



Barbara Mietkowska, 2019-06-05 09:23

Pneumokoki w natarciu



Fot. Getty Images/iStockphoto

W regionach Szwecji, gdzie zastosowano dziesięciowalentną szczepionkę przeciw pneumokokom, liczba zgonów spowodowana serotypem 19A jest znacznie większa, mimo iż teoretycznie szczepionka na zasadzie odporności krzyżowej powinna przed nim chronić.

W 2017 r. do kalendarza szczepień obowiązkowych włączono szczepienie przeciwko pneumokokom. Ustalając kryterium wyboru szczepionki kierowano się w 60% (najwyższy dopuszczony prawem UE poziom) ceną, a w 40% jakością produktu. W wyniku przeprowadzonych procedur wybrano szczepionkę dziesięciowalentną. Oprócz niej w aptekach dostępna jest pełnopłatna szczepionka trzynastowalentna. Obie mają to samo zadanie - chronić przed inwazyjną chorobą pneumokokową. Można się jednak zastanawiać, na ile dzielące je różnice są istotne na terenie naszego kraju.

Pneumokoki to bardzo agresywne bakterie, które powodują zapalenie płuc, opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie stawów, osierdzia, szpiku i wiele innych ciężkich chorób, których konsekwencje mogą wpływać negatywnie na dalszą jakość życia pacjenta. Mogą również wywołać śmiertelnie groźną posocznicę (sepsę). Są najczęstszą przyczyną zakażeń bakteryjnych u dzieci. Niestety, są też przyczyną dziecięcych zgonów. Na wpisanie do kalendarza szczepień ochronnych szczepionki zabezpieczającej przed pneumokokami czekano w Polsce wiele lat. To bardzo dobra decyzja, choć jesteśmy jednym z ostatnich krajów w Europie, który się na to zdecydował. Wprowadzie oficjalne dane epidemiologiczne nigdy nie były w naszym kraju alarmujące, ale dla lekarzy, mikrobiologów i decydentów było od zawsze jasne, że pneumokoki zagrażają zdrowiu polskich dzieci tak samo jak w innych częściach Europy i świata.

CO Z TĄ STATYSTYKĄ?

Aby wprowadzić szczepionkę do kalendarza szczepień, potrzebne są dowody na to, że przeciwdziałanie danej chorobie ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa całego społeczeństwa. O to jednak w przypadku pneumokoków zawsze było bardzo trudno, albowiem dyscyplina raportowania zachorowań mocno kulała. I choć dziś świadomość wzrosła, a wprowadzenie obowiązkowych szczepień zmienia ten stan na lepszy, jakość danych – szczególnie jeżeli chodzi o całkowitą liczbę zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową – wymaga stałego doskonalenia. Przed 2016 rokiem wskaźniki zapadalności na chorobę pneumokokową w Polsce wykazywały jedynie dwie, trzy osoby na 100 tysięcy mieszkańców.

Te liczby szokowały. Choćby dlatego, że w tym samym czasie w Stanach Zjednoczonych było to 50 przypadków na 100 tysięcy, a w Europie Zachodniej przynajmniej 30 na 100 tysięcy mieszkańców. Porównania z resztą świata budziły niepokój środowisk naukowych. Profesor Waleria Hryniewicz, lekarz mikrobiolog i do niedawna konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, podkreśla, że choć coraz więcej szczepów jest przesyłanych do Krajowego Ośrodka Referencyjnego w Narodowym Instytucie Leków i poprawia się nasza wiedza w tym zakresie to w dalszym ciągu do monitorowania zakażeń podchodzi się u nas z pewną swobodą. „Zwiększenie liczby przesyłanych szczepów wynika z ciągłej edukacji prowadzonej przez Krajowy Ośrodek oraz spowodowanej wprowadzeniem do Kalendarza Szczepień szczepionki przeciw pneumokokowej.

Największą wiedzę uzyskujemy z monitorowania zakażeń inwazyjnych, w tym pneumokokowych prowadzonych przez wspomniany powyżej Krajowy Ośrodek Referencyjny, ale nadsyłanie szczepów do Ośrodka nie jest obowiązkowe. Polega na dobrej woli laboratoriów, które przysyłają szczepy. Z danych Ośrodka wynika, że są województwa, które przez cały rok nie mają ani jednego przypadku choroby pneumokokowej, co jest oczywistą bzdurą.

Monitorowanie prowadzone przez Krajowy Ośrodek jest niewątpliwie najlepszą formą monitorowania, bo potwierdza, jaki drobnoustrój spowodował zakażenie i określa jego cechy biologiczne, w tym serotyp. I jedynie ten typ monitorowania pozwala wybierać szczepionkę pokrywającą w najwyższym procencie serotypy krążące w Polsce. Znajomość ich pozwala wybrać taką szczepionkę, która jest najbardziej dostosowana do naszej sytuacji epidemiologicznej, a z kolei po jej wprowadzeniu obserwować skutki tej decyzji. W Polsce mamy obowiązek zgłaszania inwazyjnych zakażeń pneumokokowych do Inspekcji Sanitarnej i później do PZH. Ale ten system w przypadku pneumokoków jest ułomny, bo choć obowiązkowy, to nic nie mówi o cechach pneumokoka, który spowodował chorobę, a zwłaszcza jego serotypie”.

To stanowi problem, bo wiedza, ile jest zachorowań oraz jakie serotypy je powodują jest kluczowa do podjęcia decyzji, jaką szczepionkę wybrać. Oczywiście w latach 2016 i 2017 decyzji nie podejmowano całkiem w ciemno, jednak posługiwanie się danymi uśrednionymi z Europy nie dawało pewności, na ile wybrana szczepionka będzie skuteczna w Polsce.

Czułość powinna wzrosnąć po przeanalizowaniu najnowszego, bo opublikowanego 26 kwietnia tego roku, przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Układu Nerwowego KOROUN, danych za rok 2018 dotyczących inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce. Otóż jasno z niego wynika, że liczba szczepów nadsyłanych do NIL rośnie. I choć fakt ten nie może być jednoznacznie interpretowany jako dowód na rosnącą liczbę zakażeń – to wzrost liczby nadesłanych przypadków z około 800 do ponad 1000 i ich struktura (częstość występowania poszczególnych serotypów) budzi niepokój.

Pierwszą przyczyną zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową według raportu jest serotyp 3, a trzecią 19A. Co istotne, oba wymienione serotypy, choć według danych KOROUN stanowią dwa z trzech najczęściej występujących w Polsce, nie są obecne w dziesięciowalentnej szczepionce wpisanej do kalendarza szczepień. W związku z tym spodziewane pokrycie szczepionkowe to dla tego preparatu według najnowszych danych 23,3% dla dzieci poniżej drugiego roku życia i 33% dla dzieci poniżej piątego roku

życia.

SEROTYPY ŻYJĄ GLOBALNIE, ALE DZIAŁAJĄ LOKALNIE

Na dzień dzisiejszy wyróżniono 96 serotypów pneumokoków. Najlepsze współczesne szczepionki skoniugowane chronią nas przed kilkunastoma najistotniejszymi. W szczepionce trzynastowalentnej jest ich o trzy więcej (serotyp 3, 19A i 6) niż w dziesięciowalentnej. W polskim kalendarzu szczepień znalazła się szczepionka dziesięciowalentna i właśnie o tę różnicę w liczbie zawartych w niej serotypów toczy się naukowa dyskusja. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że serotypy 3 i 19A obecne jedynie w szczepionce trzynastowalentnej zagrażają bardziej, niż to się wstępnie wydawało. Dlatego ochrona przed nimi, zwłaszcza przed serotypem 19A, staje się coraz ważniejsza.

Takim przykładem może służyć Wielka Brytania, gdzie najpierw stosowano szczepionkę dziesięciowalentną, ale po badaniach epidemiologicznych wykazano, że to właśnie serotyp 19A jest powodem dużej liczby zachorowań. Po zmianie na preparat trzynastowalentny uzyskano znaczącą poprawę sytuacji. Liczba chorób wywołanych przez serotyp 19A spadła wśród dzieci do 5. roku życia o 91%, a szczepionka ta na stałe została wpisana do brytyjskiego kalendarza szczepień. Znaczącym przykładem może też być Szwecja. Tam o zakupie szczepionki decydują władze lokalne. Tak więc w różnych kantonach szczepi się dzieci jedną bądź drugą, w zależności od tego, jakie środki finansowe przeznaczają na to samorządy. Po analizach okazało się, że choć osiągnięto pewien poziom bezpieczeństwa epidemiologicznego, to w regionach, gdzie zastosowano szczepionkę dziesięciowalentną, liczba zgonów spowodowana serotypem 19A jest znacznie większa, mimo iż teoretycznie szczepionka na zasadzie odporności krzyżowej powinna przed nim chronić.

(...)

Powyższy tekst jest fragmentem [artykułu](#), który ukaże się w czerwcowym wydaniu miesięcznika „Służba Zdrowia”.