Szczepienia pacjentów z POChP

lek. med. Krystian Bartczak

PODZIEL SIĘ



Do 10 stycznia 2022 roku, a więc w niecałe dwa lata od ogłoszenia pandemii, ponad 100 tysięcy osób zmarło w trakcie zakażenia SARS CoV 2 w Polsce [1]; szacuje się, że w tym samym okresie blisko drugie tyle (ok. 90 tysięcy) zginęło przedwcześnie, a wśród powodów wymienia się zarówno powikłania po przebytym COVID 19, jak i liczne ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej [2]. Wiadomo na pewno, że wszyscy chorzy z wcześniejszym uszkodzeniem układu oddechowego (do których zaliczyć należy chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc – POChP) są bardziej narażeni na śmierć i kalectwo z powodu COVID 19 [3]. Najważniejszym powodem tego stanu rzeczy są ograniczone rezerwy płuc. Oznacza to, że pacjent posiada znacznie mniejszą ich powierzchnię do oddychania, w tym pobierania tlenu z powietrza, i w konsekwencji mniej jest w stanie wytrzymać, gdy w klatce piersiowej stopniowo rozlewa się koronawirusowe zapalenie płuc.

Choroby obturacyjne płuc, do których zalicza się POChP oraz astmę oskrzelową, mogą dotyczyć nawet 9% Polaków [4]; większość z nich nie zdaje sobie z tego nawet sprawy. Według badań ponad 10% wszystkich zgłaszających się do lekarza pacjentów skarży się na objawy ze strony oskrzeli, w tym kaszel z przewlekłym odkrztuszaniem [5]; w wielu przypadkach choroba pozostaje z różnych względów nierozpoznana. Z drugiej strony, lekarz mający pod opieką chorego ze zdiagnozowanym POChP podejmuje zróżnicowane działania terapeutyczne. Wśród nich szczególne miejsce zajmuje konieczność zapobiegania tak zwanym zaostrzeniom; to znaczy stanom przebiegającym z nasileniem duszności i skurczem

oskrzeli – wymagającym zwykle interwencji lekarskiej. Sytuacja ta często skutkuje również pobytem w szpitalu i trwałym pogorszeniem funkcjonowania pacjenta. Powagę problemu dobrze obrazuje fakt, iż co roku wskutek ciężkiego zaostrzenia POChP umiera nawet co 4 chory [6].

Ponieważ większość zaostrzeń POChP jest wywoływana przez czynniki infekcyjne, w tym bakterie oraz wirusy [7], wytwarzanie odporności wobec nich jest kluczowe w zapobieganiu zaostrzeniom. Współcześnie najlepszą i najbardziej skuteczną metodą uzyskiwania odporności są szczepienia ochronne; konieczność zachęcania pacjentów do ich wykonywania jest podkreślana na każdym kroku w zaleceniach dla lekarzy opiekujących się chorymi na POChP [8]. Szczepienia ochronne to jedna z największych i niedocenianych zdobyczy medycyny; stały się jej nieodłączną częścią wraz z rozwojem wiedzy o poszczególnych zarazkach i metodach ich przenoszenia. Od 1796 roku, gdy Edward Jenner pierwszy raz zaszczepił przeciwko ospie ośmioletniego chłopca, przebieg ospy prawdziwej stał się łagodny, a z biegiem czasu (1980r.) choroba przestała istnieć; wirus jest od tamtej pory obecny jedynie w laboratoriach [9]. Wraz z zastosowaniem kolejnych szczepionek przestaliśmy jako ludzkość masowo umierać między innymi na wściekliźnę, odrę, gruźlicę, dur brzuszny czy polio [10]. Przebieg wielu chorób zakaźnych stał się łagodny, np. krztuśca, a do przykrych powikłań, takich jak bezpłodność u chłopców po przebytej śwince, dochodzi skrajnie rzadko – przykłady można wymieniać długo. Efekt ochronny szczepień widać doskonale na współczesnych danych ze 120 krajów; oszacowano bowiem, że szczepienia przeciwko pneumokokom w latach 2000-2015 zapobiegły śmierci ponad dwustu pięćdziesięciu tysięcy (250 000) dzieci w wieku poniżej pięciu lat [11].

Dotychczas szczepienia ochronne to jedna z najlepiej przebadanych metod stosowanych w medycynie na przestrzeni ponad 200 lat; bardzo skuteczna w zapobieganiu zaostrzeniom chorób płuc i ograniczaniu zniszczeń układu oddechowego spowodowanych infekcjami. Bez cienia wątpliwości chorzy na POChP powinni być przy każdej okazji zachęcani do szczepienia przeciwko grypie, SARS CoV 2, pneumokokom oraz krztuścowi [8]. Wątpliwości wielu obawiających się szczepień przeciwko SARS CoV 2 budzi fakt, że zaszczepieni i tak chorują na COVID 19; jest to prawda, choć dzieje się to nawet pięciokrotnie rzadziej. Bez dwóch zdań jednakże zaszczepieni praktycznie nie umierają na COVID 19 – to aż 90-94% mniej [12]. Oznacza to przeciętnie, że spośród grupy pięciuset (500) Polaków zamiast dziesięciu osób umiera jedna. Pełny cykl szczepień chroni również istotnie przed nieplanowaną wizytą u lekarza i pobytem w szpitalu; efekt natomiast w równej mierze dotyczy osób z chorobami układu oddechowego takimi jak POChP [13]. Sceptycy podnoszą często fakt, że szczepionki powinny zostać dopuszczone do użytku dopiero po 2 latach badań klinicznych i obserwacji. Nie biorą jednak pod uwagę, że technologia, dzięki której zostały wyprodukowane istnieje od lat (była stosowana do opracowania szczepionki na wirus Ebola), a ramy czasowe badań klinicznych to ogólne zasady niedostosowane do czasów pandemii, która nie zatrzyma się bez aktywnego udziału naukowców i społeczeństw. Według danych światowych z lutego 2022r. ponad 50% wszystkich ludzi na świecie (ponad 4 miliardy) zostało zaszczepionych przeciwko SARS CoV 2 pełnym schematem szczepienia [14]. Program szczepień przeciwko COVID jest najściślej monitorowanym w historii; szczególnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie społeczeństwo jest skrajnie wyczulone na dochodzenie swoich

praw i odszkodowań w przypadku jakichkolwiek komplikacji poszczepiennych. Prowadzono liczne niezależne badania nad bezpieczeństwem; w niektórych okazywało się nawet, że osoby zaszczepione umierały rzadziej na inne choroby niż COVID 19 [15].

Szczepienie przeciwko SARS CoV 2 jest w tej chwili w Polsce dostępne praktycznie “od ręki”; wystarczy zgłosić się do jednego z punktów szczepień i jest ono realizowane zwykle kolejnego dnia. Wizyta wraz z wypełnieniem ankiety kwalifikacyjnej trwa zwykle około 20-30 minut; wliczając czas obowiązkowej obserwacji pod kątem bardzo rzadkich reakcji alergicznych po samym szczepieniu. Tolerancja dostępnych preparatów jest bardzo dobra; wielu zaszczepionych boli jedynie ramię, a u 40% występują jedynie objawy łagodnej choroby grypopodobnej, tj. stan podgorączkowy, bóle głowy czy mięśni, przez okres 1 do 3 dni po szczepieniu. Wśród bardzo rzadkich objawów niepożądanych wymienia się zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, zespół Guillaina-Barrégo (GBS) i małopłytkowość immmunologiczną [16], ale uwaga – te powikłania występują również w przebiegu samego COVID 19 i to prawdopodobnie znacznie częściej.

Należy wspomnieć również o dawce przypominającej dostępnej od jesieni 2021r., która budzi wiele kontrowersji. Układ odpornościowy, tak jak inne składowe organizmu, słabnie z wiekiem. Prawdopodobnie z tego powodu ochrona zapewniania przez dawkę przypominającą (ang. booster dose) jest największa wśród pacjentów powyżej 50 roku życia – a w tej właśnie grupie wiekowej znajduje się większość pacjentów z POChP. Powinniśmy zdać sobie sprawę, że znane od wielu lat schematy szczepień przeciwko chorobom zakaźnym, np. wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B) czy tężcowi, przewidują 3 dawki rozłożone w ciągu przynajmniej 6 miesięcy [17] Nie dziwi więc konieczność przypomnienia w przypadku wirusa SARS CoV 2.

W przypadku choroby tak powszechnej jak COVID 19, obecnej w prawie każdym już domu, chciałbym pokazać również dodatkowy aspekt. Mianowicie z perspektywy społeczeństwa osoby chorujące na COVID 19 zajmują cenny czas personelu i zapełniają łóżka szpitalne; te same osoby w przypadku zaszczepienia w znakomitej większości chorowałyby łagodnie pozostając w izolacji domowej. W przedstawionej sytuacji z opieki nie mogą korzystać osoby przewlekle chore na serce, nowotwory oraz rozmaite niecierpiące zwłoki dolegliwości. Gdy już dostaną się do szpitala, ich bliskich obowiązuje zakaz odwiedzin – z obawy przed zawleczeniem wirusa. Nikt nie chce funkcjonować w takich okolicznościach, jednak pod względem odsetka osób zaszczepionych jesteśmy daleko za Europą czy krajami Bliskiego Wschodu i jako ogół obywateli to my sami za obecny stan rzeczy odpowiadamy.

Wyścig do wynalezienia szczepionki, który obserwowaliśmy, oraz

ogólnoświatowa akcja szczepień absolutnie nie jest “eksperymentem medycznym” tylko rzeczywiście największą i dobrze zorganizowaną próbą ograniczenia liczby niepotrzebnych śmierci spowodowanych chorobą wirusową. Po I Wojnie Światowej, gdy społeczeństwo było niedożywione i wyniszczone, a metody profilaktyki i leczenia nie istniały, na grypę “hiszpankę” zmarło od 50 do 100 milionów ludzi [18]. Współcześnie, przy ponad 90% skuteczności szczepionek, dystansie, maseczkom i dezynfekcji możemy przed tragicznym losem spowodowanym SARS CoV 2 ochronić większość; w tym szczególną grupę pacjentów z POChP. Nie pozwalajmy, by z tego rezygnować; dla dobra naszych chorych i nas samych.

Piśmiennictwo:

1.Poland: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. https://covid19.who.int. Accessed 22 Feb 2022
2.Nadmiarowe zgony – w pandemii Polska w czołówce UE. https://oko.press/nadmiarowe-zgony-w-grudniu-2021-r-polska-na-pierwszym-miejscu-w-ue/. Accessed 23 Feb 2022
3.COPD and the risk of poor outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis – PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33758801/. Accessed 23 Feb 2022
4.Bednarek M, Maciejewski J, Wozniak M, Kuca P, Zielinski J (2008) Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. Thorax 63:402–407
5.Mejza F, Gnatiuc L, Buist AS, et al (2017) Prevalence and burden of chronic bronchitis symptoms: results from the BOLD study. Eur Respir J 50:1700621
6.Leczenie zaostrzenia POChP w szpitalu | Terapia. https://terapia.com.pl/pl/node/907. Accessed 23 Feb 2022
7.Sapey E, Stockley RA (2006) COPD exacerbations · 2: Aetiology. Thorax 61:250–258
8.2022 GOLD Reports. In: Glob. Initiat. Chronic Obstr. Lung Dis. – GOLD. https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/. Accessed 23 Feb 2022
9.Smallpox. https://www.who.int/westernpacific/health-topics/smallpox. Accessed 6 Mar 2022
10.Krótka historia szczepionek. Jak na przestrzeni dziejów ratowano ludzkość? – Szczepienie przeciwko COVID-19 – Portal Gov.pl. In: Szczepienie Przeciwko COVID-19. https://www.gov.pl/web/szczepimysie/krotka-historia-szczepionek-jak-na-przestrzeni-dziejow-ratowano-ludzkosc. Accessed 28 Feb 2022
11.Wahl B, O’Brien KL, Greenbaum A, et al (2018) Burden of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae type b disease in children in the era of conjugate vaccines: global, regional, and national estimates for 2000–15. Lancet Glob Health 6:e744–e757
12.Johnson AG (2022) COVID-19 Incidence and Death Rates Among Unvaccinated and Fully Vaccinated Adults with and Without Booster Doses During Periods of Delta and Omicron Variant Emergence — 25 U.S. Jurisdictions, April 4–December 25, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e2
13.Thompson MG, Stenehjem E, Grannis S, et al (2021) Effectiveness of Covid-19 Vaccines in Ambulatory and Inpatient Care Settings. N Engl J Med 385:1355–1371
14.More Than 10.8 Billion Shots Given: Covid-19 Tracker. Bloomberg.com
15.Xu S (2021) COVID-19 Vaccination and Non–COVID-19 Mortality Risk — Seven Integrated Health Care Organizations, United States, December 14, 2020–July 31, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7043e2
16.EMA (2021) Safety of COVID-19 vaccines. In: Eur. Med. Agency. https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/safety-covid-19-vaccines. Accessed 6 Mar 2022
17.Program Szczepień Ochronnych na rok 2022 – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl. In: Gł. Inspektorat Sanit. https://www.gov.pl/web/gis/program-szczepien-ochronnych-na-rok-2022. Accessed 22 Feb 2022
18.Grypa hiszpanka: choroba, która zebrała śmiertelne żniwo. https://histmag.org/Grypa-hiszpanka-choroba-ktora-zebrala-smiertelne-zniwo-23362. Accessed 23 Feb 2022

PODZIEL SIĘ

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 16 lipca 2025

Właściciel serwisu


Chiesi
TOTYLKOASTMA.PL