόνως αυξημένη εισροή των ατόμων χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα.

Εν συνέχεια το κλιμάκιο μετέβη στο νησί της Τήλου, όπου είχε συνάντηση με παράγοντες του νησιού και συζητήθηκαν θέματα που αφορούσαν τη διαχείριση μεταναστών/προσφύγων τις τρέχουσες ανάγκες των τοπικών φορέων και υποδομών.

Την επόμενη ημέρα συμμετείχε σε σύσκεψη στο Επαρχείο της Κω παρουσία των τοπικών εμπλεκόμενων φορέων, όπου και εκεί έγινε ενημέρωση για την διαχείριση των μεταναστών/προσφύγων, για την κατάσταση στις συνθήκες φιλοξενίας καθώς και τις προκύπτουσες ανάγκες από την μεγάλη εισροή παρατύπως εισερχομένων ατόμων.

**Γιώργος Κ. Αναστόπουλος, Οικονομολόγος MSc, PhD, Υπεύθυνος
Γραφείου Διεκπεραίωσης Ειδικών Θεμάτων Οικονομίας & Διοίκησης,
ΚΕΕΛΠΝΟ**

Επίσκεψη κλιμακίου του ΚΕΕΛΠΝΟ στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ, Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής, κ. Αθανάσιος Γιαννόπουλος, συνοδευόμενος από τον Ιατρό του ΚΕΕΛΠΝΟ, κ. Λάζαρο Κωστόπουλο και τον Υπεύθυνο του Γραφείου Διεκπεραίωσης Ειδικών Θεμάτων Οικονομίας & Διοίκησης του ΚΕΕΛΠΝΟ, κ. Γεώργιο Αναστόπουλο, επισκέφθηκαν την Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης και τις κατά τόπους δομές φιλοξενίας των μεταναστών/προσφύγων, στο πλαίσιο υλοποίησης της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας με σκοπό τη θωράκιση της Δημόσιας Υγείας και την επαρκή υγειονομική κάλυψη των νεοεισερχόμενων στη χώρα ατόμων. Την Τρίτη 28 Απριλίου 2015, πραγματοποιήθηκε σύσκεψη στην Αλεξανδρούπολη (Νομαρχείο Έβρου) και στην Ορεστιάδα (Αστυνομική Διεύθυνση Ορεστιάδας), με συμμετοχή όλων των αρμόδιων τοπικών αρχών. Ακολούθησε συνέντευξη τύπου για τα τοπικά μέσα ενημέρωσης. Κατόπιν, το κλιμάκιο του ΚΕΕΛΠΝΟ επισκέφθηκε το Κέντρο Πρώτης Υποδοχής (ΚΕΠΥ) Ορεστιάδας και το Προαναχωρησιακό Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Φυλακίου Ορεστιάδας, όπου περιηγήθηκε στις εγκαταστάσεις, ενημερώθηκε για τις συνθή-

κες φιλοξενίας των μεταναστών/προσφύγων και τις ανάγκες των τοπικών αρχών.

Την Τετάρτη 29 Απριλίου 2015, το κλιμάκιο του ΚΕΕΛΠΝΟ, συνοδεία του Διοικητή της 4^{ης} ΥΠΕ και του Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας ΑΜΘ, μετέβη στη Σαμοθράκη, για να συμμετάσχει σε σύσκεψη στο Δημαρχείο με την παρουσία των τοπικών αρχών. Ακολούθησε επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας Σαμοθράκης και στις εγκαταστάσεις προσωρινής φιλοξενίας των μεταναστών στο Λιμάνι της Σαμοθράκης. Εν συνεχεία, το κλιμάκιο του ΚΕΕΛΠΝΟ επισκέφθηκε το Προαναχωρησιακό Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Ξάνθης, όπου περιηγήθηκε στις εγκαταστάσεις και ενημερώθηκε για τις συνθήκες φιλοξενίας των μεταναστών/προσφύγων, καθώς και τις ανάγκες των τοπικών φορέων.

Στόχος του ΚΕΕΛΠΝΟ αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση ενδεχόμενων λοιμωδών νοσημάτων των δομών φιλοξενίας των μεταναστών, ώστε να εξασφαλιστούν οι συνθήκες υγιεινής για τους μετανάστες, τους ένστολους και τους λοιπούς εμπλεκόμενους σε συνδυασμό με τις κατάλληλες συνθήκες ασφάλειας για τους πολίτες. Η μέριμνα για την υγειονομική και ψυχοκοινωνική κάλυψη των νεοεισερχομένων μεταναστών και προσφύγων αποτελεί πρώτη επιλογή, τόσο του Υπουργείου Υγείας όσο και του ΚΕΕΛΠΝΟ.

**Γιώργος Κ. Αναστόπουλος, Οικονομολόγος MSc, PhD, Υπεύθυνος
Γραφείου Διεκπεραίωσης Ειδικών Θεμάτων Οικονομίας & Διοίκησης,
ΚΕΕΛΠΝΟ**

Επίθεμα με μικροβελόνες για τη χορήγηση του εμβολίου της Ιλαράς

Τον Απρίλιο 2015 δημοσιεύτηκε από ομάδα ερευνητών του Πολυτεχνείου της Georgia (Georgia Tech) και του CDC, ΗΠΑ στην Ατλάντα, η ανάπτυξη επιθέματος με μικροβελόνες (microneedle patch) για τη χορήγηση του εμβολίου της ιλαράς, με πιθανή εφαρμογή και σε άλλα εμβόλια. Το επίθεμα φέρει μικροβελόνες από πολυμερές που περιέχουν συνολικά τη συνιστώμενη δόση του εμβολίου της ιλαράς (1000 TCID₅₀), ενώ η μελέτη αναφέρεται στα αποτελέσματα της εφαρμογής του σε πειραματόζωα (μακάκοι πίθηκοι). Στη φάση αυτή έγινε η σύγκριση του νέου επιθέματος με τον παραδοσιακό τρόπο χορήγησης του εμβολίου με υποδόρια ένεση. Το επίθεμα με μικροβελόνες έχει μέγεθος περίπου ένα τετραγωνικό εκατοστό και εφαρμόζεται στο δέρμα με απλή πίεση με τον αντίχειρα. Η κάτω επιφάνειά του φέρει 100 συμπαγείς, κωνικές μικροβελόνες φτιαγμένες από πολυμερές, σάκχαρο και εμβόλιο, που έχουν μέγεθος πολύ μικρότερο του ενός χιλιοστού. Με την εφαρμογή οι μικροβελόνες εισέρχονται στις ανώτερες στιβάδες της επιδερμίδας και σταδιακά διαλύονται απελευθερώνοντας το εμβόλιο. Στην ανωτέρω μελέτη και οι δύο ομάδες πιθήκων ανέπτυξαν προστατευτικά αντισώματα κατά του ιού της ιλαράς, ενώ οι τίτλοι εξουδετερωτικών αντισωμάτων ήταν ισοδύναμοι και στις δύο ομάδες. Το επίθεμα με μικροβελόνες είναι σχεδιασμένο ώστε να μπορεί να εφαρμόζεται από προσωπικό που χρειάζεται ελάχιστη εκπαίδευση και μπορεί να απλοποιήσει σημαντικά τις διαδικασίες αποθήκευσης, διανομής και απόρριψης του εμβολίου.

Στη μελέτη δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες ή άλλα προβλήματα υγείας στα πειραματόζωα. Τα ανωτέρω ευρήματα ανοίγουν το δρόμο για την κλινική μελέτη σε ανθρώπους, που μπορεί να ξεκινήσει μέσα στο 2017.

Το CDC, ΗΠΑ συνεργάζεται με το Georgia Tech στην Ατλάντα για τη χρήση του επιθέματος με μικροβελόνες για το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας, ενώ άλλες έρευνες γίνονται για τη χρήση του για το εμβόλιο της γρίπης, του ροταϊού και της φυματίωσης.

Βιβλιογραφία

1. C. Edens, M. L. Collins, J.L. Goodson, P.A. Rota, M.R. Prausnitz, A microneedle patch containing measles vaccine is immunogenic in non-human primates [Vaccine](#), doi:10.1016/j.vaccine.2015.02.074
2. Microneedle Patch for Measles Vaccination Could Be a Game Changer, Apr. 27, 2015 available at <http://www.cdc.gov/media/releases/2015/p0427-microneedle-patch.html>

Scientists Crack A 50-Year-Old Mystery About The Measles Vaccine

Από τη δεκαετία του '60, όταν άρχισε ο συστηματικός εμβολιασμός κατά της ιλαράς, οι ερευνητές παρατήρησαν τη ραγδαία μείωση των παιδιατρικών θανάτων από όλα τα λοιμώδη αίτια. Ακόμη και θάνατοι από πνευμονία και διάρροια μειώθηκαν τουλάχιστον στο μισό. Βεβαίως, μία εξήγηση μπορεί να είναι ότι παιδιά τα οποία εμβολιάζονται κατά της ιλαράς, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν πρόσβαση σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας γενικότερα, π.χ. περισσότερα εμβόλια και αντιβιοτικά.

Ομάδα ερευνητών από τα πανεπιστήμια Πρίνσετον, Έμορυ και Εράσμους, καθώς και το NIAH των ΗΠΑ συγκέντρωσαν επιδημιολογικά δεδομένα από τις ΗΠΑ, τη Δανία, την Ουαλία και την Αγγλία από τη δεκαετία του 1940 μέχρι σήμερα. Με τη χρήση μοντέλων βρήκαν ότι ο αριθμός των κρουσμάτων ιλαράς σε αυτές τις χώρες σχετιζόταν με τον αριθμό των θανάτων από άλλα

λοιμώδη αίτια μετά από 2-3 χρόνια. Ο ιός της ιλαράς, όπως και άλλοι ιοί, καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα για λίγες εβδομάδες μετά τη λοίμωξη. Μελέτες σε πιθήκους δείχνουν ότι ο ιός της ιλαράς προκαλεί πολύ πιο σημαντική ανοσοκαταστολή και μπορεί να οδηγεί σε ένα είδος «αμνησίας του ανοσοποιητικού συστήματος» για πολλά νοσήματα, η οποία σύμφωνα με τη νέα αυτή μελέτη μπορεί να φτάνει τα 2-3 χρόνια.

Είναι γνωστό ότι η ανοσοκαταστολή που ακολουθεί την ιλαρά προδιαθέτει σε ευκαιριακές λοιμώξεις για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες έως μήνες. Με τη χρήση πληθυσμιακών δεδομένων, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η ιλαρά έχει πολύ πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα, που φτάνουν τα 2-3 έτη. Η θνησιμότητα από λοιμώδη αίτια εκτός ιλαράς σε ανεπτυγμένες χώρες φαίνεται να συσχετίζεται πολύ στενά με την επίπτωση της ιλαράς 2-3 χρόνια πριν, τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή των συστηματικών εμβολιασμών, όπως καταλήγει η μελέτη αυτή. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με πρόσφατες πειραματικές έρευνες που αποδίδουν την ανοσοκατασταλτική δράση του ιού της ιλαράς στην εξαφάνιση των Β και Τ λεμφοκυττάρων.

Έτσι, ο εμβολιασμός κατά της ιλαράς προλαμβάνει την απώλεια «ανοσολογικής μνήμης» και προστατεύει την ανοσία της αγέλης για μεγαλύτερο αριθμό λοιμωδών νοσημάτων.

Βιβλιογραφία

1. M. Mina, C. J. E. Metcalf, R. L. de Swart, A. D. M. E. Osterhaus, B. T. Grenfell, Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality, Science 8 May 2015: Vol. 348 no. 6235 pp. 694-699 DOI: 10.1126/science.aaa3662

**Αγορίτσα Μπάκα, Γρ. Επιστημονικών Συνεργατών Προέδρου Δ.Σ.
ΚΕΕΛΠΝΟ**

Μύθοι και αλήθειες για την Ιλαρά

Μύθοι	Αλήθειες
Η ιλαρά δεν είναι σοβαρό νόσημα διότι αντιμετωπίζεται καλύτερα στις μέρες μας	Η εσφαλμένη αυτή αντίληψη οφείλεται στην επιτυχία του εμβολιασμού, χάρη στην οποία η πλειοψηφία του κοινού δεν έχει εμπειρία της φυσικής νόσου ούτε της σοβαρότητάς της. Παρά τις σύγχρονες προόδους στη νοσηλεία που συνέβαλαν στη μειωμένη πιθανότητα σημαντικών επιπλοκών στις ανεπτυγμένες χώρες, η αντιμετώπιση της ιλαράς παραμένει υποστηρικτική, αφού δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Έτσι, οι σοβαρές επιπλοκές όπως η οξεία εγκεφαλίτιδα, που οδηγεί συχνά σε μόνιμη εγκεφαλική βλάβη, εξακολουθεί να παρατηρείται με συχνότητα 1: 1000 κρούσματα. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, οι θάνατοι στις ΗΠΑ μετά το έτος 2000, κυρίως από νευρολογικές ή αναπνευστικές επιπλοκές, έχουν υπολογισθεί σε 1-3 ανά 1000 δηλωθέντα κρούσματα, ενώ στην Ευρώπη, κατά τη χρονική περίοδο 2005-2013, καταγράφηκαν 61 θανατηφόρα κρούσματα και 28062 περιπτώσεις νοσηλείας λόγω επιπλοκών [1, 2].
Η ιλαρά ενδημεί μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες	Χάρη στην ευρεία εφαρμογή των εμβολιαστικών προγραμμάτων, η ιλαρά δεν έχει μεγάλη επίπτωση σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Ο κίνδυνος όμως εισαγομένων κρουσμάτων από ενδημικές περιοχές και διασποράς της νόσου σε ανεμβολίαστα ή ατελώς εμβολιασμένα άτομα εξακολουθεί να υφίσταται λόγω των διεθνών ταξιδιών και της μετανάστευσης. Η εξάλειψη της ιλαράς μπορεί να επιτευχθεί μόνο εφόσον εμβολιασθεί ποσοστό 95% του πληθυσμού με δύο δόσεις εμβολίου. Μέχρι όμως να επιτευχθεί η εξάλειψη θα συνεχίσει να αποτελεί σημαντικό κίνδυνο και για τις χώρες της Ευρώπης [1, 2].
Η κλινική διάγνωση ιλαράς από το γιατρό αποτελεί απόδειξη ανοσίας	Η κλινική, γραπτή ή προφορική, διάγνωση ιλαράς δεν αποτελεί απόδειξη ανοσίας, αλλά ούτε και η προφορική διαβεβαίωση πλήρους εμβολιασμού. Ο επαρκής εμβολιασμός έναντι της ιλαράς με ηλικία έναρξης ≥ 12 μήνες, η εργαστηριακή επιβεβαίωση ανοσίας ή οξείας νόσου και η ημερομηνία γέννησης πριν το έτος 1957 αποτελούν, καθεμία, ικανοποιητικές ενδείξεις ανοσίας. Πάντως, σε συνθήκες αυξημένου κινδύνου (επιδημική έξαρση, ταξίδι σε ενδημική περιοχή) θα πρέπει να εξετάζεται η έναρξη του εμβολιασμού από την ηλικία των έξι μηνών, αλλά και ο εμβολιασμός ορισμένων ατόμων (επαγγελματίες υγείας) που δεν έχουν ένδειξη ορολογικής προστασίας και έχουν γεννηθεί πριν το 1957, με δύο δόσεις εμβολίου με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 28 ημερών [1].
Η ιλαρά μπορεί να προληφθεί με συμπληρωματικά ή εναλλακτικά σκευάσματα	Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης της νόσου είναι ο εμβολιασμός. Όλα τα εναλλακτικά ή συμπληρωματικά σκευάσματα έχουν ανυπόστατο μηχανισμό δράσης και είναι αναποτελεσματικά. Έτσι, ένα επίνοσο άτομο έχει 90% πιθανότητα να νοσήσει, εφόσον εκτεθεί στον ιό [2, 4].

Το εμβόλιο προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες	Το MMR διαθέτει εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας και για το λόγο αυτό περιλαμβάνεται σε όλα τα προγράμματα εμβολιασμού παγκοσμίως είτε ως μονοδύναμο εμβόλιο ιλαράς ή ως συνδυασμός με τα αντιγόνα παρωτίτιδας, ερυθράς ή και ανεμευλογιάς (MMRV). Η χορήγηση της 1ης δόσης εμβολίου έχει συσχετισθεί με την εμφάνιση πυρετικών σπασμών σε συχνότητα 1: 3000, η πρόγνυσή τους όμως είναι πολύ καλή και δεν αυξάνει τον κίνδυνο επιληψίας ή νευροαναπτυξιακής καθυστέρησης. Παροδική θρομβοπενία, επίσης, είναι δυνατόν να σημειωθεί σε 1: 20000- 40000 δόσεων αντίστοιχα, χωρίς όμως ποτέ να αποτελέσει αίτιο σοβαρής αιμορραγίας ή θανατηφόρου κατάληξης. Τέλος, οι περιπτώσεις εγκεφαλίτιδας ή εγκεφαλοπάθειας που έχουν καταγραφεί ως σχετιζόμενες με το εμβόλιο σε συχνότητα 1: 1000000 στις ΗΠΑ, είναι σπανιότερες από τις αντίστοιχες «άγνωστης αιτιολογίας» και φαίνεται, σύμφωνα με μελέτες, ότι έχουν χρονική και όχι αιτιολογική συσχέτιση με το εμβόλιο. Όλες οι προαναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πολύ σπανιότερες από τις αντίστοιχες επιπλοκές που προκαλεί η φυσική νόσος [1, 2, 3].
Το MMR συσχετίζεται με την εμφάνιση αυτισμού	Πληθώρα ανεξάρτητων επιστημονικών μελετών έχουν καταρρίψει πλέον την ανυπόστατη και στηριζόμενη σε παραποιημένα στοιχεία και οικονομικά συμφέροντα θεωρία της συσχέτισης του MMR με τον αυτισμό, που διατυπώθηκε το 1998 από τον A. Wakefield στο Ηνωμένο Βασίλειο και οδήγησε το 2010 στην απόσυρση του σχετικού άρθρου από το επιστημονικό περιοδικό Lancet και στην αφαίρεση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από το συγγραφέα. Η αποδοχή από μέρος του κοινού της πλασματικής αυτής συσχέτισης, ακόμη και σήμερα, οφείλεται αφενός στο γεγονός ότι η διάγνωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού συμπίπτει χρονικά με την ηλικία διενέργειας του MMR και αφετέρου στα μεγαλύτερα ποσοστά διάγνωσης των παραπάνω διαταραχών στη σύγχρονη εποχή λόγω διευρυμένων διαγνωστικών κριτηρίων, μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης και καλύτερης παροχής υπηρεσιών υγείας [1, 2, 5].

Βιβλιογραφία

1. American Academy of Pediatrics. Measles. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Early Release from Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL; 2015: (in press). Διαθέσιμο στο: <http://redbook.solutions.aap.org/DocumentLibrary/2015RedBookMeasles.pdf>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Addressing misconceptions on measles vaccination. Διαθέσιμο στο: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/Pages/Addressing-misconceptions-on-measles-vaccination.aspx>
3. Strebel MN, Papania MJ, Parker Fiebelkorn A, Halsey NA 2013. Measles vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. Vaccines. Elsevier Saunders: China, pp. 352-387.
4. Grimes DR. Proposed mechanisms for homeopathy are physically impossible. Focus Altern Complement Ther 2012; 17(3): 149-155.
5. Maglione MA, Das L, Raaen L, et al. Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review. Pediatrics 2014; 134: 1-13.

Ιωάννα Δ. Παυλοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Λοιμωξιολόγος, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Μάιος 2015

Μάιος 4-7, 2015

Τίτλος: 3ο Ετήσιο Διεθνές Συνέδριο για την Υγεία και τις Ιατρικές Επιστήμες

Χώρα: Ελλάδα

Πόλη: Αθήνα

Τόπος Διεξαγωγής: Titania Hotel

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: + 30 210 3634210

Ιστοσελίδα: <http://www.atiner.gr/publichealth.htm>

Μάιος 7-10, 2015

Τίτλος: 8ο Πανελλήνιο και 7ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο

Χώρα: Ελλάδα

Πόλη: Θεσσαλονίκη

Τόπος Διεξαγωγής: Grand Hotel Palace

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +30 210 5244760, +30 210 5773361

Ιστοσελίδα: <http://www.enne2015.gr/>

Μάιος 14-15, 2015

Τίτλος: Η Ανθρώπινη Υγεία όπως επηρεάζεται από την Κλιματική Αλλαγή : Επιστήμη, Ιατρική και Προσαρμοστικότητα

Χώρα: Ισπανία

Πόλη: Βαρκελώνη

Τόπος Διεξαγωγής: CosmoCaixa

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: + 1.212.298.8640

Ιστοσελίδα: <http://www.nyas.org/ClimateandHealth>

Μάιος 15-17, 2015

Τίτλος: Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο Ταξιδιωτικής, Γεωγραφικής & Τροπικής Ιατρικής

Χώρα: Ελλάδα

Πόλη: Αθήνα

Τόπος Διεξαγωγής: Divani Caravel

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +30 210 6827405, +30 210 6839690

Ιστοσελίδα: <http://www.tmg.gr/content/travelmed2015>

Μάιος 19-21, 2015

Τίτλος: Σύνοδος Κορυφής της Επιστήμης για το Κάπνισμα - 2015

Χώρα: United Kingdom

Πόλη: London

Τόπος Διεξαγωγής: The O2

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +44 07507 799380

Ιστοσελίδα: <http://lifescienceevents.com/2015-smoking-science-summit/>

Μάιος 28-29, 2015

Τίτλος: 1ο Διεθνές Συνέδριο: Στοχεύοντας στον Ιό Έμπολα

Χώρα: Γαλλία

Πόλη: Παρίσι

Τόπος Διεξαγωγής: Institut Pasteur

Ιστοσελίδα: <http://www.targeting-ebola.com>

Γραφείο διεθνών σχέσεων, ΚΕΕΛΠΝΟ

Απρίλιος 2015



Αιμορραγικός πυρετός Ebola [1]

Επιδημία αιμορραγικού πυρετού Ebola είναι σε εξέλιξη στη Δυτική Αφρική. Έως τις 29 Απριλίου 2015 αναφέρθηκαν συνολικά 26312 κρούσματα (επιβεβαιωμένα, πιθανά, ύποπτα), συμπεριλαμβανομένων 10899 θανάτων, στη Γουινέα, στη Λιβερία, στη Σιέρα Λεόνε, στο Ηνωμένο Βασίλειο (Γλασκώβη, Σκωτία), στο Μάλι, στην Ισπανία, στις ΗΠΑ, στη Νιγηρία, στη Σενεγάλη. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια, εκτός αν πρόκειται για επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα ή επαφή κρούσματος (στις επαφές δεν περιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό του εργαστηρίου που έλαβε τα κατάλληλα μέτρα προστασίας).

MERS κοροναϊός [1]

Έως τις 29 Απριλίου 2015, αναφέρθηκαν 1110 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα με λοίμωξη από MERS-CoV, συμπεριλαμβανομένων 422 θανάτων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος [1]

Από την 1η Ιανουαρίου έως τις 29 Απριλίου 2015, το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας στο Νίγηρα ανακοίνωσε 1543 ύποπτα κρούσματα μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου σε επτά από τις οκτώ επαρχίες (Dosso, Niamey), συμπεριλαμβανομένων 147 θανάτων. Σύμφωνα με τον εργαστηριακό έλεγχο, η οροομάδα *Neisseria meningitidis* C ευθύνεται για τα περισσότερα κρούσματα, ενώ ταυτοποιήθηκε και η οροομάδα W.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Χρήσιμοι σύνδεσμοι

1. World Health Organization (WHO). Global Alert and Response (GAR). Στο: <http://www.who.int/csr/disease/> [προσπέλαση 30 Απριλίου 2015]

Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής
Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ποιο είναι το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης με δύο δόσεις εμβολίου ιλαράς, ώστε να είναι εφικτή η εξάλειψη της νόσου?

- A. 90%
- B. 95%
- Γ. 97%
- Δ. 100%

Οι απαντήσεις θα αποστέλλονται στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:
info-quiz@keelpno.gr

Η απάντηση στο αίνιγμα του προηγούμενου Τεύχους: **NORWALK ΤΩΝ ΗΠΑ, ΤΟ 1968**

Απάντησαν σωστά: 9 άτομα

**Επιστημονικός Υπεύθυνος
Έκδοσης:**

Χ. Χατζηχριστοδούλου

Επιστημονική Επιτροπή:

N. Βακάλης
Ε. Βογιατζάκης
Π. Γαργαλιάνος- Κακολύρης
Μ. Δαιμονάκου- Βατοπούλου
Β. Καραούλη
Χ. Λιονής
Γ. Πάνος
Β. Παπαευαγγέλου
Γ. Σαρόγλου
Α. Τσακρής

Συντονισμός ύλης:

Μ. Γάτση
Φ. Κουκουριτάκης
Μ. Φωτεινέα

Συντακτική ομάδα:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Θ. Γεωργακοπούλου
Φ. Κουκουριτάκης
Κ. Μέλλου
Σ. Μπαλτσιώτης
Τ. Όντρια
Τ. Πατουχέας
Β. Ρουμελιώτη
Β. Σμέτη
Μ. Φωτεινέα

Γραφιστική επιμέλεια:

Ε. Λαζανά

Επιμέλεια κειμένων:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Ε. Καραταμπάνη
Φ. Κουκουριτάκης
Γ. Μελιγκώνης
Μ. Φωτεινέα

Υπεύθυνοι έκδοσης:

Α. Γιαννόπουλος
Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ
Θ. Παπαδημητρίου
Διευθυντής ΚΕΕΛΠΝΟ