



II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu

*Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób
Zakaźnych oraz pod honorowym patronatem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc*



POLSKIE TOWARZYSTWO EPIDEMIOLOGÓW
I LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH

26 sierpnia 2025 r., w godz. 11:00 – 14:30
Pałac Staszica (siedziba PAN), Sala Okrągłego Stołu,
ul. Nowy Świat 72 w Warszawie

Informacja prasowa

Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Wg najnowszego raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP PZH – PIB) pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w ostatnich latach i możliwe skutki post-pandemicznego długu zdrowotnego dobrze ilustruje ogólna umieralności z powodu tych chorób¹. Otóż pomiędzy 2020 r. i 2023 r. współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (pomijając COVID-19) wzrósł w Polsce o ponad 60% (z 5,27/100 000 ludności do 8,67), a udział zgonów z tych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów w Polsce o ponad 70% (z 0,42% do 0,73%). Tak gwałtownego wzrostu tego współczynnika nie obserwowano dotychczas w Polsce. Stan zaszczepienia osób w wieku 0-19 lat przeciw chorobom zwalczanym drogą

¹ Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP PZH – PIB) pt. "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025". <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>

szczepień w skali kraju utrzymuje się na poziomie >90%, jednak dane z poziomu województw charakteryzuje zróżnicowanie odsetka zaszczepionych: od 87% do 91%. Obecny stan zaszczepienia nadal zapewnia odporność populacyjną, jednak zidentyfikowane obszary o niższym stopniu zaszczepienia są zagrożone występowaniem ognisk zachorowań na określone choroby zakaźne. Zapadalność na choroby zakaźne zwalczane drogą szczepień charakteryzuje dynamika związana z okresem popandemicznym, zróżnicowanym odsetkiem stanu zaszczepienia oraz wzrastającą liczbą osób uchylających się od szczepień. Realizacja Programu Szczepień Ochronnych w Polsce od ponad sześćdziesięciu lat znacząco wpłynęła na sytuację epidemiologiczną w kraju w odniesieniu do chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia. Szczególne znaczenie przypada szczepieniom obowiązkowym, obejmującym dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 lat. Efektem stosowania obowiązkowych szczepień jest znaczne ograniczenie lub wyeliminowanie zachorowań na choroby takie jak: błonica, tężec, polio, odra, różyczka, wzv B, czy wywołane przez drobnoustroj *Hemophilus influenzae*. Szczepienia ochronne są ważne nie tylko dla dzieci. Ryzyko zachorowania i powikłań z powodu wielu chorób zakaźnych jest u nieuodpornionych dorosłych znacznie większe w porównaniu do dzieci. Większość ciężkich zachorowań, hospitalizacji, przypadków niepełnosprawności i zgonów z powodu chorób zakaźnych, którym można zapobiegać szczepieniami, występuje właśnie u dorosłych. Szczepienia ochronne podawane dorosłym zapewniają łżejszy przebieg choroby w przypadku zakażenia i chronią przed powikłaniami. Pandemia COVID-19 pokazała, jak groźne mogą być choroby zakaźne mimo postępu wiedzy medycznej. Stała się wielką lekcją znaczenia szczepień ochronnych w różnych populacjach osób dorosłych we współczesnym świecie.

W zakresie zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w Polsce wskaźnik wynosił 6,0 więc był nieco wyższy niż średni wskaźnik nowych rozpoznań dla całej Unii Europejskiej. Ponad 46% zakażeń zarejestrowano wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Trend zakażeń w poszczególnych grupach wieku nie zmienił się w czasie, nadal najwięcej osób zakażonych jest rejestrowanych w grupie osób w wieku 30-39 lat. Jednak należy podkreślić rosnącą liczbę zakażeń u osób starszych – wzrost zakażeń o 54,3% w populacji osób w wieku 40-49 lat i wzrost o 122,4% w populacji osób po 50 r. ż. (ryc. 8.22). Mimo tego, że większość tych zakażeń dotyczy osób migrujących do Polski, to jednak jest to istotna grupa stanowiąca populację ryzyka transmisji zakażeń. Podobnie wzrost zakażeń w populacji dzieci w wieku 0-14 lat, jest związany z zarejestrowaniem zakażeń wertykalnych, które zostały jeszcze rozpoznane na terenie Ukrainy, i zostały włączone do nadzoru epidemiologicznego w Polsce jako osoby rozpoznane i przebywające obecnie na terenie Polski, jednak nie są to nowe transmisje matka-dziecko.

Realizacja celów globalnej strategii eliminacji wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C) jako problemu zdrowia publicznego, zwłaszcza w zakresie wykrywalności przewlekłych zakażeń, została istotnie zahamowana w okresie pandemii COVID-19. Wskaźnik wykrywania WZW C w krajach UE w 2020 r. spadł ponad dwukrotnie, a w Polsce nawet 3,5-krotnie, utrzymując się na niskim poziomie również w 2021 r. W Polsce wskaźnik wykrywalności wzrósł znacząco w 2022 r., lecz nadal pozostawał poniżej wartości sprzed pandemii. Dopiero w 2023 r. osiągnął poziom porównywalny do 2019 r. W lipcu 2022 r. placówki podstawowej opieki zdrowotnej uzyskały możliwość wykonywania badań w kierunku anty-HCV w ramach powierzonego budżetu diagnostycznego¹¹Ograniczenia badań, a także brak programów diagnostycznych skierowanych do osób używających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a także trudności w dostępie do leczenia w tej grupie, mogą stanowić główne bariery w osiągnięciu celów eliminacyjnych dla zakażeń HCV w Polsce.

Należy podkreślić, że Konstytucja RP w zakresie zdrowia w Art. 68 - Prawo do ochrony zdrowia w pkt. 4 stwierdza, że „Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych”². Także cele

² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kategoria-konstytucyjna/art-68-prawo-do-ochrony-zdrowia>

operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 obejmują: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne³. Również rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2018 r. definiuje zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii, jako priorytet zdrowotny⁴.

Zapobieganie chorobom, w tym chorobom zakaźnym 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. Wg dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość” szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak i kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej)⁵. Szczepienia na każdym etapie życia są rekomendowane w dokumencie Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych „Strategia dla szczepień 2030”. Wizją i długoterminowym celem Ogólnopolskiego Programu Zwalczania 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 zakaźnymi⁶.

Dzisiejsza Debata Medycznej Racji Stanu poruszy takie zagadnienia, jak:

- Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych;
- Profilaktyka sezonowych infekcji u dzieci i dorosłych;
- HIV, gruźlica, malaria – nowe zagrożenia, nowe rozwiązania;
- Miary postępu i niewykorzystanych szans.

Poniżej przedstawiono kluczowe wyzwania z zakresu chorób zakaźnych w Polsce.

Spis treści

Gruźlica wielolekooporna i gruźlica lekowrażliwa	4
Potrzeba celowanej ochrony przeciw grypie osób starszych, jaką oferują szczepienia szczepionką wysokodawkową przeciw grypie	4
Profilaktyka zakażeń syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) u dzieci	7
Szczepienia ochronne zapewniają ochronę przed chorobami zakaźnymi, a poprzez to utrzymanie produktywności pacjentów - przykład szczepienia przeciwko półpaścowi	10

³ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

⁵ ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

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

Gruźlica wielolekooporna i gruźlica lekowrażliwa

Ministerstwo Zdrowia przedłużyło realizację programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej poza szpitalami z 36 do 45 miesięcy. Zmiana ma zapewnić ciągłość opieki, elastyczność systemu i umożliwić bieżącą ewaluację skuteczności rozwiązania. Najtrudniejszą w leczeniu jest gruźlica wielolekooporna, stanowiąca dla pacjentów największe zagrożenie. Do 2020 roku liczba przypadków tej postaci była niewielka, potem jednak zaczęła rosnąć, z powodu C-19 oraz wojny na Ukrainie.

Założenia programu leczenia gruźlicy wielolekoopornej: Terapia oparta jest na schemacie rekomendowanym przez WHO. Czas leczenia, a jest to leczenie doustne, wynosi sześć miesięcy i w większości odbywa się poza szpitalem. Terapia odbywa się w systemie video-nadzoru. Oznacza to, że jeśli pacjent dobrze znosi leczenie szpitalne i już nie jest zakaźny, można go skierować do leczenia ambulatoryjnego. Pacjent ma codzienne wsparcie pielęgniarki, która każdego dnia dzwoni do niego, pytając, jak się czuje i o ewentualne skutki uboczne. A lek pacjent przyjmuje w ten sposób, że najpierw pokazuje je pielęgniarcie na dłoni, a potem na wizji połyka. Mamy wówczas pewność, że je zażył, że terapia odniesie pożądany skutek. Wcześniej pacjentów trzeba było izolować, leki podawać domięśniowo. Teraz leczenie ze szpitalnego, wielomiesięcznego, czasem nawet 2-letniego, znacznie się skróciło. Wciąż jednak trzeba pamiętać, że gruźlica wielolekooporna to niezwykle ciężka choroba i możemy wyleczyć ok. 60 proc. pacjentów.

Leczenie gruźlicy wielolekoopornej: Standard leczenia oparty jest na rekomendowanym przez WHO schemacie BPaLM, obejmującym cztery leki: bedakilinę, pretomanid, linezolid i moksyflokscynę. Terapia trwa sześć miesięcy i odbywa się głównie poza szpitalem, co pozwala pacjentom prowadzić normalne życie oraz ogranicza ryzyko transmisji choroby.

Polska nie należy do grona krajów, w których liczba zachorowań spadła poniżej 10 na 100 tys. osób. Nadal znajdujemy się w grupie państw, które muszą podejmować intensywne działania, by skutecznie walczyć z tą chorobą i dążyć do jej eliminacji. Obecnie jednak można zauważyć tendencję spadkową jeśli chodzi o zachorowania. W 2023 r. zdiagnozowano 4 436 osób chorych na gruźlicę, z czego 101 z gruźlicą wielolekooporną (zapadalność ogółem 11.8/100 tys.). Jeżeli chodzi o dane z 2024 r. to ogółem zachorowało na gruźlicę 3 965 osób, przy czym 114 na wielolekooporną (zapadalność ogółem 10.6/100 tys.). Powoli wracamy do głównego trendu spadkowego i nasze podstawowe problemy to są wydaje się w dalszym ciągu pielęgnowanie tego spadku.

Potrzeba celowanej ochrony przeciw grypie osób starszych, jaką oferują szczepienia szczepionką wysokodawkową przeciw grypie

W 2025 roku opublikowano wspólne stanowisko towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pt. „Szczepienia przeciwko grypie w populacji osób starszych w Polsce – podsumowanie sezonu 2024/2025. Potrzeba podjęcia pilnych działań w zakresie profilaktyki grypy wśród osób starszych”⁷. Dokument przedstawia kompleksowe uzasadnienie dla zniesienia wszelkich barier w dostępie do szczepień przeciwko grypie w populacji osób starszych w Polsce, z uwzględnieniem równej dostępności do zarejestrowanych w

⁷ Ilona Małecka, Jacek Wysocki, Agnieszka Mastalerz-Migas, Aleksander Biesiada, Agnieszka Neumann-Podczaska, Janina Kokoszka-Paszkot, Tomasz Targowski. Szczepienia przeciwko grypie w populacji osób starszych w Polsce – podsumowanie sezonu 2024/2025. Potrzeba podjęcia pilnych działań w zakresie profilaktyki grypy wśród osób starszych. Wspólne stanowisko towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. GERONTOLOGIA POLSKA 2025; 33; 76-84

Polsce szczepionek przeciwko grypie, w tym także do szczepionek wysokodawkowych jako preferowanych w tej grupie wiekowej. Eksperci już od roku rekomendują wpisanie wysokodawkowej szczepionki przeciw grypie na listę S, bo jest to jedyna refundowana szczepionka przeznaczona dla seniorów, której jeszcze tam nie ma i za którą seniorzy muszą płacić.

Zakażenia wirusem grypy są corocznie istotnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. Nie odnosi się to tylko do liczby zakażeń, lecz także do ciężkości przebiegu klinicznego grypy i jej licznych powikłań do zgonu włącznie. Dotyczy to szczególnie populacji z grup ryzyka powikłanego przebiegu grypy, a jedną z tych grup jest populacja osób starszych. Jednocześnie, mimo tak ogromnej specjalistycznej wiedzy dotyczącej specyfiki grypy, nadal w powszechnej świadomości często traktowana jest ona jako łagodna infekcja, na równi z innymi wirusowymi infekcjami dróg oddechowych, popularnie określanymi jako przeziębienie. Jest to niewątpliwie jedna z przyczyn niskiej, w porównaniu z innymi krajami, akceptacji dla szczepień przeciwko grypie jako skutecznej metody profilaktyki także w populacji > 65. roku życia.

Według danych Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS), w sezonie 2024/2025 na grypę zachorowało ponad 2 miliony Polaków, rejestrując nawet do 300 000 przypadków zachorowań tygodniowo. Liczba przypadków potwierdzonych laboratoryjnie jest znacznie niższa - zgodnie z danymi opublikowanymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Instytut Badawczy (NIZP-PIB) w okresie od października do grudnia 2024 zareportowano jedynie 1175 przypadków grypy w populacji ogólnej, a do 15.04.2025 roku – 6487 przypadków. Ta znacząca różnica wynika z ograniczonej dostępności do testów PCR w lecznictwie otwartym, gdzie diagnostyka opiera się głównie na obrazie klinicznym i testach antygenowych. Niestety, wiele pozytywnych wyników testów nie jest odnotowywane w systemie, co dodatkowo prowadzi do niedoszacowania rzeczywistej liczby przypadków. W sezonie 2024/2025 odnotowano ponad 25 000 hospitalizacji z powodu grypy oraz prawie 1000 zgonów, z czego ponad 90% dotyczyło osób po 60. roku życia. Podobne dane dotyczące populacji seniorów pochodzą z wcześniejszych sezonów. W raporcie NIZP-PIB pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022”, grypa jest jedną z 10 najczęstszych przyczyn zgonów u osób powyżej 65. roku życia. Z kolei szczegółowa analiza danych z sezonu 2022/2023 pokazała, że mimo iż osoby w wieku > 65 lat stanowiły jedynie 9,2 % wszystkich zachorowań na grypę (573 843 z 6 215 418 przypadków), to w tej grupie wiekowej odnotowano aż 82% wszystkich zgonów związanych z grypą (100 ze 122 zgonów). Podobnie sytuacja wygląda również w innych krajach, np. w USA dwie trzecie hospitalizacji związanych z grypą i 90% zgonów z powodu tej choroby dotyczy osób w wieku powyżej 65 lat. Zgony przypisane grypie stanowią jednak wyłącznie ułamek obciążeń zdrowotnych, jakie ta choroba powoduje u pacjentów w populacji powyżej 65 roku życia. Dane epidemiologiczne potwierdzają dobrze udokumentowany fakt znacznie wyższego ryzyka ciężkiego przebiegu i powikłań grypy w populacji osób starszych.

W aspekcie zdrowia publicznego stanowi to znaczne obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Badanie Global Burden of Disease (GBD) z 2017 roku wykazało, że zapalenia dolnych dróg oddechowych w przebiegu grypy generują znaczące obciążenie dla systemu ochrony zdrowia, przy czym hospitalizacje i zgony dotyczą głównie pacjentów powyżej 60. roku życia. Koniecznym do podkreślenia jest także fakt, że 23% pacjentów po 65. roku życia hospitalizowanych z powodu grypy doświadcza utraty niezależności funkcjonalnej, co dodatkowo zwiększa koszty opieki długoterminowej. Wiele naukowych danych epidemiologicznych i klinicznych potwierdza, iż konsekwencje grypy nie dotyczą tylko układu oddechowego. Grypa może bowiem nasilać przebieg przewlekłych schorzeń współistniejących, zwiększać ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, predysponować do wtórnych zakażeń bakteryjnych, a wszystko to może prowadzić do wspomnianego powyżej pogorszenia sprawności funkcjonalnej i obniżyć istotnie jakość życia. Większe ryzyko ciężkiego przebiegu grypy i jej powikłań w populacji osób starszych wiąże się z obserwowanym w

procesie starzenia pogarszaniem się funkcji układu odpornościowego (immunosenescencja) oraz z współwystępowaniem schorzeń przewlekłych (np. chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, chorób neurologicznych, przewlekłych chorób płuc, nerek, wątroby czy chorób nowotworowych). Immunosenescencja to wieloaspektowy proces starzenia się układu odpornościowego, który w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia zdolności do reagowania na czynniki infekcyjne. Proces ten charakteryzuje się między innymi zmniejszoną produkcją limfocytów B, zmienioną produkcją cytokin, zmniejszoną zdolnością hematopoetycznych komórek macierzystych do samoodnawiania oraz stopniową inwolucją grasicy. Proces starzenia się i wielochorobowość prowadzą nieuchronnie do zespołu kruchości co także zwiększa ryzyko powikłań grypy. Z jednej strony zespół kruchości zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji, która w konsekwencji nasila objawy zespołu kruchości, stan chorego się pogarsza i wzrasta ryzyko zgonu.

Wiele danych potwierdza także, że przechorowanie grypy w starszym wieku może prowadzić do pogorszenia funkcji poznawczych, a to z kolei może mieć poważne i długofalowe konsekwencje. Pogorszenie funkcji poznawczych może bowiem prowadzić do utraty samodzielności i niezależności, zwiększać ryzyko upadków i wtórnych urazów, pogarszać kontrolę chorób przewlekłych, co wynika z trudności z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych. Infekcje o ciężkim klinicznym przebiegu mogą być także czynnikiem przyspieszającym rozwój demencji u osób predysponowanych. Wszystko to w konsekwencji prowadzi do konieczności zwiększonego zaangażowania opiekunów osoby starszej, generuje dodatkowe koszty dla systemu opieki zdrowotnej. Zwiększa także ryzyko tzw. instytucjonalizacji, gdyż osoby starsze z zaburzeniami funkcji poznawczych mają od 3 do 5 razy większe ryzyko umieszczenia ich w placówkach opieki długoterminowej. Proces immunosenescencji wiąże się nie tylko ze zwiększoną podatnością na zakażenia, cięższym ich przebiegiem, ale także wpływa na mniejszą immunogenność stosowanych w tym wieku szczepionek, co może obniżyć ich skuteczność.

Wszystkie dostępne w Polsce w sezonie 2024/2025 szczepionki przeciwko grypie to szczepionki inaktywowane, czterowalentne (*inactivated influenza vaccines – IIV4*) podawane w postaci domięśniowej iniekcji. Szczepionki zawierają antygeny dwóch podtypów wirusa typu A (H1N1 i H3N2) oraz dwóch linii wirusa grypy typu B -Yamagata i Victoria. Wśród szczepionek inaktywowanych dostępne były zarówno te ze standardową dawką antygeny (*standard-dose-SD*) jak i szczepionka wysokodawkowa (*high-dose-HD*). Żywa atenuowana szczepionka przeciwko grypie (*live attenuated influenza vaccine – LAIV*), podawana donosowo i dopuszczona w Unii Europejskiej do stosowania u dzieci w wieku 2–17 lat, nie była w sezonie 2024/2025 dostępna w Polsce.

Skuteczność szczepionek przeciwko grypie może różnić się w zależności od sezonu epidemicznego, analizowanej populacji, grupy wiekowej czy dostępnych szczepionek. Wiele badań potwierdziło mniejszą skuteczność szczepionek grypowych w standardowej dawce (SD) w populacji osób starszych w porównaniu z osobami w młodszym wieku. Wstępne dane z Francji odnoszące się do skuteczności szczepionek przeciwko grypie w sezonie 2024/25 także pokazały, że skuteczność szczepionek SD w profilaktyce grypy potwierdzonej laboratoryjnie w populacji ≥ 65 roku życia wyniosła jedynie 22%, podczas gdy w grupie wiekowej < 64 lat sięgnęła ponad 60%. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień (Advisory Committee on Immunization Practices -ACIP) dotyczącymi profilaktyki grypy w sezonie 2024/2025, w grupie osób w wieku ≥ 65 lat w pierwszej kolejności preferowane jest szczepienie preparatem inaktywowanym o dużej dawce antygenów HD. Podobne zalecenia wydały także inne towarzystwa naukowe czy komitety doradcze -European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), kanadyjski National Advisory Committee on Immunization (NACI) czy niemiecki Standing Committee on Vaccination (STIKO). Także w zaleceniach polskiej grupy ekspertów opublikowanych w styczniu 2024 roku szczepionka

przeciwno grypie o zwiększonej dawce antygenów HD jest rekomendowana jako szczepionka pierwszego wyboru dla osób w wieku 60 lat i starszych. Powyższe zalecenia dotyczące szczepień przeciwno grypie w populacji osób starszych wynikają z potwierdzonej w badaniach klinicznych większej skuteczności szczepionki HD w porównaniu do szczepionki SD.

Mimo udowodnionych korzyści wynikających ze szczepień przeciwno grypie, wskaźniki wyszczepialności w Polsce pozostają od wielu lat na alarmująco niskim poziomie i należą do najniższych w Europie. Według pierwszych i szacunkowych danych podsumowujących ostatni sezon 2024/2025 zaobserwowano dalszy spadek wyszczepialności w populacji ogólnej do 5,13%, a w grupie osób w wieku 65 lat i starszych na poziomie 17,24 %. Słaba akceptacja dla szczepień przeciwno grypie w populacji osób starszych w Polsce, na tle innych krajów europejskich, wymaga podjęcia pilnych działań, także o charakterze systemowym. Tym bardziej, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa realnie postępuje i według prognoz dla Polski osoby w wieku 60 lat i więcej będą w 2050 roku stanowić 40,4% populacji.

Zwiększenie poziomu akceptacji dla szczepień przeciwno grypie w populacji osób starszych jest kluczowym zadaniem i wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce w ciągu najbliższych kilku lat. Niezbędna jest efektywna dobrze zaplanowana edukacja całego społeczeństwa na temat korzyści płynących ze szczepień przeciwno grypie w szerokim kontekście w konwencji „healthy ageing”. Konieczne jest zaplanowanie działań w placówkach sektora opieki długoterminowej (zarówno opieki instytucjonalnej – ZOL, DPS itp. i domowej) celem zwiększenia wyszczepialności osób starszych z użyciem wysokodawkowej szczepionki przeciwno grypie. W działania te zaangażowana powinna być kadra zarządzająca placówkami tego sektora, personel medyczny uprawniony do kwalifikacji i wykonywania szczepień przeciwno grypie oraz rodzina/opiekunowie pensjonariuszy. Zwiększenie poziomu wyszczepialności populacji osób starszych w Polsce wymaga wdrożenia wielu działań czy rozwiązań systemowych, które przyczynią się do zniesienia zdefiniowanych barier – systemowych, finansowych. Zniesienie bariery finansowej poprzez wpisanie szczepionki wysokodawkowej na listę bezpłatnych leków dla seniorów (lista „S”) to zapewnienie równego dostępu do szczepień przeciwno grypie, z uwzględnieniem szczepionki HD jako szczepionki o potwierdzonej w licznych badaniach wyższej skuteczności wobec wielu punktów końcowych i jako preferowanej w grupie osób starszych w rekomendacjach i zaleceniach grup doradczych czy towarzystw naukowych. Kluczowe jest także wsparcie pracowników medycznych w procesie edukacji pacjentów poprzez dedykowane dla starszych pacjentów kampanie edukacyjne czy wprowadzenie systemowych rozwiązań przeciwdziałających dezinformacji

Profilaktyka zakażeń syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) u dzieci

Wirus RS, czyli syncytialny wirus nabłonka oddechowego (ang. *respiratory syncytial virus*) odpowiada za ok. 70% infekcji dolnych dróg oddechowych u niemowląt poniżej 1. roku życia na świecie. Wirus RS jest nawet 4-krotnie bardziej zakaźny niż wirus grypy, co oznacza, że osoba z wirusem RS może zakażać 4 osoby zdrowe, podczas gdy osoba z grypą tylko jedną. Liczba hospitalizacji spowodowana wirusem RS jest niemal 16-krotnie większa niż liczba hospitalizacji spowodowanych wirusem grypy. Wirus RS powoduje obrzęk i złuszczenie się komórek nabłonka oddechowego, co prowadzi do zalegania gęstej wydzieliny, która utrudnia oddychanie. Drogi oddechowe najmniejszych dzieci są wąskie, gdy dodatkowo zostaną zablokowane wydzielina, może to być bardzo niebezpieczne. Charakterystycznym objawem infekcji RSV jest świszczący oddech, dziecko próbując złapać oddech zasysa międzyzębrza, które zaczynają się zapadać. Może to prowadzić do niedotlenienia. U najmniejszych dzieci mogą również pojawić się problemy z przyjmowaniem pokarmu. Wirus RS może być przyczyną zapalenia płuc, zapalenia oskrzelików, zapalenia ucha środkowego. Każde niemowlę może być hospitalizowane z powodu ciężkiego przebiegu infekcji, niezależnie od tego, czy

urodziło się w terminie, czy przedwcześnie, zdrowe czy z chorobami współistniejącymi, w trakcie lub przed sezonem RSV. Dzieje się tak, ponieważ przebieg choroby jest nieprzewidywalny.

Wirus RS to główna przyczyna infekcji i hospitalizacji u dzieci poniżej 1. roku życia. Atakuje drogi oddechowe i może doprowadzić do ciężkiej infekcji, wymagającej leczenia w szpitalu, często na oddziale intensywnej terapii i zastosowania wentylacji mechanicznej. Do końca sierpnia 2024 roku odnotowano w Polsce ponad 38 tys. zakażeń RSV, z czego prawie 18 tys. dotyczyło dzieci poniżej 2. roku życia. Ochroną przed wirusem RSV są objęte wcześniaki i dzieci z grup ryzyka, ale to stanowi jedynie 1,5% populacji dziecięcej. Tymczasem dane epidemiologiczne pokazują, że 95% dzieci hospitalizowanych z powodu RSV to dzieci urodzone o czasie, wcześniej zdrowe i nie posiadające żadnych czynników ryzyka. Czy da się zmienić te statystyki i ochronić wszystkie dzieci przed RSV i konsekwencjami wynikającymi z zakażenia?

W Polsce obowiązuje program profilaktyki zakażeń wirusem RS, który pozwala zabezpieczać dzieci z grup ryzyka przed infekcjami RSV. Z bezpłatnej immunoprofilaktyki mogą skorzystać dzieci, które spełniają kryteria kwalifikacji – są to wcześniaki, dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną, dzieci z wrodzonymi wadami serca, a od tego sezonu również dzieci z SMA i mukowiscydozą. Program profilaktyki RSV prowadzony jest przy użyciu przeciwciała monoklonalnego paliwizumab, zarejestrowanego dla wcześniaków i dzieci z wrodzonymi wadami sera, podawanego w sezonie co 30 dni. Dzieci, które mogą skorzystać z tej formy profilaktyki stanowią zaledwie 1,5% populacji niemowląt. Medycyna się rozwija i przynosi nowe możliwości profilaktyki, która pozwala zabezpieczyć wszystkie dzieci w pierwszym roku życia – jest to nowe 1-dawkowe przeciwciało monoklonalne nirsewimab oraz szczepionka dla kobiet w ciąży, która chroni mamę i dziecko.

Jedną z metod ochrony przed RSV jest szczepienie kobiet w ciąży. Podanie szczepionki między 32. a 36. tygodniem ciąży sprawia, że przeciwciała wytworzone przez matkę są przekazywane dziecku przez łożysko i chronią je do 6. miesięcy po porodzie. To bardzo ważne, zwłaszcza gdy dziecko rodzi się w sezonie zakażeń, bo jego organizm nie wytwarza jeszcze własnych przeciwciał, a niemowlę jest najbardziej narażone na infekcje właśnie przez pierwszych 6 miesięcy życia. Od 1 kwietnia 2025 roku szczepienie przeciwko wirusowi RSV jest refundowane i bezpłatne dla kobiet w ciąży aby zapewnić ochronę noworodkowi w pierwszych miesiącach życia. Szczepienie powinno być podane między 24 a 36 tygodniem ciąży, a celem jest przekazanie dziecku przeciwciał. Przez szczepienie w ciąży, ciężarna kobieta wytwarza przeciwciała, które przechodzą przez łożysko do dziecka. Dziecko otrzymuje w ten sposób ochronę przed ciężkimi powikłaniami związanymi z wirusem RSV w pierwszych miesiącach życia, zmniejszając ryzyko wystąpienia choroby dolnych dróg oddechowych.

Środowisko medyczne i organizacje pozarządowe apelują o wprowadzenie rozwiązania systemowego, które zapewni ochronę przed RSV dla wszystkich niemowląt. Tym bardziej, że jest nowa możliwość ochrony – jednodawkowe przeciwciało monoklonalne nirsewimab, zarejestrowane dla wszystkich dzieci do 2. roku życia. Z obserwacji lekarzy wynika, że na oddziałach pediatrycznych hospitalizowane są dzieci, które nie należą do grup ryzyka, lecz dzieci wcześniej zdrowe, urodzone o czasie.

W 2025 roku opublikowano Zalecenia Polskiego Towarzystwa Wakcynologii pt. „Rekomendacje dotyczące profilaktyki biernej zakażenia syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) w populacji niemowląt w sezonie 2024/2025”.⁸ Stwierdzono, że:

⁸ Bartosz Siewert, Ilona Małecka, Ewa Talarek, Hanna Czajka, Ernest Kuchar, Leszek Szenborn, Ewa Augustynowicz, Marcin Rozwadowski, Jacek Wysocki. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. Rekomendacje dotyczące profilaktyki biernej zakażenia syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) w populacji niemowląt w sezonie 2024/2025. www.podyplomie.pl/pediatricpodyplomie. Sierpień 2024

- Zakażenie RSV w każdym sezonie zimowo-wiosennym stanowi istotne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. W Polsce w sezonie 2022/2023 odnotowano 20 000 zakażeń RSV, z czego 70% dotyczyło dzieci w pierwszym roku życia. U zdecydowanej większości dzieci hospitalizowanych z powodu zakażenia RSV nie stwierdzono żadnych czynników ryzyka.
- Do tej pory wyłącznie u wybranych pacjentów z czynnikami ryzyka stosowano w profilaktyce paliwizumab – przeciwciało monoklonalne przeciwko RSV.
- Nirsewimab – nowe przeciwciało monoklonalne przeciwko RSV, które zarówno zostało zaaprobowane przez FDA oraz EMA, jak i jest rekomendowane przez wiele towarzystw naukowych oraz komitetów doradczych – cechuje się wysoką skutecznością w zapobieganiu zakażeniom RSV oraz dobrym profilem bezpieczeństwa.
- Nirsewimab przeznaczony jest do profilaktyki zakażeń RSV u wszystkich niemowląt. Lek podaje się w postaci pojedynczego wstrzyknięcia domięśniowego przed rozpoczęciem lub w trakcie sezonu RSV u wszystkich dzieci do ukończenia pierwszego roku życia.
- Inną rekomendowaną metodą biernej profilaktyki zakażeń RSV u niemowląt jest podanie szczepionki przeciwko RSV kobietom w ciąży, optymalnie między 32 a 36 tygodniem ciąży.

Sformułowano również osiem zaleceń:

- Zalecenie 1: U pacjenta z podejrzeniem infekcji RSV zaleca się wykonanie badania w kierunku zakażenia RSV. Te-sty antygenowe znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych POZ i są bezpłatne dla pacjentów. W ramach wizyty w gabinecie POZ możliwe jest tak-że wykonanie testów combo, które obejmują bada-nie w kierunku zakażenia wirusem grypy typu A/B, RSV oraz SARS-CoV-2. W przypadku hospitalizacji pacjenta z silnym podejrzeniem infekcji RSV oraz z ujemnym wynikiem testu antygenowego zaleca się wykonanie badania z wy-korzystaniem technologii RT-PCR. Zakażenie RSV potwierdzone dodatnim wynikiem te-stu powinno zostać niezwłocznie zgłoszone do PSSE.
- Zalecenie 2: Zaleca się bierne uodpornienie nirsewimabem wszystkich niemowląt w pierwszym roku życia, nie-zależnie od obecności chorób współistniejących, rozpoczynających swój pierwszy sezon zakażenia RSV, traktując priorytetowo dzieci wysokiego ryzyka występowania choroby wywołanej przez RSV i niemowlęta <6 miesiąca życia. Dzieci urodzone we wrześniu i kolejnych miesiącach sezonu zakażeń RSV optymalnie powinny otrzymać preparat przed opuszczeniem szpitala/oddziału porodowego, a niemowlęta urodzone przed wrześniem danego roku u pediatry lub lekarza rodzinnego.
- Zalecenie 3: Profilaktyka jest wskazana również u dzieci w wieku 1-2 lat w drugim sezonie zakażenia RSV w przypadku występowania czynników ryzyka ciężkiego prze-biegu infekcji. Zaleca się, aby otrzymały one preparat u pediatry lub lekarza rodzinnego.
- Zalecenie 4: W przypadku dostępności nirsewimabu zaleca się, aby został on podany zamiast paliwizumabu niemowlętom z grupy wysokiego ryzyka występowania choroby wywołanej przez RSV, które obecnie kwalifikują się do otrzymania paliwizumabu.
- Zalecenie 5: Zaleca się szczepienia przeciwko RSV, grypie i krztuścowi każdej kobiecie w ciąży. Szczepienie matki nie powinno być powodem wykluczenia dziecka z profilaktyki biernej za pomocą nirsewimabu.
- Zalecenie 6: Zaleca się, aby w przypadku wprowadzenia zapisu dotyczącego profilaktyki nirsewimabem do Programu Szczepień Ochronnych zmienić jego nazwę na Program Uodpornienia.
- Zalecenie 7: Nirsewimab można podawać jednocześnie z rutynowymi szczepionkami pediatrycznymi.

- Zalecenie 8: Szczepionkę przeciwko RSV zgodnie zapisami w ChPL można zastosować u ciężarnej w okresie od 24 do 36 tygodnia ciąży. Z uwagi na potencjalne większe korzyści i lepszy profil bezpieczeństwa zaleca się jednak wykonanie tego szczepienia między 32 a 36 tygodniem ciąży, krótko przed rozpoczęciem lub w trakcie sezonu epidemicznego RSV.

W opublikowanych Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii pt. „Profilaktyka zakażeń syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) u dzieci” przedstawiono aktualne (sierpień 2024 r.) rekomendacje dotyczące profilaktyki zakażenia syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) u dzieci.⁹ Stwierdzono, że syncytialny wirus oddechowy (respiratory syncytial virus – RSV) należy do najważniejszych czynników etiologicznych ostrych zakażeń dolnych dróg oddechowych (lower respiratory tract infections – LRTI-RSV) wśród dzieci. Do zakażenia wirusem RS prawie u wszystkich dzieci dochodzi w pierwszych 2 latach życia. RSV jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji w 1. roku życia, a szczególnie w pierwszych miesiącach życia. W Polsce w celu ochrony niemowląt przed RSV, zgodnie z programem lekowym i wyłącznie dla wcześniaków oraz dzieci z grup ryzyka, dostępne jest obecnie przeciwciało monoklonalne paliwizumab, które należy podawać co miesiąc w sezonie RSV. Na świecie obecnie dostępne są dwie nowe metody profilaktyki przed zakażeniem RSV – szczepionka i przeciwciało monoklonalne (nirsewimab). Szczepionka jest podawana ciężarnym celem przekazania dziecku ochrony przed zakażeniem RSV w postaci wytworzonych przeciwciał. Szczepionka jest rekomendowana dla kobiet w 32.-36. tygodniu ciąży. Przeciwciało monoklonalne (nirsewimab) podawane jest noworodkom i niemowlętom celem ochrony przed ciężkim zakażeniem RSV. W Polsce obecnie niedostępne, chociaż zarejestrowane już w Europie. Przedstawiono aktualne zalecenia dotyczące stosowania w Polsce paliwizumabu, a także aktualne badania i rekomendacje towarzystw naukowych oraz grup ekspertów dotyczące stosowania szczepionki i przeciwciała monoklonalnego nirsewimabu.

W pracy przedstawiono także uzasadnienia do wprowadzenia programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski program profilaktyki zdrowotnej: jednokrotne uodpornienie bierne przeciwciałem monoklonalnym w zakresie profilaktyki zakażeń dolnych dróg oddechowych spowodowanych wirusem RS na lata 2025–2030”, który w marcu 2024 r. Polskie Towarzystwo Pediatryczne złożyło w Ministerstwie Zdrowia. Głównym celem programu jest eliminacja ryzyka hospitalizacji z powodu zakażenia RSV poprzez uodpornienie minimum 10% populacji docelowej w latach 2025-2030. Program zakłada, że w każdym powiecie w Polsce zostanie uruchomiona co najmniej 1 placówka medyczna realizująca program. Dodatkowo program zakłada uzyskanie co najmniej 90% deklaracji rodziców/opiekunów prawnych dzieci o tym, że uzyskali potrzebną wiedzę na temat zakażeń wirusem RS i sposobów profilaktyki.

Szczepienia ochronne zapewniają ochronę przed chorobami zakaźnymi, a poprzez to utrzymanie produktywności pacjentów - przykład szczepienia przeciwko półpaścowi

Wg raportu pt. „Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości”, Polska powinna poszerzyć zakres szczepień ochronnych refundowanych publicznie. W Polsce, mimo wyjątkowo szerokich zaleceń dotyczących prowadzenia profilaktyki wśród osób dorosłych, system refundacji szczepień jest stosunkowo ograniczony, z kilkoma preparatami częściowo lub całkowicie finansowanymi przez państwo. Polska jest także jednym z nielicznych krajów UE (obok Austrii, Belgii, czy Portugalii), gdzie część kosztów szczepień pokrywają osoby fizyczne. W kontraście do tego stoją takie kraje, jak Hiszpania, Włochy, Niemcy, Francja i Wielka Brytania,

⁹ Profilaktyka zakażeń syncytialnym wirusem oddechowym (RSV) u dzieci. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii. Teresa Jackowska, August Wrotek, Iwona Beń-Skowronek, Łukasz Dembiński, Tomasz Jarmoliński, Artur Mazur, Anna Medyńska, Katarzyna Plata-Nazar, Jan Styczyński, Tomasz Szczepański, Ewa Toporowska-Kowalska, Piotr Hartmann, Hanna Czajka, Jarosław Peregud-Pogorzelski. Przegląd Pediatryczny. 2024/Vol. 53/No. 2

gdzie zakres refundacji jest znacznie szerszy, a bezpłatne szczepienia kierowane są do wyselekcjonowanych grup ryzyka. Szeroki dostęp do szczepień ochronnych dla dorosłych oferują także Finlandia, Portugalia, Grecja, Chorwacja, Irlandia i Słowenia. Uzupełnieniem publicznego systemu finansowania programu szczepień ochronnych w niektórych krajach są także akcje profilaktyczne sponsorowane przez pracodawców. Praktyka w tym zakresie jest jednak różnorodna i zależy od specyfiki danego kraju oraz branży. W większości krajów zakup szczepionek jest scentralizowany, co może mieć swoje odzwierciedlenie w większej efektywności kosztowej. Odzwierciedleniem powyższych obserwacji jest aspekt ekonomiczny. Dla krajów z PKB per capita w zakresie 20-40 tys. euro, wydatki na szczepienia jednej osoby wahają się od około 1 euro w Polsce do około 10 euro we Francji. Oznacza to, że Polska znajduje się na dolnym końcu skali, nawet w porównaniu z krajami o podobnym poziomie PKB. Kraje takie jak Szwecja, Niemcy i Wielka Brytania (PKB per capita 41 tys.- 60 tys. euro) znajdują się na drugim biegunie, wydając znacząco więcej na programy szczepień – od 15 do 23 euro na osobę.¹⁰

Raport pt. „Półpasiec oczami pacjentów” stwierdza, że refundacja publiczna szczepienia przeciwko półpaścowi to niewątpliwie właściwy kierunek do zapewnienia dostępności profilaktyki dla osób dorosłych. Ważnym wyzwaniem jest bezpłatne udostępnianie szczepionki kolejnym pacjentom z grup ryzyka. Badania ankietowe przeprowadzone w dwóch ośrodkach klinicznych wykazały, że dominującym odczuciem i przeżyciem związanym z chorowaniem na półpasiec było odczuwanie bólu. W wielu przypadkach przerodził się on w długotrwały problem zdrowotny znacząco obniżający jakość życia. Średni wiek zachorowania ankietowanych osób na półpaśca wyniósł 68 lat. Półpasiec ma ciężki przebieg, zwłaszcza u osób w wieku starszym, które są obciążone wieloma chorobami przewlekłymi. Prawie każda ankietowana osoba cierpiała na choroby współistniejące. Aż 63 proc. badanych nie wiedziało do momentu wypełnienia ankiety, że szczepionka przeciwko półpaścowi w ogóle istnieje. Zaledwie 24 proc. pacjentów dowiedziało się o tym w czasie choroby, a tylko 10 proc. miało taką wiedzę wcześniej, przed zachorowaniem. W naturalny sposób ankietowani wskazywali, że gdyby miały nastąpić zmiany w procesie diagnozy i leczenia – to przede wszystkim powinny one dotyczyć upowszechniania wiedzy o szczepieniach (tak wskazało 59 proc. osób). Kolejne 29 proc. wskazało, że potrzebne jest upowszechnianie informacji o samej chorobie i jej przebiegu, a 14 proc. – edukacja na temat metod jej leczenia.¹¹

Kontakt: Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl,
Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

PARTNERZY:



¹⁰ Szczepienia dorosłych: potrzeby i możliwości. MZdrowie 2023 <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2023/09/10-szczepienia-2023-www.pdf>

¹¹ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2024/02/01-polpasiec-2024-www.pdf>