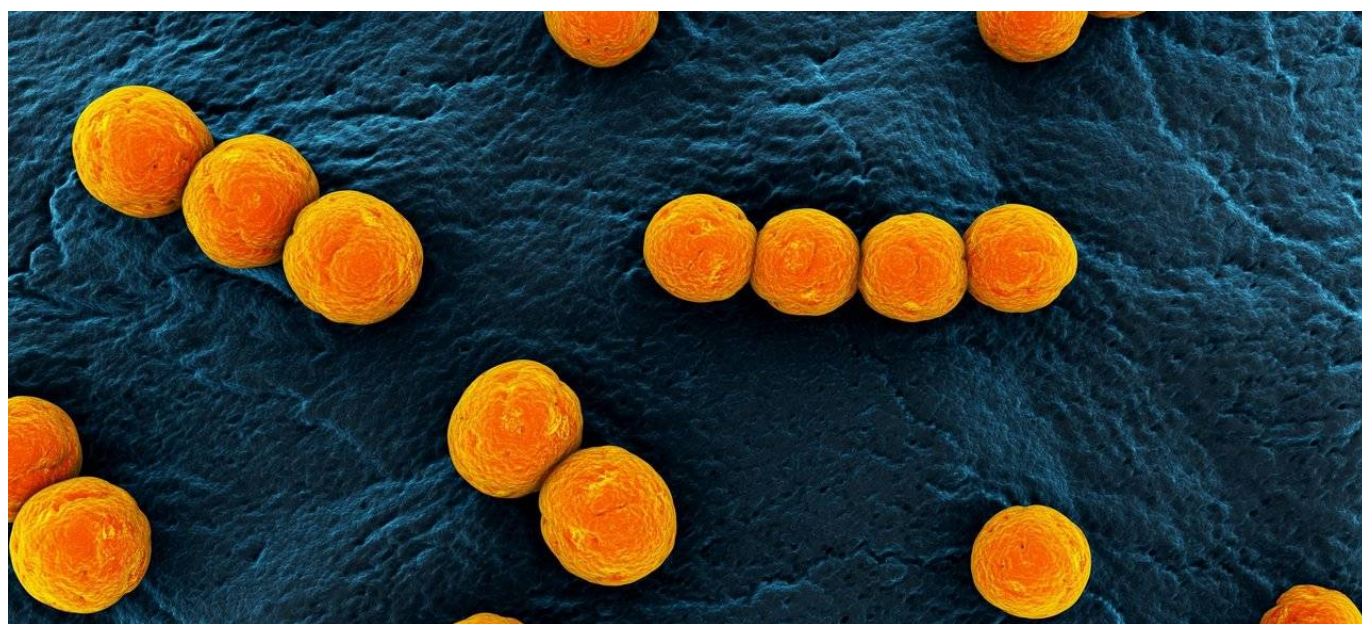




**Barbara Mietkowska**, 2019-06-25 12:17

## Pneumokoki – monitorujemy sytuację epidemiologiczną



Fot. Thinkstock/Getty Images

**Z dr. n.med. Ryszardem Koniorem, kierownikiem Oddziału Pediatrii i Neurologii Dziecięcej Szpitala Jana Pawła II w Krakowie rozmawiamy o zauważalnych korzyściach, jakie daje szczepienie przeciwko pneumokokom i konieczności dalszego monitorowania sytuacji epidemiologicznej w Polsce.**

**Czy w codziennej praktyce szpitalnej zauważa Pan, że zmniejsza się liczba zachorowań na choroby pneumokokowe? I czy dzieci do drugiego roku życia przestały chorować?**

R.K.: To nie jest tak łatwo powiedzieć. Na nasz oddział trafiają dzieci z województwa małopolskiego, głównie z neuroinfekcjami, z zapaleniem opon mózgowych wywołanym przez pneumokoki. Choroba pneumokokowa jest chorobą sezonową, najwięcej przypadków pojawia się w okresie jesienno-zimowym, trochę mniej wczesną wiosną. Ale zachorowania mogą zdarzyć się o każdej porze roku. Od nowego roku hospitalizowaliśmy tylko jeden przypadek pneumokokowego zapalenia opon mózgowych w tej grupie wiekowej. Rok wcześniej było ich więcej, ale czy z danych jednego ośrodka można wyciągać wnioski, że liczba zakażeń spada. Paradoksalnie jeśli spojrzymy na raporty Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, to liczba zgłoszonych przypadków w skali kraju rośnie z roku na rok. To z kolei nie znaczy, że zakażeń jest naprawdę więcej niż w ubiegłych latach, bowiem może być to wynikiem poprawy zgłaszalności przypadków choroby pneumokokowej przez ośrodki, w których jest ona hospitalizowana, a do tego wzrost ten dotyczy szczególnie zachorowań w grupie osób dorosłych.

### **Czyli w szpitalu nie pojawia więcej pacjentów w porównaniu do ostatnich lat?**

**R.K.:** W naszym oddziale gdzie hospitalizujemy tylko dzieci i młodzież nie odczuwamy zwiększenia liczby zachorowań. Wręcz odwrotnie mamy ich mniej. Trudno też na razie mówić o efekcie szczepień. To za wcześnie. Przypadki, które nam się „zdarzyły” w ostatnich dwóch latach, to były dzieci nieszczepione. Albo rodzice to zaniedbali, albo dzieci nie mogły być szczepione.

### **Zauważa Pan, że rośnie liczba rodziców, którzy nie chcą szczepić?**

**R.K.:** Kiedy rodzice przyjeżdżają na oddział z chorym dzieckiem różnie się tłumaczą. Jedni przyznają, że ulegli presji antyszczepionkowców, a inni, że dziecko było ciągle przeziębione i nie mogli szczepić. Nie przyznają się tak do końca co było powodem braku szczepienia. Dzieci powinno się szczepić jak najszybciej, bo ryzyko zachorowania jest największe w pierwszych latach życia.

### **Co Pan sądzi o tym, że w Polsce funkcjonują przeciw pneumokokom dwie szczepionki. Dziesięciowalentna wpisana do kalendarza szczepień i trzynastowalentna, dostępna w sektorze prywatnym. Ok 30 % dzieci jest zaszczepione tą drugą.**

**R.K.:** Obecnie tylko te dwie szczepionki pneumokokowe są dostępne w całym świecie. O wyborze szczepionki do PSO w Polsce decyduje Ministerstwo Zdrowia a w szczególności GIS. Takie instytucje jak Polskie Towarzystwo Wakcynologii czy Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych mogą tylko doradzać, ale nie są decydentami w wyborze szczepionek. Podobnie jak to się dzieje w innych krajach europejskich o wyborze preparatu decyduje, a przynajmniej powinna decydować nie tylko cena, ale przede wszystkim analiza sytuacji epidemiologicznej w zakażeniach pneumokokowych. Taka analiza jest przeprowadzana co roku, jeszcze przed ogłoszeniem przetargu. Szczepionka dziesięciowalentna, jak do tej pory była wybierana przez GIS jako podstawowa do PSO od momentu, w którym szczepienie przeciwko pneumokokom weszło do grupy szczepień obowiązkowych. W szczepionce trzynastowalentnej są trzy dodatkowe serotypy pneumokokowe (3, 6B,19A). Trzeba jednak wiedzieć, że wszystkich serotypów pneumokokowych jest ponad 90, a około 23 z nich są chorobotwórcze. Więc pomimo podania którejkolwiek ze szczepionek, zawsze istnieje ryzyko zachorowania spowodowanego szczepami pneumokokowymi, których nie ma w tych preparatach. Na szczęście ryzyko nie jest bardzo duże, bowiem w obecnych preparatach znajdują się te najbardziej zjadliwe i odporne na antybiotyki pneumokoki. Jak na razie nie ma możliwości stworzenia szczepionki, która byłaby skuteczna przeciwko wszystkim chorobotwórczym serotypom.

### **No tak, ale szczepionka dziesięciowalentna nie zapewnia ochrony przed serotypem 19 A. Czy według Pana serotyp 19F w niej obecny, na zasadzie budowania odporności krzyżowej, działa wystarczająco?**

**R.K.:** Doniesienia są sprzeczne. Na początku tak uważano. Teraz są już przykłady, między innymi ze Skandynawii, że niekoniecznie odporność krzyżowa w tym przypadku działa. Trudno jest obecnie stwierdzić czy fakt, że po nie tak dawnej zmianie szczepionki z trzynastowalentnej na dziesięciowalentną w Belgii wzrosła liczba zachorowań spowodowanych serotypem 19A, jest pewnym dowodem na brak odporności krzyżowej. Niewiele wiemy o tych zachorowaniach; jakiej grupy wiekowej one dotyczyły, czy chorzy ci byli wcześniej szczepieni, czy jest to może efekt zwiększonego nosicielstwa tego serotypu w wyniku braku efektu populacyjnego szczepionki dziesięciowalentnej? Potrzebna jest pogłębiona analiza tego zdarzenia. W każdym razie po trzech latach stosowania szczepionki dziesięciowalentnej w Belgii, gdzie wzrost zachorowań spowodowanych 19A był dziesięciokrotny ( z 2 do 21 przypadków) powrócono do szczepionki trzynastowalentnej

### **Z ostatniego raportu KOROUN wynika, że i u nas, w Polsce, ten serotyp zrobił się groźny.**

**R.K.:** Zawsze był groźny i bardzo często oporny na antybiotyki, ale teraz jest go więcej w najmłodszej grupie wiekowej tj. do 2 i 5 roku życia. W tej grupie jest drugą najczęstszą przyczyną choroby pneumokokowej. W raportach dotyczących wszystkich zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową, niezależnie od wieku, na pierwszym miejscu jest serotyp 3. U małych dzieci ma mniejsze znaczenie, ale jest na pierwszym miejscu jako przyczyna śmiertelności osób starszych. Ten serotyp jest obecny w szczepionce trzynastowalentnej, ale w praktyce okazało się, że nie w pełni chroni przed zachorowaniem. Skuteczność szczepionki dla tego serotypu ocenia się obecnie na około 65%. O ile większość pozostałych serotypów szczepionkowych chroni nie tylko przed zachorowaniem, ale również wpływa na obniżenie ich nosicielstwa, to w przypadku serotypu 3 tego zjawiska nie obserwuje się. Stąd małe dzieci, nawet te zaszczepione trzynastką mogą być jego nosicielami.

**Wobec tego można powiedzieć, że istnieje dość istotna różnica między szczepionkami?**

**R.K. :** No tak, choć stu procentowego zabezpieczenia nie udaje się uzyskać jeśli chodzi o serotyp 3.

**A jak jest z osobami dorosłymi, serotyp 3 działa na nie skuteczniej?**

**R.K.:** Tu sytuacja jest podobna jak u dzieci: 60-65% ale i tak to jest dużo, więc warto się szczepić.

**Co począć z antybiotykoopornością, jeśli chodzi o serotyp 19A? Czy rzeczywiście zakażonego tym serotypem dziecka nie ma czym leczyć? Jeśli tak, to może lepiej w tej sytuacji skuteczniej zapobiegać chorobie szerzej działającą szczepionką?**

**R.K.** Antybiotykooporność dotyczy nie tylko serotypu 19A, ale również innych jak np. 14. Sama idea przy tworzeniu szczepionki pneumokokowej (7, 10. i 13-walentnej) była taka, żeby umieścić w nich szczepy najbardziej zjadliwe, powodujące najcięższe zachorowania, jak również te z wysoką opornością na antybiotyki. Większość szczepów opornych na antybiotyki była w 7-ce i jest w dwu dostępnych obecnie szczepionkach. W przypadku antybiotykooporności nie jest jeszcze tak źle. Ciągłe dysponujemy antybiotykami, które dają radę, ale jest ich niewiele. Trzeba je oszczędzać, bo przy powszechnym stosowaniu i one przestaną działać. Na początku, kiedy jeszcze nie wiemy jaki szczep pneumokokowy wywołał chorobę podajemy empirycznie dwa antybiotyki o szerokim spektrum działania. Leczenie modyfikuje się po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego.

**Mimo że jest Pan pediatrą, zapytam o seniorów, bo istnieje związek między dziećmi a zachorowalnością seniorów. Czy szczepienie dzieci jest ważne dla ich zdrowia?**

**A.K.** Tak. to jest podstawa. Jeżeli szczepimy populacyjnie, to nosicielstwo spada, a głównym przenosicielem pneumokoków są małe dzieci. W USA po pięciu latach od wprowadzenia szczepionki dla dzieci zaobserwowano spadek zachorowań wśród dorosłych, mimo że sami nie byli szczepieni. Warunkiem jest duża wyszczepialność. W Polsce przed wprowadzeniem szczepionki do PSO dużo rodziców kupowało szczepionki, ale nie na tyle dużo, aby to zjawisko u nas również wystąpiło. Wyjątkiem były Kielce, gdzie powszechne wieloletnie szczepienia prowadzone przez samorząd wykazały spadek zachorowań nie tylko u dzieci, ale również u ich rodziców i dziadków. Jest nadzieja, że już niedługo, w perspektywie kilku lat, takie zjawisko będziemy obserwować w całym kraju, bo już trzeci rok szczepionki pneumokokowe są powszechnie stosowane u najmłodszych.

**Czy szczepiąc dzieci, można całkowicie zrezygnować ze szczepienia seniorów?**

**R. K :** Nie, na pewno warto szczepić dorosłych, szczepienie dzieci jest jednym ze sposobów, ale to nie chroni w pełni, a jedynie ogranicza obecność pneumokoków. U osób starszych najczęstszą postacią choroby pneumokokowej jest zapalenie płuc, rzadziej sepsa. Niestety w tej grupie wiekowej obserwujemy największą śmiertelność, sięgającą nawet 50%.

**Wobec tego, czy jako laik mogę wysnuć wniosek, że zastosowanie szczepionki, w której jest serotyp 3, byłoby korzystne populacyjnie?**

**R.K.:** Oczywiście, nawet jeśli szczepienie tym serotypem nie w pełni jest skuteczne. Obecnie tylko szczepionka trzynastowalentna jest zarejestrowana w tej grupie wiekowej. To wielka sprawa, że od dwóch lat szczepimy w Polsce dzieci. Najważniejsze jest jednak nieustanne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, badanie jak zachowują się pneumokoki, które serotypy zaczynają zastępować te obecne w szczepionkach i wywołują zachorowania. To jest trudne i bardzo kosztowne zadanie. Mamy nadzieję, że w bardzo niedalekiej przyszłości pojawią się nowe szczepionki, bogatsze o te nowe chorobotwórcze serotypy.