

Svært god effekt av Hib-vaksinering i Kenya

Innføring av vaksiner mot *Haemophilus influenzae* type b (Hib) i vaksinasjonsprogrammet for barn i Kenya reduserte forekomsten av denne sykdommen blant barn under fem år med nesten 90 %. Dette viser en studie som nylig er publisert i JAMA (1).

Konjugat Hib-vaksiner ble gitt til alle barn ved seks, ti og 14 ukers alder fra november 2001. Basert på epidemiologiske data for om lag 38 000 barn under fem år i et sykehusdistrikt (Kilifi) og dyrkingsbasert diagnostikk for barn innlagt med invasiv Hib-infeksjon ble forekomsten (insidens) for invasiv Hib-infeksjon fastslått før og etter endringen i vaksinasjonsprogrammet.

Blant barn under fem år var den årlige insidensen av invasiv Hib-infeksjon ett år før og ett og tre år etter innføring av Hib-vaksiner henholdsvis 66, 47 og 7,6 per 100 000 barn. Blant barn under to år var insidenstillene henholdsvis 119, 82 og 16. I 2004–05 var vaksineeffekten (effectiveness) 88 % blant barn under fem år og 87 % blant dem under to år. Av 53 barn innlagt med Hib-infeksjon i perioden 2002–05 var 41 ikke vaksinert, de fleste fordi de var for unge til å ha fått tilbud om vaksine, mens 12 hadde fått to eller flere vaksinedoser, to av disse barna var hivpositive.

Studien dokumenterer en svært god effekt av Hib-vaksiner også i et fattig land som Kenya – helt på høyde med effekten i industrialiserte land. Forfatterne anbefaler andre land å etablere gode overvåkingsrutiner for Hib-sykdom før Hib-vaksiner innføres i deres vaksinasjonsprogram.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Cowgill KD, Ndiritu M, Nyiro J et al. Effectiveness of *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine introduction into routine childhood immunization in Kenya. JAMA 2006; 296: 671–8.

Kirurgisk hjelp ved obstetriske fistler

Fistler etter fødsel fører til inkontinens, eksem, sår, infeksjoner og vond lukt. Kvinnene blir stigmatisert og sosialt utstøtt. Leger Uten Grenser har nylig gjennomført et prosjekt i Katanga-provinsen i Den demokratiske republikken Kongo for å hjelpe slike kvinner. Kirurgisk behandling er krevende, særlig under de vanskelige forholdene som rå i området.

En kvinne på 20 år lå på rom 10 på sykehuset i Dubie. Hun lå i mørket, i en forferdelig stank, fullstendig avmagret og ute av stand til å stå på beina, men ved bevissthet. Ett år tidligere hadde hun født sitt første barn ute på markene. Etter tre dager i fødsel hadde man lyktes i å få dratt det døde barnet ut av henne. Men noe var forferdelig galt. Familien, som senere hadde flyktet pga. uroligheter, hadde båret henne med seg hit. Ut fra underlivet hennes rant det en jevn strøm av avføring og urin.

Jeg overvant en spontan trang til å flykte vekk fra lukten og denne grusomme skjebnen, og undersøkte henne forsiktig i sengen. Skilleveggen mellom blære og vagina var fullstendig fraværende – og bak mot rectum var det en langsgående rift der det stadig kom avføring. Den fylte det store hulrommet blæren og skjeden nå utgjorde.

Møtet med kvinnen rystet meg. Etter å ha forhørt meg, skjønnte jeg at det var mange bortgjemte kvinner med obstetriske fistler i vårt område. Noen av disse ble jeg etter hvert godt kjent med da de ankom sykehuset etter dager i fødsel hjemme og ble forløst for sine døde barn hos oss. Det var svært tungt å gå vitst hos dem og først oppleve sorgen over det døde barnet og se den fysiske utmattelsen, deretter skrekken over økende urinlekkasje i dagene som fulgte.

Obstetriske fistler forårsakes av langvarige fødsler (ramme 1) (1–3). Det oppstår iskemi og nekrose i bløtvevet som blir klemt mellom de beinete delene i mors bekken og fosterhodet. Mange får samtidig varierende grad av arrvev og stenoser i vagina. Obstetriske fistler er noe som særlig rammer kvinner i fattige land på grunn av mangel på kyndig fødselshjelp.

Krigsherjet område

Jeg var sendt til Dubie i Katanga-provinsen i Kongo for å arbeide for Leger Uten Grenser. Katanga, sørøst i landet, er en fuktig høyslette ved Kongo-flodens utspring. Vi skulle betjene om lag 250 000 hardt prøvede mennesker med helsetjenester. Til tross for offisiell fred siden 2003 lever



de med sine viktigste eiendeler ferdig pakket ved utgangsdøren. Hus og avlinger må stadig etterlates pga. trakassering fra ulike væpnede grupper som kjemper om innflytelse og makt. Åpne krigshandlinger er sjeldent, men ettersom verken geriljaen eller regjeringssoldatene hever en lønn det går an å leve av, stjeler de det de trenger for å overleve.

Jeg var eneste lege i et team med fem utlendinger, som sammen med en lokal stab drev 11 helsestasjoner og to små sykehus i et område der infrastrukturen er nærmest fraværende.

Vårt bidrag var gratis legemidler og medisinsk utstyr, kompetanse, behandlingsprotokoller for de vanligste sykdommene, lønnsmidler til de lokalt ansatte og teknisk utstyr som dieselaggregater, solcellepaneler og biler til frakt av utstyr og pasienter. Ett av målene for mitt opphold var å få etablert trygg kirurgisk virksomhet ved de to sykehusene. Det minste sykehuset hadde ikke operasjonsstue da jeg kom, ved det største drev man både akuttkirurgi og elektiv kirurgi, men det var et betydelig forbedringspotensial innen hygiene og anestesi. Hovedinnsatsen ble klinisk arbeid av alle slag, idet et ekstra par hender og en diskusjonspartner var kjærkomment for