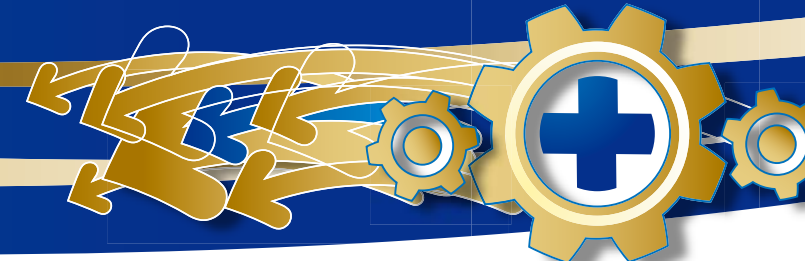
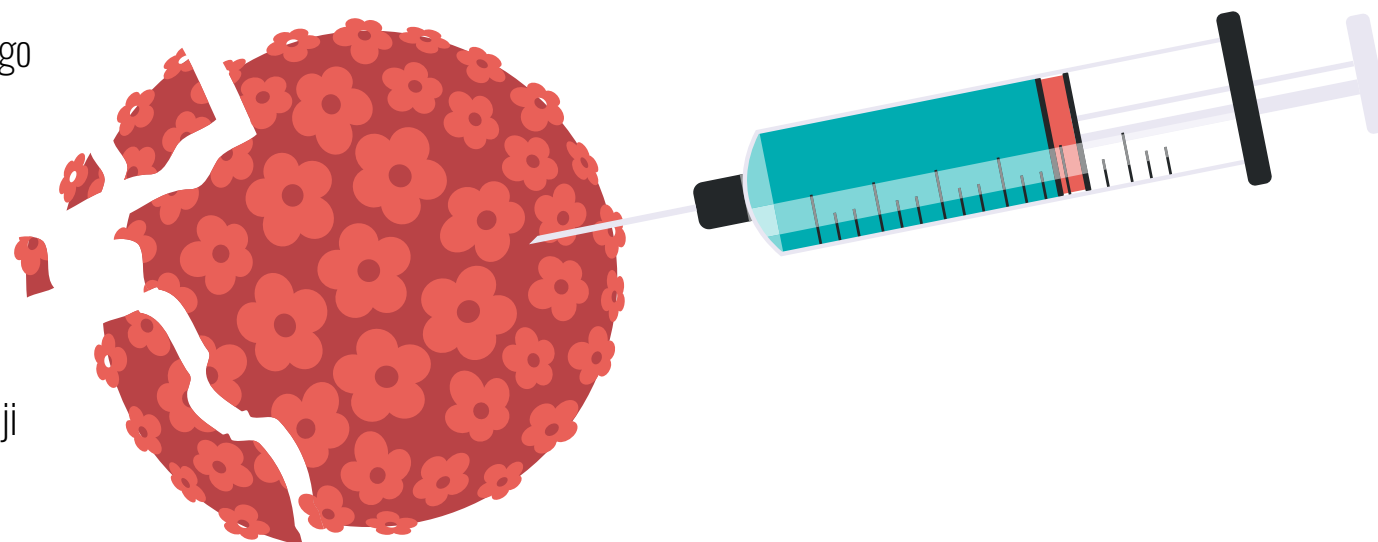


PRIORYTETY
W OCHRONIE ZDROWIA 2023

Agata Misiurewicz-Gabi

Szeroki zakres ochrony przede wszystkim najskuteczniejszą bronią w walce z wirusem HPV

Wirus brodawczaka ludzkiego (*human papillomavirus* – HPV), który wywołuje różnego rodzaju nowotwory, ciągle jest u nas dużym problemem epidemiologicznym. Jest zabójcą, z którym najskuteczniej możemy walczyć szczepieniami profilaktycznymi. Tymczasem zapowiadane na 2021 r. wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko HPV opóźnia się już o ponad 2 lata. Jak wobec tego nadrobić zaległości, aby udało się do 2028 r. osiągnąć zakładany w Narodowej Strategii Onkologicznej 60-procentowy poziom wyszczepienia dziewczynki i chłopców? Podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023 eksperci zgłaszali swoje propozycje.



Na świecie już ok. 100 krajów finansuje swojej młodzieży takie szczepienia. Pierwsza była Australia, która odniosła ogromny sukces w eradykacji HPV, szczepiąc od 2007 r. dziewczynki, a od 2013 r. chłopców. Również większość krajów europejskich od ponad dekady prowadzi podobne narodowe programy szczepień. W 2007 r. rozpoczęły je Francja, Niemcy, Hiszpania, niedługo później wprowadziła m.in. Wielka Brytania, Dania, Grecja. Mają też już nasi sąsiedzi – Łotwa, Czechy, Litwa. Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, który do tej pory takiego programu nie ma. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że narodowy program szczepień przeciwko HPV ruszy w drugim kwartale tego roku. Ze sporym poślizgiem czasowym wobec wcześniejszych deklaracji decydentów i wobec reszty świata. Paradoksalnie z tego opóźnienia możemy skorzystać, ucząc się na doświadczeniach innych krajów, które wprowadziły te szczepienia wcześniej. O tym, jak wyglądało to na Litwie, mówiła prof. Żana Bumbulienė z Uniwersytetu Medycznego w Wilnie, członkini Europejskiego Stowarzyszenia Ginekologii Dziecięcej i Młodzieżowej – EURO-PAG.

– Według danych WHO Litwa była w 2020 r. jednym z 5 krajów Unii Europejskiej o najwyższych wskaźnikach zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy. Po wprowadzeniu u nas badań przesiewowych w postaci cytologii kolejnym krokiem w pro-

filaktyce była szczepionka przeciwko HPV. Od 2016 r. szczepimy nią zarówno dziewczynki, jak i chłopców. Najpierw stosowaliśmy szczepionkę 4-walentną, która po roku ze względu na cenę została zmieniona na szczepionkę 2-walentną. Od kiedy pojawiła się szczepionka 9-walentna, wysłaliśmy pisma do ministerstwa z informacją, że wprowadzenie szczepionki 2-walentnej chroni przed najbardziej agresywnymi typami HPV 16 oraz 18 i zapobiega 70 proc. nowotworów raka szyjki macicy, ale szczepionka 9-walentna może zapobiec aż 90 proc. Dodatkowo chroni przed typami 6 i 11 odpowiedzialnymi za zachorowanie na kłykciny narządów płciowych. Apelowaliśmy także o to, żeby szczepieniem zostały objęte nie tylko nastolatki przed pierwszym stosunkiem płciowym, lecz także młode dziewczyny po inicjacji seksualnej oraz kobiety po leczeniu raka szyjki macicy, które są narażone na nawrót choroby. Dziś wiemy, że HPV jest jednym z głównych czynników powodujących również raka odbytu, gardła, sromu, pochwy, prącia, a także czynnikiem przyczynowym innych chorób, takich jak kłykciny kończyste, ale też nawracająca brodawczakowatość dróg oddechowych. Udowodniono, że szczepienie obu płci szybciej i skuteczniej zmniejsza zachorowalność na HPV niż szczepienia wyłącznie kobiet. Poza tym szczepienie chłopców może znacznie zmniejszyć śmiertelność kobiet z powodu chorób związanych z HPV. Niezależnie od płci szcze-

Od lat do akcji szczepień włączają się samorządy

Wobec opieszałości we wprowadzeniu w Polsce powszechnego programu szczepień przeciwko HPV od wielu lat do szczepienia nastolatków włączają się jednostki samorządu terytorialnego. Jednym z pierwszych, który już w 2008 r. rozpoczął taką akcję, był powiat poznański. Jak wyjaśnił starosta poznański Jan Grabkowski, jednym z głównych zadań samorządów jest promocja zdrowia. – Oprócz takich szczepień, jak np. przeciwko pneumokokom czy grypie, podjęliśmy także decyzję o szczepieniu przeciwko HPV dziewczynki w 13. roku życia. Dotychczas, przez 14 lat trwania programu, udało nam się poda-

ć zastrzyk ok. 11 tys. nastolatków, co daje ponad 80 proc. populacji w danym roczniku. Naszemu programowi towarzyszyły cykle szkoleń i informowanie, dlaczego taka profilaktyka jest ważna. Ustaliliśmy, że firmy, które wygrają przetarg na dostarczenie preparatu, muszą zapewnić opiekunom pełną informację. Do naszej akcji zatrudniamy najlepszych specjalistów, ekspertów, którzy zajmują się edukacją rodziców i młodzieży. Szczepimy w placówkach POZ, a także w szkołach. Do tej pory na program wydałmy ponad 5,5 mln zł. Początkowo stosowaliśmy szczepionkę 2-walentną, następnie 4-walentną, a teraz 9-walentną, która daje najszerszą ochronę. Bazując na doświadczeniach australijskich, gdzie już widać pozytywne wyniki, od 3 lat szczepimy również chłopców. Uważam, że należy dotrzeć do rodziców i uświadomić im, że ich synowie nie tylko mogą być nosicielami HPV, lecz także sami zachorować. Być może, jeśli rząd zaproponuje nam szczepionki 2-walentne lub 4-walentne, będziemy dalej szczepić wariantem 9-walentnym na nasz koszt. Rodzice są zainteresowani maksymalną ochroną swoich dzieci, a my chcemy proponować kompleksowe rozwiązania w zakresie ochrony zdrowia – mówił.

Którą szczepionkę wybrać?

Istotnym problemem podnoszonym przez ekspertów jest wybór szczepionki. Publikowane dane z ośrodków polskich wskazują,

że udział genotypów HPV 16 i 18, odpowiedzialnych za raka szyjki macicy, spada na rzecz innych genotypów HPV, a u młodych kobiet, poniżej 30. roku życia, HPV 18 występuje obecnie rzadziej. To oznacza, że zastosowanie szczepionki 2-walentnej może być niewystarczające do zapewnienia optymalnej ochrony przed zakażeniem. Tymczasem według opinii Rady Przejrzystości z 27 grudnia 2022 r. dotyczącej skuteczności dostępnych w Polsce szczepionek przeciwko HPV (2-walentnej i 9-walentnej) w profilaktyce raka szyjki macicy [opartej na analizie dostępnych danych naukowych przeprowadzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)] i WHO „obie dostępne w Polsce szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego są skuteczne w zapobieganiu nowotworom szyjki macicy, a wobec braku wiarygodnych dowodów na wyższość kliniczną którejkolwiek w zakresie istotnych klinicznie punktów końcowych o wyborze preparatu winna decydować cena i wynikająca z niej efektywność ekonomiczna”. Szczepionka 9-walentna (Gardasil 9) jest finansowana w 24 z 27 krajów Unii Europejskiej, a w 18 krajach jest jedyną szczepionką refundowaną ze środków publicznych. – Niezwykle ważne jest szczepienie od początku dziewczynki i chłopców, bo trzeba patrzeć nie tylko na raka szyjki macicy, lecz także na inne nowotwory. Druga ważna



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- prof. Żana Bumbulienė – Uniwersytet Medyczny w Wilnie, Europejskie Stowarzyszenie Ginekologii Dziecięcej i Młodzieżowej – EURO-PAG
- Jan Grabkowski – starosta poznański
- prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii
- dr hab. n. med. Ernest Kuchar – Warszawski Uniwersytet Medyczny, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii
- Aleksandra Rudnicka – Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS
- dr hab. n. med. Maciej Stukan – Gdyńskie Centrum Onkologii, Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy

rzecz to epidemiologia raka szyjki macicy. Mamy publikacje z klinik z Poznania, które pokazują, że najczęściej występującym typem HPV w Polsce jest typ 16, który u kobiet ze śródnałonkową zmianą o wysokim stopniu złośliwości (HSIL) był wykrywany w 54 proc. Typy HPV 31, 33, 52 występowały u 37 proc. kobiet, a typ 18 u 9 proc. kobiet. Oznacza to, że oprócz dwóch typów HPV 16 i 18 (obecnych w szczepionkach 2-walentnej i 4-walentnej), u kobiet w dość dużym odsetku stwierdzane są inne typy HPV odpowiedzialne za raka szyjki macicy (HPV 31, 33, 52), obecne w szczepionce 9-walentnej. Stosując szczepionkę 2-walentną czy 4-walentną, chronimy zatem ok. 70 proc. kobiet, a przy stosowaniu szczepionki 9-walentnej ten odsetek wynosi ponad 90 proc. W każdym przetargu pod uwagę powinna być brana nie cena, ale koszt. To są dwie różne rzeczy, a musimy popatrzeć także na inne zyski związane ze szczepieniami, takie jak ochrona przed stanami przednowotworowymi, a ponadto nowotworami odbytu, pochwy, sromu, prącia, czyli innych części narządów płciowych. Do tego dochodzi jeszcze brodawczakowatość krani. Polskie

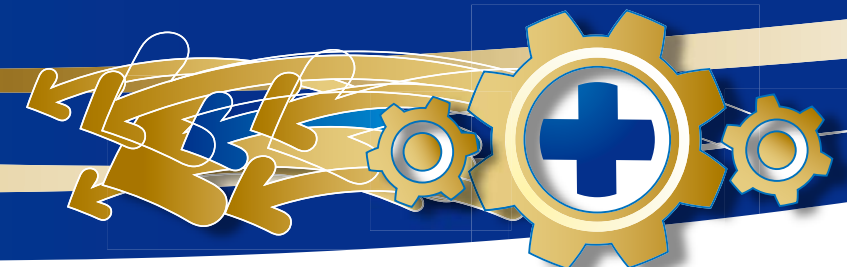
dane pokazują, że mamy wzrost liczby nowotworów gardła i krani. Zaleca się, aby szczepienie było realizowane u dziewczynki i chłopców poniżej 15. roku życia – nie tylko ze względu na to, że wtedy następuje inicjacja seksualna, lecz także dlatego, że skuteczność wszystkich trzech zarejestrowanych szczepionek jest wówczas największa. Na wysoki – 80-procentowy – wynik zaszczepienia, którym może się pochwalić powiat poznański, składają się dwie rzeczy: edukacja oraz wybór szczepionki. Z badań prowadzonych przez Państwowy Zakład Higieny wynika, że dziś rodzice są bardzo świadomi, znają różnice pomiędzy poszczególnymi szczepionkami, więc wybór szczepionki ma ogromny wpływ na powodzenie akcji szczepień. Rozmowę z rodzicami ułatwi nam wskazanie takiego preparatu, który obecnie ma największą skuteczność – przekonywała konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

– Jeżeli chcemy szybko dogonić Europę, musimy zdecydować się na taką szczepionkę, która da optymalne pokrycie i skuteczność. Tymczasem mam wrażenie, że my jako społeczeństwo w ochronie zdrowia nie umiemy wyciągać poprawnych wniosków. Gdyby ktoś 30 lat temu powiedział, że istnieje skuteczne lekarstwo na 10 proc. nowotworów, bo mniej więcej 10 proc. nowotworów jest związane z HPV, to wszyscy oczekiwaliby na nie z niecierpliwością, ale jeśli mówimy o działaniu profilaktycznym, to wolimy myśleć, że to nie nam przytrafi się nieszczęście. Jesteśmy niepoprawnymi optymistami, każdy z nas ma nadzieję, że to nie on zachoruje na nowotwór, tylko może sąsiad lub córka sąsiada. Tak działa ludzka psychika. Druga skomplikowana dla nas rzecz to upływ czasu między działaniem profilaktycznym a jego efektami, które są trudne do zaobserwowania w perspektywie jednostki. Jeżeli bowiem dana osoba została zaszczepiona i nie ma nowotworu, to może myśleć, że równie dobrze mogłaby się nie szczepić i też by nie zachorowała. W zdrowiu publicznym nie wolno popełniać takich błędów. W tych krajach, które rozpoczęły szczepienia przeciwko HPV, liczba brodawek płciowych gwałtownie spadła już po 5 latach powszechnych szczepień, jednak



PRIORYTETY 2023

W OCHRONIE ZDROWIA



na zauważalny spadek liczby nowotworów trzeba było poczekać znacznie dłużej. Niezrozumienie tego faktu jest tak głębokie, że nawet AOTMiT uzasadniła swoje stanowisko brakiem równoległych badań randomizowanych porównujących obie szczepionki, bo to byłby jej zdaniem „dowód, że jest między nimi różnica”. To nierealne oczekiwanie. Proszę sobie wyobrazić, że dzielimy zdrowe, młode nastolatki na dwie grupy i czekamy 30 lat, w której z nich wystąpi więcej nowotworów. To bardzo trudne do przeprowadzenia technicznie – nie wiem, czy byłoby chętnie i czy komisja bioetyczna by się na takie badanie zgodziła. Podam przykład z innej dziedziny – gdybyśmy szli torem myślenia AOTMiT, to do dzisiaj uważalibyśmy, że nie wiadomo, czy papierosy są rakotwórcze, ponieważ nie ma ani jednego randomizowanego badania, które dowodzi, że papierosy szkodzą. Czy skoro nie ma badań z randomizacją, to należy przyjąć, że papierosy są nieszkodliwe? To jest błąd metodologiczny tak gruby, że nie wiem, jak mogło do niego dojść. Czy w innych krajach nie ma odpowiedników AOTMiT? Jaką opinię wydała taka instytucja w Wielkiej Brytanii, w kraju producenta szczepionki 2-walentnej? Szczepienia są tematem trudnym, wymagają pewnego abstrakcyjnego myślenia, znajomości podstaw zarządzania ryzykiem. Wiele osób ma ze szczepieniami problem decyzyjny, bo jeżeli przeczyta o potencjalnych działaniach niepożądanych czy też działaniach, które przypisuje się szczepionce zupełnie niezastudzenie, to jest tym emocjonalnie ogłuszonych. Poza tym należy pamiętać, że nowotwory związane z HPV to nie tylko rak szyjki macicy, lecz w związku z zmianami obyczajowości także chociażby nowotwory gardła, szyi i krtani, które stają się coraz częstsze u obu płci, również u mężczyzn. W Stanach Zjednoczonych, które miały rewolucję obyczajową wcześniej, większość nowotworów gardła i szyi u obu płci to już są nowotwory HPV-zależne. Podejmując decyzję o wyborze szczepionki, kierujmy się tym, co dzisiaj wiemy na podstawie posiadanych danych. Nie oczekujemy czegoś tak nierealnego jak randomizowane badanie dwóch szczepionek, bo takiego nigdy nie będzie, chociażby ze względów etycznych – apelował dr hab. n. med. Ernest Kuchar z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. – W wielu państwach, m.in. w Wielkiej Brytanii, decydenci doszli do wniosku, że należałoby dać obywatelom szersze zabezpieczenie niż to, które było wcześniej. Na pewno przeprowadzano tam analizy farmakoeconomiczne, na podstawie których stwierdzono, że zabezpieczenie przeciwko 9 wirusom pozwoli na uniknięcie większej liczby chorób – potwierdził dr hab. n. med. Maciej Stukan z Gdynskiego Cen-



Fot. Archiwum Termmedia

”

prof. Żana Bumbulienė: Wprawdzie szczepionka 2-walentna chroni przed najbardziej agresywnymi typami HPV 16 oraz 18 i zapobiega 70 proc. nowotworów raka szyjki macicy, ale szczepionka 9-walentna może zapobiec aż 90 proc.



Fot. Paryk Bydzyk

”

Jan Grabkowski: Przez 14 lat trwania programu udało nam się podać zastrzyk ok. 11 tys. nastolatków, co daje ponad 80 proc. populacji w danym roczniku. Naszemu programowi towarzyszyły cykle szkoleń. Ustaliliśmy, że firmy, które wygrywają przetarg na dostarczenie preparatu, muszą zapewnić opiekunom pełną informację



Fot. Paryk Bydzyk

”

prof. Teresa Jackowska: Zaleca się, aby szczepienie było realizowane u dziewcząt i chłopców poniżej 15. roku życia – nie tylko ze względu na to, że wtedy następuje inicjacja seksualna, lecz także dlatego, że skuteczność wszystkich trzech zarejestrowanych szczepionek jest wówczas największa



Fot. Paryk Bydzyk

”

dr hab. Ernest Kuchar: W tych krajach, które rozpoczęły szczepienia przeciwko HPV, liczba brodawek płciowych gwałtownie spadła już po 5 latach powszechnych szczepień, jednak na zauważalny spadek liczby nowotworów trzeba było poczekać znacznie dłużej



Fot. Paryk Bydzyk

”

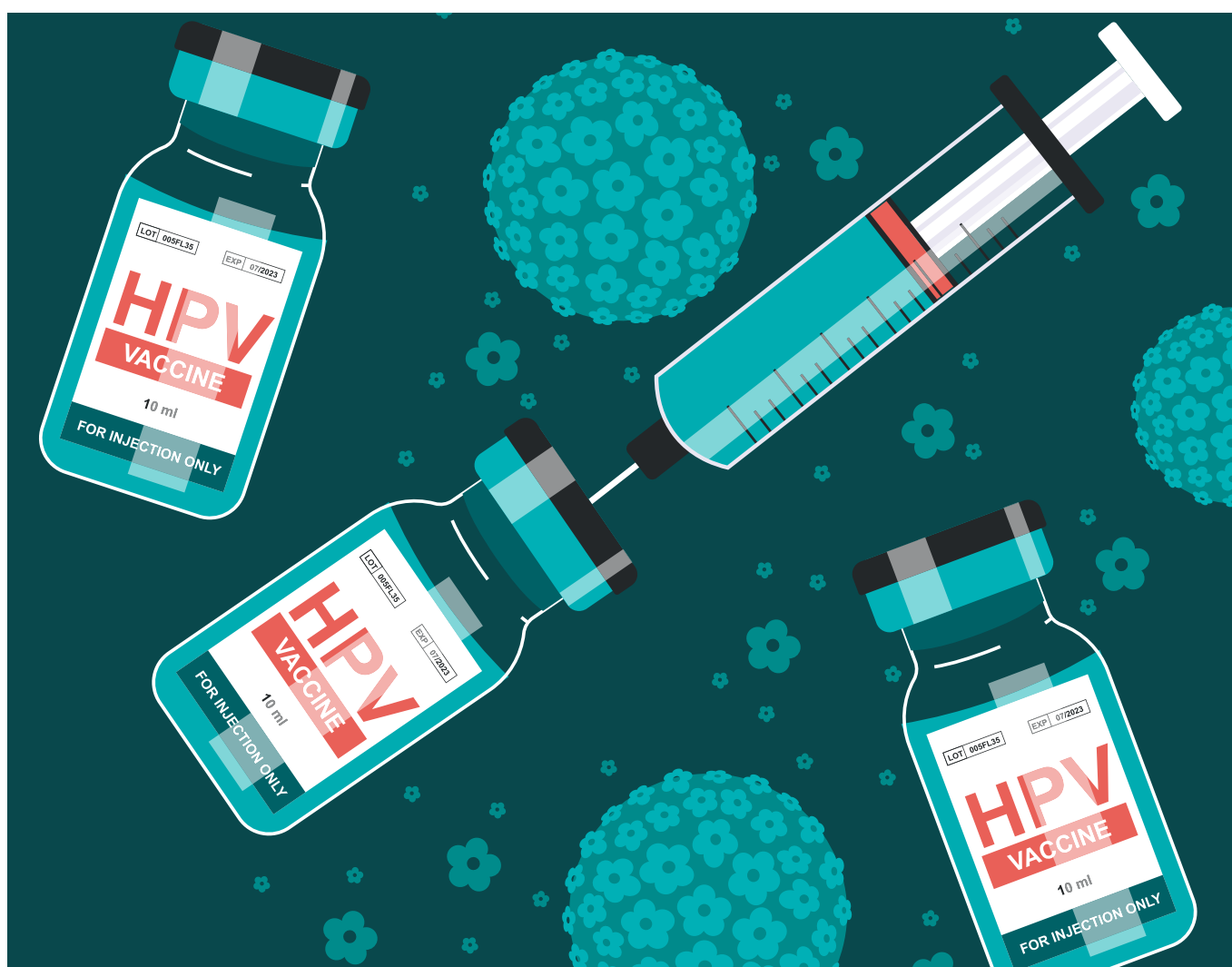
Aleksandra Rudnicka: To prawda, że wprowadzając tańszą szczepionkę, możemy zaszczyć dwa roczniki zarówno dziewcząt, jak i chłopców. Tylko z jakim efektem? Obecnie szczepionka 2-walentna jest refundowana w 50 proc. i prawie nikt jej nie kupuje



Fot. Paryk Bydzyk

”

dr hab. Maciej Stukan: Zdecydujemy się na najlepsze narzędzie, czyli najlepszą szczepionkę, która będzie zabezpieczała również przed innymi chorobami, w tym brodawkami czy stanami przedrakowymi szyjki macicy, których jest w Europie ok. 300–500 tys. rocznie



Fot. Stockphoto

trum Onkologii, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy. – Trzeba sobie zadać pytanie, którego narzędzia chcemy użyć – przeciw 2 czy przeciw 9 wirusom. W 2020 r. mieliśmy 3800 zachorowań na raka szyjki macicy. Jeżeli wybierzemy szerszą szczepionkę, mamy prawdopodobieństwo, że o 600–700 kobiet mniej zachoruje na raka szyjki macicy niż przy wyborze preparatu przeciw 2 typom HPV. Rak szyjki macicy to jednak tylko wierzchołek góry lodowej. Ile lat życia zabierze się umierającym kobietom dla ich rodziny, dzieci, a ile lat płacenia podatków? Poza rakiem szyjki macicy są też inne nowotwory, którym możemy zapobiegać przez stosowanie szczepionek przeciwko HPV. Jako ginekolog widzę też choroby nieonkologiczne, o których już była mowa – brodawki narządów płciowych (kłykciny kończyste), trochę bagatelizowane. W Europie notujemy ok. 260–500 tys. zachorowań rocznie na brodawki narządów płciowych u kobiet i u mężczyzn. Jest publikacja z 2012 r. mówiąca o tym, że osoby, które chorowały kiedyś na te brodawki, mają podwyższone ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe w przestrzeni anogenitalnej i przestrzeni ustno-gardłowej. Dlatego zdecydowaliśmy się na najlepsze narzędzie, czyli najlepszą szczepionkę, która będzie zabezpieczała również przed innymi chorobami, w tym brodawkami czy stanami przedrakowymi szyjki macicy, których

jest w Europie ok. 300–500 tys. rocznie. Zachorowanie na choroby nienowotworowe i ich leczenie to też jest stres, nieobecność w pracy, ograniczenia w życiu rodzinnym i społecznym. Spójrzmy też na opublikowane 16 grudnia 2022 r. stanowisko WHO dotyczące szczepień przeciwko HPV. W dokumencie możemy przeczytać, że na podstawie badań randomizowanych i obserwacyjnych można stwierdzić, że jedna dawka szczepionki wcale nie jest dużo gorsza niż jednak tylko wierzchołek góry lodowej. Ile lat życia zabierze się umierającym kobietom dla ich rodziny, dzieci, a ile lat płacenia podatków? Poza rakiem szyjki macicy są też inne nowotwory, którym możemy zapobiegać przez stosowanie szczepionek przeciwko HPV. Jako ginekolog widzę też choroby nieonkologiczne, o których już była mowa – brodawki narządów płciowych (kłykciny kończyste), trochę bagatelizowane. W Europie notujemy ok. 260–500 tys. zachorowań rocznie na brodawki narządów płciowych u kobiet i u mężczyzn. Jest publikacja z 2012 r. mówiąca o tym, że osoby, które chorowały kiedyś na te brodawki, mają podwyższone ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe w przestrzeni anogenitalnej i przestrzeni ustno-gardłowej. Dlatego zdecydowaliśmy się na najlepsze narzędzie, czyli najlepszą szczepionkę, która będzie zabezpieczała również przed innymi chorobami, w tym brodawkami czy stanami przedrakowymi szyjki macicy, których

niejszym – wyborem szczepionki. Znamy opinię Rady Przejrzystości AOTMiT dotyczącą równorzędności szczepionek, z którą trudno się nam zgodzić. Miejmy nadzieję, że minister zdrowia pomyśli perspektywnie, uwzględniając efekt, który mamy osiągnąć – wyeliminowanie chorób związanych z wirusem HPV. Nie osiągniemy go, stosując szczepionkę 2-walentną, która ma 70 proc. skuteczności, podczas gdy szczepionka 9-walentna 90 proc., a badania szwajcarskie pokazują, że nawet 97 proc. Biermy przykład z innych krajów, chociażby z Litwy, która ma tę samą wielkość PKB na mieszkańca. W Europie 2-walentną szczepionkę stosują te kraje, które już z problemem epidemiologicznym się uporały, ponieważ wcześniej intensywnie prowadziły badania cytologiczne, czyli Norwegia, Finlandia, Holandia. Proszę też spojrzeć na Wielką Brytanię, która jest liderem, jeśli chodzi o farmakoterapię, a jednocześnie ma bardzo restrykcyjną agencję NICE. Oni też szczepili najpierw szczepionką 2-walentną, potem 4-walentną, a od zeszłego roku stosują 9-walentną. To o czymś świadczy. To prawda, że wprowadzając tańszą szczepionkę, możemy zaszczyć dwa roczniki zarówno dziewcząt, jak i chłopców. Tylko z jakim efektem? Obecnie szczepionka 2-walentna jest refundowana w 50 proc. i prawie nikt jej nie kupuje. Rodzice decydują się na zakup za własne pieniądze szczepionki 9-walentnej

– przekonywała Aleksandra Rudnicka ze Stowarzyszenia na rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS.

Jak osiągnąć najwyższy poziom wyszczepienia?

Doktor hab. Ernest Kuchar zaproponował, aby edukację prozdrowotną prowadzić już w szkołach podstawowych i wyjaśniać dzieciom, jak działają szczepienia ochronne. – Oczywiście można to nadrobić później, ale wówczas jest znacznie trudniej. To powinno być działanie długoterminowe. Z kolei działanie krótkoterminowe to akcja edukacyjna, która pozwoli zrozumieć, czym są nowotwory HPV-zależne, jak można im zapobiec i jak działają szczepienia, co pozwoli podjąć właściwą i świadomą decyzję. Zwróćmy uwagę, że pojawienie się szczepionki to jedno, a jej akceptacja społeczna to zupełnie inna sprawa. Najbardziej pesymistyczny scenariusz, którego najbardziej się boję, to sytuacja, gdy mielibyśmy kupione szczepionki, które by się zmarnowały, ponieważ ludzie nie chcieliby się zaszczepić – mówił.

– Uczestniczyłem w spotkaniu, na którym specjaliści z różnych krajów mówili o tym, w jaki sposób udało im się uzyskać wysoki poziom wyszczepienia. Jak się okazało, liderem w Europie jest Belgia, gdzie 90 proc. uprawniających dostaje szczepionkę. Moim zdaniem sukces szczepień zależy od tego, czy dana szczepionka będzie łatwo dostępna. Tak było w zeszłym roku ze szczepionką przeciwko grypie. Kiedy była ona dostępna wszędzie, wyszczepialność rosła. Teraz mamy szczepionkę na receptę, co się wiąże z czekaniem, drogą do apteki, i wyszczepialność spada. Uważam, że powinniśmy wprowadzić takie rozwiązanie jak w Belgii, żeby szczepienia odbywały się w szkole. Każdy rodzic lub opiekun prawny otrzymywałby na początku roku pismo informujące o tym, że jego dziecko będzie zaszczepione przeciwko HPV. Jeśli nie wyrazi zgody na to szczepienie, czyli na ochronę swojego dziecka czy podopiecznego przed kilkoma chorobami, w tym nowotworami złośliwymi, musi się pod tym podpisać, czyli wziąć na siebie odpowiedzialność, i odnieść pismo do szkoły. Nie możemy też zapomnieć, że szczepienie to jedna rzecz, a druga to dobre badania przesiewowe (profilaktyka wtórna), czyli cytologia lub bardziej nowoczesnie wymazy na obecność HPV, choć te programy są wystandardyzowane tylko dla raka szyjki macicy, a nie dla innych chorób zależnych od HPV. Podsumowując, powołam się na Hiszpanię, gdzie przeciwko HPV zaszczepiono się 80 proc. osób, a przeciwko COVID-19 85 proc. Tam się zastanawiają, co zrobić, żeby zwiększyć wyszczepialność przeciwko HPV do 85 proc. Chciałbym, żebyśmy też mogli zadać takie pytanie – podsumował dr hab. Maciej Stukan.

Stowarzyszenie SANITAS apeluje o szczepionkę 9-walentną

– Długo dyskutowano o tym, skąd wziąć pieniądze na powszechny program szczepień przeciwko HPV, czy szczepienia będą odpłatne, nieodpłatne, obowiązkowe, nieobowiązkowe. Teraz stoimy przed ostatnim problemem, ale nie wiem, czy nie najważ-