



PATRONAT HONOROWY NAD KAMPANIĄ „TAK DLA ZDROWIA RODZINY”
SPRAWUJE AGATA KORNHAUSER-DUDA, PIERWSZA DAMA RP

„TAK dla zdrowia rodziny”

debata i konferencja inaugurująca Kampanię Medycznej Racji Stanu
i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

28 września 2023, godz. 11.00 – 14.30, Pałac Staszica, ul. Nowy Świat 72,
Warszawa Sala Okrągłego Stołu, I piętro

Tryb hybrydowy

Informacja prasowa

Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej obejmującej edukację na temat szczepień przeciw wirusom onkogennym, testów przesiewowych w kierunku HPV, HCV, otyłości jako czynnika ryzyka zachorowania na nowotwory oraz badań przesiewowych.

Kampania realizowana jest w partnerstwie Medycznej Racji Stanu z Fundacją Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, jako rozwinięcie kampanii „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa. Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną.

Co roku w Unii Europejskiej (UE) można zapobiec ponad 40% zachorowaniom na raka. W 2020 r. w Unii Europejskiej u 2,7 mln osób wykryto raka, a kolejnych 1,3 mln osób, w tym ponad 2 tys. młodych ludzi zmarło z jego powodu. Jeżeli nie podejmiemy się zdecydowanych działań, liczba zachorowań na raka wzrośnie o 24 proc. do 2035 r., co oznacza, że stanie się on główną przyczyną zgonów w UE. Dlatego w lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).¹ Celem europejskiego planu walki z rakiem jest zmniejszenie obciążenia, jakim są choroby nowotworowe dla pacjentów, ich rodzin i systemów ochrony zdrowia. Będzie on dotyczył niwelowania nierówności dotyczących chorób nowotworowych między państwami członkowskimi i w obrębie tych państw

¹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

za pomocą działań służących wspieraniu, koordynowaniu i uzupełnianiu wysiłków międzypaństwowych.² Europejski plan walki z rakiem jest wyrazem politycznego zobowiązania do zwalczania chorób nowotworowych oraz kolejnym etapem tworzenia silnej Europejskiej Unii Zdrowotnej, która zapewni UE większe bezpieczeństwo, gotowość i odporność. Europejski plan walki z rakiem otrzyma finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.³

W Polsce choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju stale wzrasta, czego przyczyną jest proces starzenia się społeczeństwa i czynniki związane ze stylem życia. W 2019 r. odnotowano 171,2 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe (85 559 u mężczyzn i 85 659 u kobiet). Liczba zachorowań w 2020 r. została oszacowana na 182,5 tys. (91,3 tys. mężczyzn i 91,3 tys. kobiet). Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów w kolejnych latach nastąpi dalszy wzrost zachorowań. Parlament Rzeczypospolitej Polskiej, mając na względzie obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej śmiertelności, poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin, oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, uchwalił ustawę 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). Jednym ze wskazanych w ustawie celów Narodowej Strategii Onkologicznej jest opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii. W uchwale zostało wskazane, że za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie koncepcji koordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym, a za jeden z celów Strategii przyjęto poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyki i leczenia oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”. W związku z powyższym w Strategii wskazano, że do końca 2022 r. zostanie wdrożona Krajowa Sieć Onkologiczna, ustanawiająca nowe struktury organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. Podmioty wykonujące działalność leczniczą spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną, zwaną dalej „KSO”. Ustanowienie KSO ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.⁴

1 czerwca 2023 r. rozpoczął się powszechny program szczepień przeciw HPV. Szczepienia będą przeprowadzane u dziewcząt i chłopców w grupach wiekowych 12 i 13 lat. W 2023 r. będą dotyczyły dzieci urodzonych w latach 2010 i 2011. Dla rocznika 2010 szczepienie musi być rozpoczęte przed ukończeniem 14 r.ż. i może być zakończone po dacie 15 urodzin (z zachowaniem 2-dawkowego schematu). Program realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Uzupełnia bezpłatny Program Szczepień Ochronnych dzieci i młodzieży o nowy zakres ochrony przed chorobami wywołanymi przez ludzki wirus brodawczaka (HPV). Minister Zdrowia wprowadzając szczepienie przeciw HPV rozszerza zakres ochrony przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami nowotworowymi związanymi z HPV. Minister Zdrowia bazuje na światowych i europejskich rekomendacjach podkreślających bezpieczeństwo, skuteczność i korzyści wynikające z realizacji programów szczepień przeciw HPV. Dotychczasowe wyniki

² https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl

³ https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

⁴ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2935>

badania wskazują jednoznacznie, że głównym celem szczepienia przeciw HPV jest zapobieganie chorobom nowotworowym.⁵

Zapobieganie chorobom jest najbardziej efektywnym kosztowo działaniem na rzecz ochrony zdrowia. Dzięki szczepieniom ochronnym, które pomagają zahamować rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, można uchronić wiele osób przed zachorowaniem a nawet śmiercią. Szczepienia na każdym etapie życia są rekomendowane w dokumencie Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych „Strategia dla szczepień 2030”. Wizją i długoterminowym celem Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych i Strategii dla szczepień 2030 jest, aby wszyscy i wszędzie, bez względu na wiek, mogli w pełni korzystać z dobrodziejstwa szczepień, co przełoży się na lepszy stan zdrowia i kondycję populacji. W wyniku wdrożenia strategii nastąpi poprawa profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych, wzmocnienie zdolności służby zdrowia oraz zmniejszenie obciążenia chorobami zakaźnymi.⁶

Rekomendacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uznała test w kierunku HPV jako skuteczną metodę badania przesiewowego. Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) to najważniejszy czynnik ryzyka do rozwoju raka szyjki macicy; według badań nawet 100% przypadków raka szyjki macicy wynika z wcześniejszej infekcji HPV. Z tego względu, badanie w kierunku HPV ma za zadanie przesiewać pacjentki pod względem infekcji, tzn. jeśli test jest dodatni, to pacjentka jest zakażona wirusem HPV wysokiego ryzyka i może mieć zmiany przed- lub nowotworowe w szyjce macicy, a jeżeli test jest ujemny, to pacjentka jest zdrowa. Test w kierunku HPV może być jedynym badaniem przesiewowym w ramach profilaktyki raka szyjki macicy lub może być stosowany łącznie z cytologią. Badania powinny być wykonywane regularnie. WHO rekomenduje wykonywanie testu w kierunku HPV co 5-10 lat od 30 roku życia, natomiast American Cancer Society zaleca rozpoczęcie testowania od 25 roku życia co 5 lat.

Według szacunkowych danych HCV wywołującym wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) w Polsce zakażonych jest obecnie nawet 150 tys. osób dorosłych. Zdecydowana większość z nich, nie wie o tym fakcie, a tym samym staje się źródłem kolejnych zakażeń. Konsekwencje nieleczonego WZW C są groźne dla samego chorego: należy do nich m.in. marskość wątroby, do której dochodzi na skutek przewlekłego stanu zapalnego. Może to w konsekwencji prowadzić do niewydolności wątroby oraz do rozwoju raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma – HCC). Przeciwno WZW C nie ma szczepionki, jest za to skuteczne leczenie – zakażenie HCV można wyleczyć już w ciągu 8–12 tygodni. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) można obecnie wyleczyć szybko i skutecznie, jednak wielu chorych nie wie o tym, że jest zakażonych HCV (hepatitis C virus). Podstawą diagnostyki tej choroby jest badanie identyfikujące przeciwciała anty-HCV, które do tej pory nie znalazło się w koszyku świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Brakuje również badań przesiewowych w tym zakresie, o które od lat apelują eksperci. Problemem jest to, że większość zakażeń pozostaje nierozpoznana. Badania przesiewowe w rozpoznawaniu zakażeń HCV zakładają dwuetapową diagnostykę. Pierwszy etap to badania serologiczne. Drugim etapem jest badanie potwierdzenia. W diagnostyce zakażenia HCV wykorzystuje się badania serologiczne wykrywające przeciwciała anty-HCV (pojawiają się średnio po 4-10 tygodniach od ekspozycji) oraz badania molekularne wykrywające RNA HCV – materiał genetyczny wirusa (pojawia się we krwi obwodowej jako pierwszy, między 1 a 3 tygodniem od ekspozycji). Niemożliwym jest odróżnienie zakażenia HCV przebytego od aktywnego wyłącznie w oparciu o testy serologiczne. Należy wykonać badania molekularne. Jedynym markerem, na podstawie którego można stwierdzić aktywne zakażenie HCV u osoby badanej, jest materiał genetyczny wirusa, czyli HCV RNA. Coraz

⁵ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/zalecenia-mz-dotyczace-realizacji-powszechnego-programu-szczepien-przeciw-hpv/>

⁶ <https://opzci.pl/szczepienia-na-kazdym-etapie-zycia/>

częściej wykonuje się również tzw. szybkie testy immunochromatograficzne do jakościowego wykrywania przeciwciał anti-HCV wykonywane z krwi żyłnej, osocza i surowicy, krwi włośniczkowej z palca lub z śliny. Wynik testu jest znany po kilkunastu minutach.⁷

Choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Schorzenia te są poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym zwłaszcza w państwach wysokorozwiniętych oraz olbrzymim wyzwaniem z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca i otyłość z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce. Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło tutaj ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne w aspekcie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów w Polsce.

Spis treści

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości	4
Działania propagujące zdrowe nawyki żywieniowe w szkołach - Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa ..	7
Terapia wczesnej postaci raka piersi.....	8
Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C	11
Szczepienie przeciwko krztuścowi	12
Szczepienia przeciwko grypie.....	13

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w naszym kraju ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.

⁷ <https://watrobanieboli.pzh.gov.pl/o-programie/diagnostyka-zakazen-wirusowego-zapalenia-watroby-typu-b-i-c/>

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

W grudniu 2022 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego powołane zostało Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości. To nieformalna Koalicja ekspertów zaangażowanych w działania z zakresu otyłości. W jej skład wchodzi: prof. Paweł Bogdański (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Mariusz Wyleżół (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Lucyna Ostrowska (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), dr Małgorzata Gałązka-Sobotka (Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego), Marta Pawłowska (Uczelnia Łazarskiego), dr hab. n. med. Karolina Kłoda (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej), dr n. med. Michał Sutkowski (Kolegium Lekarzy Rodzinnych) oraz Igor Grzesiak (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej). Celem Koalicji jest zaangażowanie we wzmacnienie poziomu merytorycznego publicznych dyskusji na temat choroby otyłościowej oraz opracowywanie rekomendacji kluczowych działań w obszarze profilaktyki i leczenia, w tym w szczególności rekomendacji utworzenia wieloletniej Ogólnokrajowej Strategii na rzecz Otyłości. W obszarze działania Partnerstwa znajduje się również szeroko pojęta edukacja na temat kluczowych potrzeb systemowych w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości w Polsce. Firma Novo Nordisk pełni rolę Mecenasa projektu.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR)

Obecnie działa program pilotażowy kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR). Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40 schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, włączając zapobieganie im, łagodzenie ich objawów oraz ustąpienie choroby. Po zabiegu bariatrycznym u pacjentów obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością. Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu kompleksową opiekę przed- i po operacji. Pilotaż ma poprawić jakość i efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaniem otyłości olbrzymią. Program KOS-BAR zostaje wprowadzony, gdyż stale rośnie liczba osób otyłych, a ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków, które będą mogły go przeprowadzić pod warunkiem zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego, ośrodek koordynujący wyda pacjentowi kartę KOS-BAR i od chwili jej otrzymania przez cały okres leczenia chory będzie pod opieką tego ośrodka. Szacuje się, że w ramach pilotażu opieką zostanie objęte ok. 2 907 pacjentów. Pilotaż KOS-BAR, w zależności liczby pacjentów włączonych do programu, będzie kosztował ok. 71 mln zł. Środki na ten program zostaną przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością.

Program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+)

24 października 2022 r. Minister Zdrowia opublikował zarządzenie powołujące Zespół do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością (Dz.Urz.MZ.2022.112). Jego zadaniem będzie przygotowanie założeń dwóch nowych programów pilotażowych:

- dotyczącego kompleksowej opieki nad pacjentem w wieku poniżej 18 lat, u którego stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju;
- dotyczącego kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+).

Przewodniczącym Zespołu został Dariusz Poznański – Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego. Zespół składa się z 8 członków, a w jego skład wchodzi: Dominika Janiszewska-Kajka, Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. dr hab. med. Artur Mazur, II Klinika Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie Uniwersytetu Rzeszowskiego, dr hab. n. med. Karolina Kłoda, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. n. med. Michał Brzeziński, Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. ekon. Małgorzata Sobotka-Gałązka, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Zespół zakończył swoje działania 30 czerwca 2023 r.

Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego „Otyłość. Skala zjawiska i jej konsekwencje”

Celem dokumentu jest opracowanie założeń do Strategicznego Planu na Rzecz Prewencji i Leczenia Otyłości w Polsce. Przesłanką do podjęcia prac badawczych była potrzeba racjonalizacji tego obszaru ochrony zdrowia, szczególnie w obliczu rosnącej w szybkim tempie skali problemu choroby otyłościowej i jej konsekwencji. Raport składa się z dwóch części, a rozpoczyna go część zawierająca analizę organizacji opieki nad pacjentami chorymi na otyłość, przykłady tzw. dobrych praktyk z 12 krajów Europy (Polska, Czechy, Węgry, Rumunia, Portugalia, Hiszpania, Francja, Irlandia, Dania, Wielka Brytania, Włochy, Niemcy) oraz Kanady. W każdym z krajów analiza porównawcza została przygotowana w oparciu o te same kryteria, w określeniu których kluczową rolę odegrała dostępność do homogennych danych dla wszystkich krajów (problem zdrowotny, polityka zdrowotna, diagnostyka i leczenie, mechanizmy finansowania). Wnioski z tej części zostały zaprezentowane w grudniu ubiegłego roku. W tej chwili trwają prace nad opracowaniem części zawierającej rekomendacje konkretnych zmian systemowych w Polsce, które mają być opublikowane do końca czerwca 2023 r. Partnerem projektu jest firma Novo Nordisk.

Raport Fundacji Republikańskiej „Otyłość epidemią XXI wieku”

Dokument został opublikowany w czerwcu 2021 roku. Porządkuje on w sposób kompleksowy ważne aspekty otyłości. Wyjaśnia charakter otyłości jako choroby przewlekłej mającej istotny wpływ na rozwój ponad 200 powikłań zdrowotnych. Przybliża epidemiologię, profilaktykę, diagnostykę, dostępne metody leczenia oraz propozycję wdrożenia gotowych rozwiązań. Oprócz podstawowych informacji o chorobie zawiera także analizę społecznych, ekonomicznych konsekwencji otyłości, wskazując na złożoność zagadnienia i konieczność wprowadzenia konkretnych zmian systemowych. Firma Novo Nordisk pełni rolę Partnera projektu.⁸

Koszty otyłości - Polska vs. Unia Europejska

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Zmniejszają oczekiwaną

⁸<https://fundaciarepublikanska.org/wp-content/uploads/2021/07/RAPORT-OTYLOSC-do-internetu.pdf>

długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.⁹

NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3 – 1,0 mld zł w 2025 r. w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1 – 11,4 mln osób, czyli otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę i należy oczekiwać wzrost populacji tych chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.¹⁰

W raporcie Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce. Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.¹¹

Działania propagujące zdrowe nawyki żywieniowe w szkołach - Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa

Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa (KOWR) powstał 1 września 2017 r. z połączenia Agencji Nieruchomości Rolnych (ANR) i Agencji Rynku Rolnego (ARR). Przejął on ich zadania, które wpisują się w politykę rolną Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Zadania te zostały ściśle określone w ustawie z dnia 10 lutego 2017 roku o Krajowym Ośrodku Wsparcia Rolnictwa (Dz. U. 2017 poz. 623). Głównym celem realizowanym przez KOWR jest wspieranie polskiego rolnictwa w bardzo wielu obszarach. Obejmuje ono m.in.: gospodarowanie Zasobem Własności Rolnej Skarbu Państwa, realizację zadań wynikających z ustawy o kształtowaniu ustroju rolnego, nadzór właścicielski nad spółkami o szczególnym znaczeniu dla gospodarki narodowej, restrukturyzację działań innowacyjnych i rozwojowych w sektorze rolno-spożywczym, działania w zakresie odnawialnych źródeł energii, promocję produktów rolno-spożywczych w kraju i za granicą, wspieranie konsumpcji i propagowanie zdrowych nawyków żywieniowych, działania interwencyjne w celu stabilizacji rynków rolnych, monitorowanie rynków rolnych i działania kontrolujące procesy produkcji oraz przetwórstwa, analizy rynkowe i transfer wiedzy.

„Program dla szkół” to unijny projekt koordynowany przez Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa, w ramach którego uczniowie klas I-V szkół podstawowych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia oraz klas I-II ogólnokształcących szkół baletowych otrzymują owoce, warzywa oraz mleko i przetwory mleczne. Głównym celem Programu jest zmiana nawyków żywieniowych dzieci poprzez zwiększenie udziału produktów mlecznych i owocowo-warzywnych w ich codziennej diecie. Dzieci uczestniczące w „Programie dla szkół” w trakcie wybranych tygodni roku szkolnego otrzymują bezpłatnie co najmniej 2 razy w tygodniu: świeże owoce i warzywa (przygotowane do bezpośredniego spożycia), mleko i produkty mleczne.

Asortyment produktów jest szeroki. Dzieci mogą otrzymać jabłka, gruszki, śliwki, truskawki, soki, marchewki, rzodkiewki, paprykę słodką, kalarepę, pomidorki, a także mleko białe, serki twarogowe,

⁹ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

¹⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

¹¹ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>

jogurty i kefir naturalne. Program obejmuje również działania o charakterze edukacyjnym i promocyjnym, które realizują szkoły. W II semestrze roku szkolnego 2022/2023 w „Programie dla szkół” uczestniczy: w komponencie owocowo-warzywnym - 11 561 szkół podstawowych, w których owoce i warzywa otrzymuje ok. 1,721 mln dzieci z klas I–V, w komponencie mlecznym - 11 738 szkół podstawowych, w których mleko i produkty mleczne otrzymuje ok. 1,718 mln dzieci z klas I–V.

Plebiscyt MUZYCZNE WYZWANIA CHRUMASA - jedno z działań promujących „Program dla szkół”. Plebiscyt jest skierowany do uczniów szkół podstawowych biorących udział w Programie. W plebiscybie dzieci prezentują swój talent wokalny i instrumentalny, a także razem z Chrumasem promują zdrowe nawyki żywieniowe wśród dzieci w całej Polsce. Zasady są proste: uczestnicy przygotowali własny utwór słowno-muzyczny w dowolnym gatunku muzycznym, złożony z dwóch zwrotek i dwa razy zaśpiewanego refrenu. Piosenka miała zawierać treści promujące zdrowe nawyki żywieniowe wśród dzieci (nie tylko w szkole), nazwę „Program dla szkół”, hasło „Szkolna przerwa śniadaniowa, mleczna, z warzyw, owocowa”. Należało w niej wykorzystać przynajmniej po jednej nazwie owocu, warzywa i produktu mlecznego (owoce: jabłka, gruszki, śliwki, truskawki, soki owocowe; warzywa: marchewki, rzodkiewki, papryka słodka, pomidory, kalarepa; produkty mleczne: mleko białe, jogurt naturalny, kefir naturalny, serek twarogowy). Można było wykorzystać także inne nazwy owoców, warzyw i produktów mlecznych, pod warunkiem że pochodzą z Polski. W pierwszym etapie plebiscytu ze wszystkich nadesłanych elektronicznie utworów jury wybrało 12 najlepszych, które zostały zamieszczone na stronie internetowej wyzwaniechrumasa.tvp.pl. Etap II – w głosowaniu internetowym zostało wybranych 6 utworów z największą liczbą głosów. Wszyscy laureaci II etapu plebiscytu w ramach nagrody byli zaproszeni do nagrania profesjonalnych teledysków do swojego utworu w studio TVP, które następnie będą emitowane w TVP2 i TVP ABC od 18 maja. Spośród tych uczestników w głosowaniu internetowym został wyłoniony zwycięzca. Ogłoszenie wyniku plebiscytu nastąpiło 7 czerwca br.

Terapia wczesnej postaci raka piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie. Zaawansowany rak piersi to choroba z przerzutami. Zaawansowany rak piersi nie może być całkowicie wyleczony, celem terapeutycznym jest wydłużenie przeżycia pacjenta i utrzymanie go w jak najlepszej jakości życia. Populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów, czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje nawet u 30% osób, najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza, czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku

wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, tym samym mogąca prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju – wynikają one z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych, jak i ich opiekunów. W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym większa szansa na całkowite wyleczenie pacjenta i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

Aktualnie w Polsce dla pacjentów z rakiem piersi refundowanych jest w ramach programu lekowego wiele cząsteczek, jednak nie wszystkie podtypy raka mają aktualnie zapewnione optymalne leczenie - pacjenci z najczęstszą postacią raka – hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają aktualnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej. W przypadku tego rodzaju raka, mimo że większość pacjentów dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie, istnieje szczególna populacja chorych, mających wysokie ryzyko nawrotu choroby. Nawet u 30% pacjentów w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii wytwarza się oporność na aktualnie dostępne leczenie, skutkując nawrotem choroby w postaci przerzutów odległych, które nie są uleczalne i prowadzą do przedwczesnego zgonu. W związku z tym, w tej szczególnie narażonej na nawrót subpopulacji chorych z wczesnym rakiem hormonozależnym HER2-, istnieje niezaspokojona potrzeba wdrażania skutecznego leczenia redukującego ryzyko nawrotu choroby. Dla tych właśnie pacjentów w ostatnim czasie pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, polegające na skojarzeniu hormonoterapii z leczeniem celowanym, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby. Aktualnie dostępne, refundowane leczenie pacjentów z hormonozależnym HER2- rakiem piersi obejmuje kombinację leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii – jest to leczenie powszechnie dostępne, natomiast charakteryzujące się małą specyficznością w walce z nowotworem. Ostatni przełom jaki dokonał się w leczeniu tego typu raka to właśnie zastosowanie hormonoterapii. Kolejne badania prowadzone w tym obszarze na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nie przynosiły przełomu. Nowy trend terapeutyczny, to inhibitory CDK 4 i 6, znane już z terapii zaawansowanego, hormonozależnego raka piersi, wchodzące teraz również do terapii na wczesnym etapie choroby. Dane z badań klinicznych wskazują, że u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu, zastosowanie terapii skojarzonej abemacyklidem (inhibitorem CDK 4 i 6) w połączeniu z hormonoterapią o ponad 30% obniża ryzyko nawrotu choroby, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa. Ma to szczególnie istotne znaczenie, bo dotyczy chorych z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nawrotu choroby. Ze względu na fakt, że nawrót choroby najczęściej występuje w postaci przerzutów odległych, prowadząc tym samym do rozwinięcia choroby nieuleczalnej, jest to grupa chorych, u której mimo wczesnego stadium choroby jest ona szczególnie groźna. Biorąc pod uwagę pojawianie się nowych opcji terapeutycznych adresujących aktualnie niezaspokojone potrzeby, kluczowe jest ich jak najszybsze udostępnianie pacjentom, umożliwiające optymalizację terapii w celu zapobiegania wczesnym nawrotom choroby w tej szczególnie narażonej na nie grupie chorych.

W 2022 r. Komisja Europejska wydała zgodę na stosowanie abemacyklibu w skojarzeniu z hormonoterapią w leczeniu uzupełniającym dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego (ang. hormone receptor, HR) i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (ang. human epidermal growth factor receptor 2, HER2), z przerzutami do węzłów chłonnych, z wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu. Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. Zgodnie z danymi z raportu Modern Healthcare Institute z 2020 r. obserwowane w ostatnich latach przyspieszenie wydawania decyzji refundacyjnych zahamowało narastające opóźnienia związane z zaleceniami onkologicznych wytycznych klinicznych. Aby utrzymać ten dobry trend w Polsce konieczne jest sukcesywne obejmowanie refundacją nowych opcji terapeutycznych - zgodnie z raportem o ok. 25% w skali roku.¹²

Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne. Raport pt. „Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce”, w którym oszacowano koszty społeczne ponoszone w Polsce na leczenie chorych z rakiem piersi wskazuje na następujące koszty dla systemu w roku 2014: strata związana z przedwczesnym zgonem - ponad 790 mln PLN, strata spowodowana trwałą niezdolnością do pracy - ponad 970 mln PLN, absenteizm chorych - ponad 570 mln oraz renty z tytułu niezdolności do pracy - 126 mln PLN.¹³

Podsumowując:

- Pomimo że aktualnie w ramach programu B.9 leczenia raka piersi refundowanych jest wiele cząsteczek, pacjenci z najczęściej diagnozowanym podtypem raka – wczesnym, hormonozależnym HER2- nie mają aktualnie dostępu do żadnej innowacyjnej terapii w ramach programu lekowego.
- Aktualnie refundowane w ramach programu lekowego terapie dotyczą w znacznej większości stadium zaawansowanego raka piersi, w którym całkowite wyleczenie nie jest już możliwe. Należy podkreślić, że w przypadku raka zdiagnozowanego na wczesnym etapie choroby istnieje szansa na całkowite wyleczenie chorego, dlatego kluczowe jest zwiększanie dostępu pacjentów do terapii stosowanych we wczesnych nowotworach piersi.
- W przypadku pacjentów z wczesnym hormonozależnym, HER2- rakiem piersi, istnieje populacja chorych wysokiego ryzyka, dla których aktualnie refundowane leczenie (homonoterapia) jest nieoptymalne. Pomimo zastosowania aktualnie dostępnych metod leczenia, aż u 20-30% chorych dochodzi do nawrotu choroby. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych (do wątroby, kości), czyniąc chorobę nieuleczalną i nieuchronnie prowadząc do śmierci.

¹² <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

¹³ Nojszewska E, Bodnar L, Łyszczarz B, Sznurkowski J, Sliwczyński A, Instytut Innowacyjna Gospodarka. Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. Warszawa 2016. Fundacja Instytut Innowacyjna Gospodarka.

- To właśnie tym pacjentom - z grupy wysokiego ryzyka nawrotu, a więc o szczególnie niekorzystnym rokowaniu - dedykowana jest wnioskowana terapia abemacyklibem, która wykazała skuteczność w 34% redukcji ryzyka nawrotu inwazyjnego oraz przerzutów odległych w porównaniu do aktualnie refundowanego w Polsce standardu leczenia (monoterapii hormonoterapią).
- Należy podkreślić, że ryzyko nawrotu choroby w czasie jest zmienne – największe ryzyko występuje w ciągu pierwszych 2 lat od diagnozy. To właśnie w tym okresie największego ryzyka nawrotu wykazano korzyść terapii skojarzonej lekiem abemacyklib w zakresie redukcji ryzyka nawrotu.

Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV i terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C

Według stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: *Analiza przeprowadzona dla Polski w 2018 r. wykazała jednoznacznie, że aby osiągnąć cele WHO w zakresie eliminacji WZW C do 2030 konieczne jest leczenie ok 12 tys. osób rocznie. Założenie to wiąże się z koniecznością uruchomienia w trybie pilnym ogólnopolskiego programu powszechnych badań przesiewowych które umożliwiłyby testowanie ok. 2 do 2,5 mln osób rocznie.*¹⁴ Niestety w świetle aktualnych analiz bez uruchomienia Narodowego Programu Eliminacji HCV Polska osiągnie zakładane cele przez WHO dopiero po roku 2050. Czyli za 28 lat. Polska, wspólnie ze 193 innymi państwami, przyjęła na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO w 2016 r. globalną strategię dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.¹⁵ Celem testowania planu działania w zakresie zapalenia wątroby w regionie Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 2020 r. jest zdiagnozowanie i przeleczenie 50% osób żyjących z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Zgłoszone dane z 2017 r. pokazują, że region Europy jest daleki od osiągnięcia tego celu – do tej pory zdiagnozowano około 1 na 5 osób żyjących z HBV (20,3%) i 1 na 4 osoby żyjące HCV (26,8%). Polska z 24,9% zdiagnozowanych zakażonych chorych plasuje się niestety wśród krajów, które nie osiągnęły minimalnego progu 50% do roku 2020.¹⁶ Raport WHO pt. „Accelerating access to hepatitis C diagnostics and treatment. Overcoming barriers in low and middle-income countries. Global progress report 2020” stwierdza, że dostęp do coraz tańszych terapii bezinterferonowych stwarza szanse dla chorych na WZW C na wyeliminowanie wirusa pod warunkiem dostępu do diagnostyki HCV.¹⁷ W Polsce w ramach programu lekowego B.71 Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową w 2017 r. było leczonych ok. 12 tys. pacjentów, a w 2020 r. tylko ok. 4 tys. pacjentów.

¹⁴ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w zakresie diagnostyki zakażeń HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Agnieszka Mastalerz-Migas, Robert Flisiak, Jarosław Drobnik, Krzysztof Tomasiewicz, Małgorzata Pawłowska. Lekarz POZ 4/2021 <https://www.termedia.pl/Stnowisko-Polskiego-Towarzystwa-Epidemiologow-i-Lekarzy-Chorob-Zakaznych-Polskiego-Towarzystwa-Hepatologicznego-i-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Rodzinnej-w-zakresie-diagnostyki-zakazen-HCV-w-ramach-,98,45393,0,1.html>

¹⁵ https://www.who.int/hepatitis/news-events/07_towards-elimination-Dr-Gottfried-Hirnschall.pdf?ua=1

¹⁶ Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in the EU/EEA Member States, 2019 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-hepatitis-b-and-c-epidemics-eueea-member-states-2019>

¹⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019003>

Program lekowy B.71 realizowany w 74 ośrodkach klinicznych gwarantuje chorym rzeczywisty, dobry dostęp do skutecznej terapii bezinterferonowej, której koszt obniżył się kilkukrotnie od 2016 r.¹⁸

Szczepienie przeciwko krztuścowi

Krztusiec jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego wywoływaną przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca. Nasilenie objawów krztuśca zależy od wieku chorego i stanu uodpornienia, najbardziej typowe a jednocześnie niebezpieczne objawy krztuśca występują u nieuodpornionych niemowląt i małych dzieci, a najmniej typowe, łagodne u młodzieży i osób dorosłych. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Po dostaniu się do organizmu, bakterie wnikają do tkanek, gdzie namnażają się, produkując toksynę krztuścową i inne czynniki zjadliwości. W pierwszych tygodniach choroby objawy krztuśca są podobne do przeziębienia, tj. suchy kaszel, katar, stany podgorączkowe, zapalenie gardła. Następnie pojawiają się typowe i przedłużające się napady uciążliwego długotrwałego kaszlu, który często kończy się głośnym wdechem (zwanym pianiem), wymiotami lub bezdechem. Sam kaszel o różnym nasileniu może utrzymywać się wiele tygodni. Krztusiec u niemowląt i noworodków związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań, tj. zapalenie płuc, bezdech, drgawki, encefalopatia. Powikłania u nastolatków i dorosłych, tj. nietrzymanie moczu, złamania żeber, zapalenia płuc, drgawki występują rzadziej.¹⁹

Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 roku, krztusiec był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Od połowy lat 90-tych, także w krajach stosujących masowe szczepienia, obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę, szczególnie u starszych dzieci oraz dorosłych. Obecnie w Polsce każdego roku rejestruje się około 2 000 – 4 000 zachorowań na krztusiec. Szczepionka przeciw krztuścowi zawsze jest podawana jako szczepionka DTP w jednym wstrzyknięciu ze szczepionką przeciw błonicy i tężcowi Szczepionka DTP może zawierać pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTWP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Jest podawana podskórnie lub domięśniowo. Może być podawana razem z innymi szczepionkami, jako szczepionka wysoko skojarzona lub osobno – wtedy wstrzyknięcie powinno być wykonane w inne miejsce. Według obowiązkowego programu szczepień, każde dziecko powinno zostać zaszczepione 4 dawkami szczepionki DTWP w 2, 3-4, 5-6 i 16-18 miesiącu życia (całokomórkową szczepionką przeciw krztuścowi) oraz dawką przypominającą w 6 roku życia bezkomórkową szczepionką DTaP. Rodzice, którzy w ramach szczepienia podstawowego (4 pierwsze dawki) chcą zaszczepić dziecko szczepionką bezkomórkową przeciw krztuścowi, muszą sami opłacić koszt szczepionki. Z powodu coraz częstszych zachorowań na krztusiec starszej młodzieży i dorosłych w wielu krajach wprowadzono szczepienia w tych grupach wiekowych. Dawka przypominająca szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi dTap (z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca) podawana raz na 10 lat jest zalecana dla: młodzieży w wieku 14 lub 19 lat, personelowi medycznemu oddziałów neonatologicznych i pediatrycznych, wszystkim osobom mającym kontakt lub mogącym mieć kontakt z niemowlętami, kobietom w ciąży (optymalnie w 3 trymestrze).²⁰

Do szczepionek przeciw krztuścowi należą m. in.: szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona) i poliomyelitis (inaktywowana), absorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana; Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (rDNA), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ

¹⁸ <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms>

¹⁹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/%20szczepionki/krztusiec/?print-version>

²⁰ Ibidem

b (skoniugowana), adsorbowana oraz Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), adsorbowana, o zmniejszonej zawartości antygenów.

Szczepienia przeciwko grypie

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy grypy. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową lub przez kontakt ze skażoną powierzchnią. Okres inkubacji wynosi 1-4 dni. Wirusy grypy atakują komórki nabłonka dróg oddechowych, w których się namnażają. W konsekwencji powodują ich zniszczenie, co z kolei ułatwia rozwój infekcji bakteryjnych. Objawy grypy są podobne do wielu innych ostrych chorób infekcyjnych i są zarówno miejscowe (kaszel, ból gardła, katar), oraz w postaci nagłej, wysokiej gorączki powyżej 38°C, dreszczy, bólów mięśniowo-stawowych, bólów głowy, bólu w klatce piersiowej, złego samopoczucia, braku łaknienia, nudności i wymiotów. Choroba trwa, o ile nie dojdzie do powikłań, około 7 dni. Kaszel i złe samopoczucie mogą utrzymywać się ponad 2 tygodnie. Powodem ciężkiego przebiegu grypy są powikłania pogrypowe, m.in. zapalenie płuc i oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych, powikłania neurologiczne.²¹

W Polsce dostępne są szczepionki inaktywowane zawierające cząstki wirusa grypy (typu „split”) lub powierzchniowe białka wirusa grypy (typu „subunit”) oraz żywa szczepionka donosowa zawierająca osłabione wirusy grypy. Szczepienia przeciw grypie zapobiegają zachorowaniom u ok. 40-70% szczepionych osób, w zależności od sezonu i grupy osób szczepionych. Zapewniają wysoką ochronę przed powikłaniami pogrypowymi. Zaleca się aby szczepionki przeciw grypie podawać każdego roku każdemu już od 6 miesiąca życia, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych. Szczepieniu powinny się poddać zwłaszcza osoby z grup wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych i osoby, które mogą stanowić źródło zakażenia dla osób z grupy wysokiego ryzyka (w tym głównie dzieci) oraz ci, którzy ze względu na charakter wykonywanej pracy są szczególnie narażeni na zakażenie wirusem grypy (np. pracownicy ochrony zdrowia). Szczepionki przeciw grypie charakteryzują się najmniejszą liczbą rejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Po szczepieniu mogą wystąpić reakcje miejscowe, tj.: zaczerwienienie, bolesność i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia oraz rzadziej reakcje ogólne (niewielki wzrost temperatury ciała, ból mięśni, stawów i głowy), ustępujące po kilku dniach. Przeciwwskazaniem do szczepienia przeciw grypie jest m.in. reakcja anafilaktyczna po wcześniejszym podaniu szczepionki, ostra infekcja i wysoka gorączka powyżej 38°C.

Jedną ze szczepionek przeciwko grypie jest czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana.

KONTAKT:

Anna Jasińska - Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl



PARTNERZY



²¹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa>

PATRONATY MEDIALNE

TV



RADIO



PRASA



ONLINE



na:Temat



poradnikzdrowie.pl

