

WAKCYNOLOGIA

Polityka szczepienna najmłodszych się sprawdza

Agata MISIUREWICZ-GABI

W Polsce ponad 40 tys. osób odmawia szczepień i liczba ta rośnie, a mimo to wyniki badań potwierdzają, że realizowana przez państwo polityka szczepienna się sprawdza. Obserwujemy mniej zachorowań i zgonów z powodu chorób objętych Programem Szczepień Ochronnych (PSO), czujemy się także bezpieczniej. O problemach wynikających z realizacji szczepień, ruchach antyszczepionkowych, a także o wynikach badań nad skutecznością szczepionek mogliśmy się dowiedzieć podczas seminarium naukowego Fundacji Watch Health Care „Program szczepień ochronnych dla dzieci – ocena i perspektywy”.

Powszechne programy szczepień ratują życie milionom dzieci na świecie. Pozwoliły wyeliminować wiele groźnych chorób zakaźnych, a występowanie innych znacznie ograniczyć. Coraz mniej osób umiera na gruźlicę, ospę, odrę czy inwazyjne choroby pneumokokowe. Mniej jest też powikłań pochorobowych. O tym, przeciwko czemu powinniśmy się szczepić, wiemy z uaktualnianego każdego roku kalendarza szczepień. Zawiera on informacje, jakie programy szczepień są realizowane w Polsce, które szczepienia są obowiązkowe i co za tym idzie – bezpłatne, które zaś zalecane i płatne, choć jak podkreślają eksperci – nieobowiązkowe nie znaczy, że mniej potrzebne.

Co decyduje o tym, czy szczepionka jest obowiązkowa czy zalecana? Rekomendacje o wyborze konkretnej szczepionki wynikają z analizy krajowych danych o zachorowaniach na poszczególne choroby zakaźne i zakażenia. Uwzględniają również zalecenia i raporty Komitetu Doradczego ds. Szczepień Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Do tego dochodzi istotna dla państwa efektywność kosztowa. Niestety, czasami bardziej opłaca się leczyć chorych niż szczepić całą populację.

Pneumokoki – szczepienie obowiązkowe

Pneumokoki są uznawane za bakterie bardzo groźne, wywołujące ciężkie schorzenia, tzw. inwazyjne choroby pneumokokowe (ICHP), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – początkowo bakteryjne, przechodzące nawet w sepsę czy zapalenie płuc z zakażeniem krwi bakteriami. Najbardziej narażone są dwie grupy wiekowe: dzieci do 2. roku życia i osoby po 65. roku życia.

– Im bardziej ktoś jest przewlekle chory – czy to na przewlektą obturacyjną chorobę płuc, czy to na chorobę układu



krążenia, tym bardziej jest narażony na zakażenie pneumokokowe w postaci zapalenia płuc z bakteriami. Można to ująć w następujący sposób: na cokolwiek człowiek by chorował, to i tak umrze na pneumokokowe zapalenie płuc – uważa prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski z I Katedry Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W Polsce szczepieniami przeciwko pneumokokom objęte są wszystkie dzieci urodzone po 31 grudnia 2016 r. Jednak zdaniem prof. Radzikowskiego kompletna eradykacja pneumokoków jest niemożliwa: – My tylko się ścigamy i w tym wyścigu wypadamy lepiej lub gorzej. Niemniej refundacja szczepień przeciwko pneumokokom to bardzo dobra zmiana, na którą czekało zarówno środowisko naukowe,

jak i pacjenckie. Wprowadzone w Polsce obowiązkowe szczepienia pozwoliły uzyskać spadek zachorowań na ICHP wśród dzieci do 2. roku życia.

Na naszym rynku dostępne są dwie szczepionki przeciwko pneumokokom. Obydwie są ujęte w kalendarzu szczepień – jedna dla populacji ogólnej i większości wcześniaków, a druga dla wcześniaków urodzonych przed zakończeniem 27. tygodnia ciąży. Zgodnie ze stanowiskiem WHO z lutego 2019 r., opartym na systematycznym przeglądzie badań, aktualnie dostępne dowody nie wykazują różnicy pomiędzy dwiema szczepionkami pod względem wpływu na występowanie choroby pneumokokowej ogółem.

Obecność tych dwóch szczepionek wywołała lawinę dyskusji, w których deprecjo-

nowano PCV-10. Zdaniem prof. Radzikowskiego nie powinniśmy się skupiać tylko na liczbie serotypów, ponieważ niektóre serotypy obecne w szczepionce 10-walentnej wykazują immunogenność przeciw serotypom obecnym w szczepionce 13-walentnej. W opublikowanych w ostatnich latach badaniach klinicznych wykazano skuteczność PCV-10 wobec ICHP wywołanej przez serotyp 19A (ochrona krzyżowa pomiędzy antygenem typu 19F i 19A). Ta ochrona jest również potwierdzona zapisami ChPL.

– Warto zwrócić uwagę, że obecne w szczepionce 10-walentnej białko nośnikowe D, którego nie ma w szczepionce 13-walentnej, ma wpływ na zapobieganie zapaleniu ucha środkowego u dzieci – zauważyła Magdalena Mrozek-Gąsiorowska z Pracowni HTA. ▶

WAKCYNOLOGIA

► Profesor Radzikowski uważa, że jeśli dziecko należy do grupy ryzyka, rodzice mogą zastosować szczepionkę 13-walentną, a jeśli nie – mogą skorzystać z bezpłatnej szczepionki 10-walentnej. – *Jeszcze kilka lat temu rodzice wydawali na ten cel z własnej kieszeni ponad tysiąc złotych za cykl szczepienia jednego dziecka. Teraz ochronę przed pneumokokami mają zagwarantowaną przez państwo, a zaoszczędzone środki mogą przeznaczyć na dodatkową profilaktykę* – powiedział ekspert.

Szczepienia zalecane – WZW A, meningokoki i rotawirusy

Pneumokoki zostały objęte obowiązkowym szczepieniem, ale co ze szczepieniami zalecanymi, które są szczególnie ważne? Zdaniem prof. Radzikowskiego należy rozważyć szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A), w przypadku którego obserwujemy kilkusetkrotny wzrost zapadalności, przeciwko meningokokom oraz rotawirusom.

– *Namawiałbym rodziców niemowląt zwłaszcza do szczepień przeciwko meningokokom B, które są odpowiedzialne za 80 proc. przypadków zachorowań i śmiertelność wynoszącą 20–80 proc., natomiast rodziców podróżujących do szczepienia skojarzonego przeciwko meningokokom A, C, W-135 oraz Y. Szczepienie przeciwko meningokokom nie jest obowiązkowe, bo nie jest efektywne kosztowo i państwu się nie opłaca. Nie jest ono darmowe ani we Francji, ani w Niemczech. Jednak my, lekarze, uważamy, że ta choroba nie może się zdarzyć, gdyż jest najcięższą chorobą infekcyjną wieku dziecięcego. Chciałbym dodać, że szczepieniami powinni być objęci także pediatrzy, lekarze rodzinni, pielęgniarki i pedagodzy. Dobrze by było, żeby szczepienie przeciwko meningokokom było darmowe dla dzieci z domów dziecka i z rodzin wielodzietnych* – przekonuje prof. Radzikowski.

RSV – niebezpieczny dla wcześniaków

W przypadku wcześniaków, których układ oddechowy nie jest w pełni dojrzały, w kalendarzu szczepień obowiązkowych znalazło się szczepienie przeciwko RSV (*respiratory syncytial virus*). Warto wyjaśnić, że za wcześniaki uznaje się dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży. Na świecie jest ich 10 proc., w Polsce ok. 6 proc.

– *Zakażenie RSV dotyczy prawie każdego dziecka, jednak w grupie wcześniaków wiąże się ono z poważnymi konsekwencjami wczesnymi i późnymi. Jeśli zachoruje osoba dorosła, to czuje się trochę gorzej, skarży się na kaszel czy katar. Jeśli zachoruje wcześniak lub były wcześniak, to pojawia się zapalenie oskrzelików, zapalenie płuc czy bezdech, może dojść do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Konsekwencje zakażenia są długotrwałe, wpływają na wydolność płuc niemowlaka i jego jakość życia w przyszłości* – ostrzegła dr hab.

n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko, prof. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, specjalistka epidemiologii, neonatologii i pediatrii.

Szacuje się, że na świecie z powodu zakażenia RSV choruje 33 mln osób, z czego ok. 17 proc. to dzieci poniżej 6. miesiąca życia, a 3 mln osób jest hospitalizowanych, z czego ok. połowa to dzieci poniżej 6. miesiąca życia. Każdego roku z powodu zakażenia umiera 60 tys. dzieci poniżej 5. roku życia. *Respiratory syncytial virus* jest przyczyną aż 50 proc. zapalen płuc i aż 90 proc. zapaleń oskrzelików.

Jak leczyć chorobę? Zdaniem dr hab. Sadowskiej-Krawczenko leki przeciwwirusowe czy sterydy działają na wirusa słabo. Chore dziecko można leczyć jedynie objawowo. Dlatego tak ważna jest immunizacja, którą w Polsce w sezonie 2018/2019 objęto 3300 dzieci w średnim wieku urodzeniowym 29 tygodni. Wskaźnik rekrutacji wynosił 87 proc., co znaczy, że nie objęto profilaktyką ok. 500 dzieci.

Funkcjonujący obecnie program lekowy obowiązuje od 1 września 2017 r. U dzieci stosuje się paliwizumab – humanizowane przeciwciało monoklonalne. Podaje się go w 5 dawkach w odstępach miesięcznych, w sezonie od 1 października do 30 kwietnia, kiedy zachorowalność jest największa. Profilaktyką objęto dzieci, które w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyły 1. roku życia i ich wiek ciążowy wynosi 28 tygodni lub mniej, oraz dzieci, u których stwierdzono dysplazję oskrzelowo-płucną. Od 2018 r. profilaktykę rozszerzono na dzieci, które w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyły 6. miesiąca życia i są w wieku ciążowym poniżej 33. tygodnia.

– *W przypadku rodziców wcześniaków nie obserwujemy odmowy szczepień. Rodzice dużo z nami rozmawiają, a poza tym byli świadkami tego, jaką długą drogę musiały przejść ich dzieci, żeby wyzdrowieć, a nawet żyć. Uważam, że immunizacją powinniśmy objąć również dzieci z hemodynamicznie istotnymi wadami serca, z zespołem Downa, z zaburzeniami odporności i z innymi przewlekłymi chorobami płuc* – mówiła dr hab. Sadowska-Krawczenko.

Zapomniane wirusy – odra i WZW A

Choć program szczepień działa u nas bardzo dobrze, obserwujemy pojawienie się nowego, groźnego zjawiska. Chodzi o występowanie wirusów, o których już niemal zapomnieliśmy i które atakują osoby dorosłe, co budzi niepokój. Ekspert w dziedzinie immunologii i terapii zakażeń dr n. med. Paweł Grzesiowski informuje, że od początku roku mieliśmy aż 1400 zachorowań na odrę. Jak to się dzieje, że mimo bardzo wysokiej zaszczepialności ten wskaźnik jest tak wysoki?

– *Szczepienia przeciwko odrze nie były stosowane od początku świata, ale od 1975 r., co oznacza, że więcej jest ludzi niezaszczepionych niż zaszczepionych. Większość społeczeństwa to ludzie po-*

wyżej 45. roku życia, więc mamy bardzo dużą liczbę osób niezaszczepionych albo takich, które nie przeszły choroby. Aż 80 proc. chorych obecnie na odrę w Polsce to osoby dorosłe, które w ogóle nie były szczepione albo przyjęły jedną dawkę szczepionki. A ponieważ codziennie napływają do nas Ukraińcy i przywożą wirusa, przekonał się, że nasza wyszczepialność jest niepełna. Zrobiliśmy badania surowicy w kierunku przeciwciał przeciwko odrze u osób dorosłych na Mazowszu i okazało się, że 15 proc. z przebadanych 5 tys. osób ma przeciwciała poniżej poziomu zabezpieczenia – albo wygasły, albo nigdy ich nie było. Oznacza to, że ok. 2 mln ludzi może chorować na odrę, i to jeszcze przez wiele lat – komentował dr Grzesiowski.

Drugą chorobą, która zaatakowała niespodziewanie, jest WZW A. Zakażeń nie notowano w Polsce od lat 90., więc odporność spadła. – *Mamy 5 tys. przypadków w ciągu 2 lat. Pojawiła się zupełnie nowa grupa ryzyka, która obejmuje nie jak dotąd osoby korzystające ze stołówek czy publicznych toalet, ale podróżujących, którzy przywieźli wirusa do Polski* – komentował zjawisko dr Grzesiowski.

Każdego roku problemem epidemiologicznym jest także grypa sezonowa, na którą w zeszłym roku zachorowała rekordowa liczba prawie 4 mln pacjentów. Wiązało się to z 15 tys. hospitalizacji i 150 potwierdzonymi oficjalnie zgonami. Szansę na pełniejszą profilaktykę dostrzega dr Grzesiowski: – *Istnieje prototyp szczepionki uniwersalnej, dzięki czemu wreszcie pojawiła się szansa na wytworzenie hybrydowej szczepionki, której nie będzie trzeba powtarzać corocznie. Daje to nadzieję, że ludzie będą chcieli się zaszczepić.*

Problem z realizacją szczepień ochronnych

Pewne kwestie wymagają ulepszenia, aby PSO działał sprawniej. Przede wszystkim trudno jest ocenić efektywność szczepień, co wynika z braku aktywnego monitorowania zakażeń objętych PSO oraz niepożądanym odczynom poszczepiennym (NOP). Bardzo wielu lekarzy nie zgłasza zakażeń i NOP do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, choć są do tego zobligowani. Tymczasem NOP należy zgłosić w terminie do miesiąca po szczepieniu, z wyjątkiem gruźlicy, gdzie okres ten jest wydłużony do 6 miesięcy.

– *Problem tkwi w tym, że objawów NOP może być mnóstwo: gorączka, uraz, zapalenie płuc, i czasem trudno jest odróżnić zachorowanie od NOP. Nikt tak naprawdę nie wie, ile mogłoby być przypadków NOP. Lekarz powinien mieć ułatwienie – okno w systemie, w które klika i zgłasza przypadek. Obecnie musi wypełnić ankietę, na co nie zawsze ma czas – wyjaśniał dr Grzesiowski. – Nie są też rejestrowane przypadki, kiedy rodzice odmawiają szczepień, a po jakimś czasie zmieniają zdanie. Czy ktoś te dane uaktualnia? Nie! Odmowa szczepienia zo-*



staje w systemie i daje sygnał, że jesteśmy nieefektywni.

Problem braku monitorowania zakażeń dostrzega także Magdalena Mrozek z Pracownia HTA: – *Wprowadziliśmy szczepienie przeciwko pneumokokom w 2017 r. bez wcześniejszego aktywnego monitorowania zakażeń. Tymczasem WHO rekomenduje stałe monitorowanie epidemiologii chorób pneumokokowych przed wprowadzeniem programu powszechnego szczepienia i po jego wprowadzeniu. Obecnie nadal zbieramy dane o przypadkach IChP w sposób bierny, przez co w naszym systemie obserwuje się wykrywalność, która stale rośnie, a nie zapadalność. Wykorzystują to negatywne kampanie dotyczące tego szczepienia i ruchy antyszczepionkowe, które negują konieczność szczepień.*

O konieczności aktywnego monitorowania zakażeń pneumokokowych mówił także dr Michał Seweryn – epidemiolog, prezes zarządu EconMed Europe: – *Według WHO czynny nadzór epidemiologiczny jest nam w stanie pokazać, jaka jest zapadalność i skala zjawiska występowania serotypów pneumokoka. W Polsce natomiast prowadzimy nadzór bierny, co oznacza, że wielu danych nie zbieramy, a skala niedoszacowania jest bardzo duża. Nie wiemy na przykład, czy dziecko było zaszczepione, jaką szczepionką, czy należało do grupy ryzyka.*



”

Szacuje się, że na świecie z powodu zakażenia RSV choruje 33 mln osób, z czego ok. 17 proc. to dzieci poniżej 6. miesiąca życia, a 3 mln osób jest hospitalizowanych, z czego ok. połowa to dzieci poniżej 6. miesiąca życia. Każdego roku z powodu zakażenia umiera 60 tys. dzieci poniżej 5. roku życia. Respiratory syncytial virus jest przyczyną aż 50 proc. zapaleń płuc i aż 90 proc. zapaleń oskrzelików

Doktor Grzesiowski zwrócił uwagę na potrzebę utworzenia poradni konsultacyjnych, w których rodzice uzyskaliby informacje o szczepieniach. Brakuje funduszu kompensacyjnego dla dzieci, które ucierpiały na skutek NOP, a także materiałów źródłowych dla lekarzy na temat szczepionek. Konieczna jest walka z dezinformacją, ruchem antyszczepionkowym oraz jednogłośne publiczne opowiadanie się za szczepieniami, czego oczekują zwłaszcza mieszkańcy prowincji, szukający wsparcia autorytetów. Problemem jest brak szczepionek, szczególnie w grupie szczepień zalecanych. Trudno jest pacjentowi zaszczepić się choćby przeciwko gruźlicy, ponieważ szczepionki nie ma na rynku aptecznym. Nie mają jej ani małe ambulatoria, ani poradnie podstawowej opieki zdrowotnej. Jest dostarczana wyłącznie do Inspekcji Sanitarnej. Kłopot z jej dostępnością wynika z tego, że występuje w postaci preparatu wielodawkowego w opakowaniu po 10 sztuk i gdy potrzebna jest tylko jednemu pacjentowi, pozostałych 9 sztuk trzeba czasem wyrzucić.

Dodatkową trudnością w realizacji szczepień jest logistyka. W tym miejscu pojawia się pytanie, czy zrobiliśmy wszystko, aby szczepienie przebiegało sprawnie. Doktor Grzesiowski przytacza przykład refundowanych szczepień dla seniorów w aptece: – Realizacja tego zadania nie jest dla pacjenta łatwa – wymaga uda-

nia się najpierw do lekarza po receptę, następnie do apteki, a potem znowu do lekarza. Nie wiadomo, czy pacjent po odebraniu szczepionki od razu wróci do lekarza, jak długo przechowa ją w domu i czy będzie ją trzymał w lodówce. W związku z tym pojawiają się głosy, by szczepienia przeciwko grypie odbywały się w aptece. Pomysł ten rodzi dużo emocji. Nie jestem ani za, ani przeciw. Myślę, że projekt wymagałby wieloletniego przygotowania.

Zwątpienie i ruchy antyszczepionkowe

Szczepienia to rodzaj współodpowiedzialności społecznej. Szczepimy się nie tylko dla siebie, lecz także dla osób, które z przyczyn medycznych nie mogą być zaszczepione (noworodki, młodsze niemowlęta, osoby z niedoborem odporności czy w trakcie leczenia immunosupresyjnego po przeszczepach). To także korzyść dla gospodarki, gdyż z każdą chorobą dziecka wiąże się absencja jego rodzica w pracy. Niestety, bardzo często pozytywne wyniki badań nad szczepionkami nie wystarczają i pojawia się zwątpienie w sens szczepienia. Stąd ruch antyszczepionkowców, którzy twierdzą, że nie ma sensu się szczepić, bo szczepienia nie działają. Szerzą także dezinformację, posługując się wyrwanymi z kontekstu informacjami (cherry-picking) i zmanipulowanymi danymi, jak choćby w kwestii NOP,

które postrzegają jako problem dotyczący całej populacji. O niepokojącej sytuacji opowiedziała Aleksandra Lusawa, dyrektor Departamentu Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia Głównego Inspektoratu Sanitarnego: – Obserwujemy pojawienie się w przestrzeni publicznej trendu zwanego denializmem, polegającego na zaprzeczeniu podstawowym prawdom, co w przypadku zdrowia publicznego jest bardzo groźnym zjawiskiem.

Zdaniem Aleksandry Lusawy szczepienia stały się ofiarą własnego sukcesu, stąd stale rosnąca liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień.

– W 2018 r. osób takich było przeszło 40 tys., a do końca czerwca 2019 r. 43 tys. Przyczyny tego zjawiska nie są jednoznaczne, choć według raportu WHO z 2019 r. ludzie się nie szczepią, ponieważ nie czują zagrożenia ze strony chorób zakaźnych. Warto dodać, że według badań z marca 2019 r. 75 proc. Polaków wierzy w bezpieczeństwo szczepień ochronnych, a postawy antyszczepionkowe prezentuje tylko 8 proc.

Młodzi lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie prowadzą akcje edukacyjne, aby przekonywać do szczepień, walczyć z fake newsami i mitami tworzonymi przez antyszczepionkowców. Najgłośniejsze z nich to: kampania promocyjno-educacyjna „Kocham, więc szczepię”, wdrożenie programu refundacji szczepienia

przeciwko meningokokom dla dzieci lekarzy, szczepienia lekarzy przeciwko grypie i odrze oraz kampania #zgłośNOP.

– Pacjenci oczekują od nas rozmowy, na co lekarz nie ma czasu. Stwierdziliśmy, że jako młodzi lekarze, jeśli chcemy zmian, musimy działać. Stawiamy na edukowanie nastolatków, którzy niedługo będą rodzicami. Musimy iść drogą nowoczesnych mediów społecznościowych, do których mają oni dostęp – mówił dr Łukasz Durajski, przewodniczący Zespołu ds. Szczepień z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Sukces szczepień ochronnych

Jak przekonywali rozmówcy, program szczepień ochronnych w naszym kraju jest sporym sukcesem i jest coraz lepiej realizowany. W Polsce nie występują bądź występują sporadycznie zachorowania na błonicę, tężec, odrę, WZW B czy poliomyelitis. Za przykład mogą także posłużyć szczepienia przeciwko pneumokokom.

– Po 2 latach od wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciwko pneumokokom mamy dane jasno pokazujące, że są pierwsze pozytywne efekty szczepień i tendencja niżkowa. W 2016 r., przed wprowadzeniem szczepień, w grupie dzieci poniżej 2 lat odnotowano 54 przypadki IChP, w 2017 r. 43 przypadki, a w 2018 r. 35. W grupie dzieci niezaszczepionych zaobserwowaliśmy w 2017 r. spadek zachorowań, natomiast w 2018 r. wzrost. Potwierdzają to trzy różne źródła – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, NFZ i Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego – podsumował dr Seweryn. Dodał, że na pełne efekty musimy poczekać do 2022 r., kiedy zostanie zaszczepiona cała kohorta dzieci do 5 lat.

W prowadzeniu profilaktyki szczepiennej może pomóc także raport przygotowywany przez prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), wskazujący zalecane technologie, które mogą być wykorzystywane w ramach programu polityki zdrowotnej, co dotyczy również szczepień.

– Chcemy edukować tych, którzy są odbiorcami naszych rekomendacji. Dlatego realizujemy szkolenia w ramach POWER kierowane do kadry medycznej oraz pracowników samorządów terytorialnych. Chcemy nauczyć ludzi, jak czytać nasze dokumenty, co pozwoli zwykłym pacjentom ocenić, jak ważne są szczepienia – przekonywała Joanna Parkitna, dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych AOTMiT.

Dzięki kampaniom informacyjnym, m.in. #zaszczepieniBezpieczni, coraz więcej osób decyduje się na szczepienia, także te zalecane. Jak podkreślają eksperci, musimy pamiętać, że jeśli danej choroby aktualnie nie ma, to nie znaczy, że pożegnaliśmy się z nią na zawsze. Zalecają zatem czujność i nieprzerwane prowadzenie profilaktyki szczepiennej. ■