



RAISE AWARENESS OF INFLUENZA STRATEGIES IN EUROPE

Szczepienia przeciw grypie: podstawowe fakty dla lekarzy pierwszego kontaktu w Europie

Synteza opracowana przez ekspertów europejskich
na podstawie zaleceń krajowych i najlepszych praktyk
w Wielkiej Brytanii i Holandii

Autorzy opracowania

Zespół ekspertów:

Dr Patricia Blank, Szwajcaria

Dr Oana Falup-Pecurariu, Rumunia

Dr George Kassianos, Wielka Brytania

Dr Ernest Kuchar, Polska

Dr Jan Kyncl, Czechy

Dr Aneta Nitsch-Osuch, Polska

Dr Ted Van Essen, Holandia

Opracowanie tekstu i wsparcie redakcyjne

Dr Andrew Lane, Lane Medical Writing, Francja

Szczepienia przeciw grypie: podstawowe fakty dla lekarzy pierwszego kontaktu w Europie

Synteza opracowana przez ekspertów europejskich na podstawie zaleceń krajowych i najlepszych praktyk w Wielkiej Brytanii i Holandii

Autorzy opracowania

Zespół ekspertów:

Dr Patricia Blank, Szwajcaria

Dr Oana Falup-Pecurariu, Rumunia

Dr George Kassianos, Wielka Brytania

Dr Ernest Kuchar, Polska

Dr Jan Kyncl, Czechy

Dr Aneta Nitsch-Osuch, Polska

Dr Ted Van Essen, Holandia

Opracowanie tekstu i wsparcie redakcyjne

Dr Andrew Lane, Lane Medical Writing, Francja

Wydawca

Fundacja Nadzieja dla Zdrowia
Ul. Czardasza 22A lok. 4
02-169 Warszawa

ISBN 978-83-944794-0-4

Opracowanie graficzne

Rafał Pugacz, RA-V-Studio, 601 213 028

Wydanie II uaktualnione

Warszawa 2016

Niniejszy dokument został sporządzony przez zespół ekspertów europejskich (szczegóły podano w załączniku nr 1) przy wsparciu finansowym firm Sanofi Pasteur i Sanofi Pasteur MSD, przeznaczonym na opracowanie tekstu artykułu medycznego, pokrycie kosztów spotkań i opracowanie graficzne. Poglądy i opinie wyrażone w tekście niniejszego dokumentu są wyłącznie poglądami poszczególnych osób uczestniczących w jego sporządzeniu i nie należy ich interpretować jako stanowiska firm Sanofi Pasteur i Sanofi Pasteur MSD.

Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce opracowanie dotyczące szczepień przeciw grypie powstałe na podstawie zaleceń grupy europejskich ekspertów działających w ramach inicjatywy RAISE (Raising Awareness of Influenza Strategies in Europe).

Opracowanie to z założenia opiera się przede wszystkim na zaleceniach brytyjskich i holenderskich, czyli krajów, którym udało się osiągnąć cele WHO (>75% zaszczepionych wśród osób >65 roku życia). Uznaliśmy, że powyższe zalecenia warto uzupełnić o aktualne polskie dane epidemiologiczne oraz dopasować do polskiej specyfiki, tym bardziej, że w naszym kraju mamy od 2014 roku jedne z najlepiej sformułowanych i szerokich zaleceń w zakresie szczepień przeciw grypie. Zapisy te znaleźć można w polskim Programie Szczepień Ochronnych. Wielki wkład w ich tworzenie i rozpowszechnianie od wielu lat wnosi Krajowy Ośrodek ds. Grypy.

Chociaż w zakresie rekomendacji pozostajemy w awangardzie europejskiej, niestety w zakresie realizacji szczepień pozostajemy na końcu wszelkich zestawień. Podwyższenie wskaźników stanu zaszczepienia przeciw grypie w populacji polskiej, zarówno w grupach ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy, jak i w populacji ogólnej – ma więc znaczenie priorytetowe. Temu celowi służą też wszelkie podejmowane od roku 2013 działania w ramach realizacji Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

Kluczową rolę w promowaniu szczepień, w tym szczepień przeciw grypie, wśród pacjentów mają lekarze – głównie lekarze podstawowej opieki medycznej. Dlatego do nich kierowane jest nasze opracowanie. Niniejsza publikacja zawiera przede wszystkim informacje i zalecenia zawarte w głównym dokumencie sformułowanym przez ekspertów grupy RAISE. Staraliśmy się, z jednej strony, nie ingerować nadmiernie w treści zawarte w oryginalnym dokumencie, z drugiej strony – chcemy zwrócić uwagę Czytelnika na pewne uwarunkowania odrębne i typowe dla naszego kraju.

Doświadczenie wielu sezonów uczy, że powtarzają się sytuacje, gdy przychodnie i oddziały szpitalne przepelniają chorzy z objawami grypopodobnymi, notowane są potwierdzone zgony spowodowane grypą i jej powikłaniami. Mamy nadzieję, że niniejsze opracowanie przyczyni się do: poszerzenia i ugruntowania wiedzy na temat profilaktyki grypy zarówno wśród „białego personelu”, jak i wśród pacjentów oraz przyniesie oczekiwane skutki w postaci zwiększonej liczby osób zaszczepionych przeciw grypie w naszym kraju, co pozwoli lepiej kontrolować sytuację epidemiologiczną grypy w Polsce.

Z poważaniem,

Dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch

Dr hab. n. med. Ernest Kuchar

(członkowie grupy ekspertów RAISE)

STRESZCZENIE

W Europie istnieje znaczne zróżnicowanie stanu zaszczepienia przeciw grypie sezonowej w populacjach obarczonych ryzykiem ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy, w których Rada Europejska zaleca osiągnięcie docelowo wskaźnika wyszczepialności na poziomie 75%. Kraje takie jak Wielka Brytania i Holandia mają dobrze sformułowane wytyczne dotyczące szczepień przeciw grypie, które są regularnie aktualizowane i realizowane, w związku z czym odnotowuje się w tych krajach wysokie wskaźniki wyszczepialności (są to dwa spośród krajów europejskich, w których osiągnięto, lub prawie osiągnięto, 75% docelowego wskaźnika zaszczepienia przeciw grypie u osób w podeszłym wieku). Natomiast w wielu innych państwach Europy wytyczne dotyczące szczepień przeciw grypie są mniej przejrzyste, a wskaźniki wyszczepialności są niższe.

Te rozbieżności stanu zaszczepienia przeciw grypie sezonowej i w strategiach realizacji tych szczepień zostały podkreślone w najnowszym raporcie Komisji Europejskiej, w którym położono nacisk na potrzebę podjęcia odpowiednich działań na poziomie Unii Europejskiej i poszczególnych państw członkowskich, aby uzyskać pełne korzyści ze szczepień przeciw grypie na całym kontynencie, zalecono także wymianę doświadczeń dotyczących poszczególnych strategii pomiędzy państwami członkowskimi.

Co więcej, istnieje konieczność ujednoczenia diagnostyki grypy, aby zapewnić dokładność monitorowania krążenia wirusów w populacji i szybką identyfikację nowych ognisk zachorowań.

Istnieje również konieczność poprawy komunikacji, a także ujednoczenia podstawowych informacji na temat szczepień przeciwko grypie. Należy dążyć do tego, aby wytyczne dotyczące realizacji programów szczepień przeciw grypie były bardziej rozpowszechnione i lepiej zharmonizowane pomiędzy państwami członkowskimi Unii Europejskiej.

W związku z opisanymi wyżej potrzebami odbył się zjazd zespołu europejskich ekspertów ds. grypy, mający na celu opracowanie niniejszego podstawowego dokumentu z uwzględnieniem elementów istniejących wytycznych brytyjskich i holenderskich, przedstawienie opisu szczepień przeciw grypie sezonowej dla europejskich lekarzy pierwszego kontaktu i wsparcie wspólnej strategii realizacji rutynowych szczepień przeciwko grypie sezonowej w Europie.

Spis treści

1. Wprowadzenie	5
2. Kontekst zagadnienia	6
2.1. Grypa – podstawowe fakty o chorobie	6
2.2. Epidemiologia i znaczenie choroby dla zdrowia publicznego	7
3. Diagnostyka grypy	8
4. Szczepienia przeciw grypie	9
4.1. Zalecenia (WHO, KE)	9
4.2. Dostępne rodzaje szczepionek	9
4.3. Szczególne populacje i okoliczności	10
4.3.1. Cięża	10
4.3.2. Dzieci	10
4.3.3. Alergia na białko jaja kurzego (BJK)	11
4.3.4. Równoczesne podanie szczepionki przeciw grypie z innymi szczepionkami	11
4.4. Przeciwwskazania do szczepienia przeciw grypie	11
4.5. Skuteczność szczepień przeciw grypie	11
4.6. Bezpieczeństwo i tolerancja szczepień przeciw grypie	12
4.7. Terminy szczepień przeciw grypie	12
5. Realizacja szczepień przeciw grypie	13
5.1. Znaczenie zaangażowania lekarzy w promowanie szczepień przeciw grypie	13
5.2. Kwalifikacja pacjentów do szczepienia przeciw grypie	13
5.3. Zawiadamianie osób kwalifikujących się do szczepienia	14
5.4. Organizacja szczepień	14
5.5. Dokumentacja szczepień przeciw grypie	15
5.6. Logistyka: przechowywanie szczepionek przeciw grypie	15
5.7. Komunikacja z pacjentami	16
6. Piśmiennictwo	17
Załącznik nr 1. Członkowie komitetu RAISE	19
Załącznik nr 2. Rekomendacje szczepień przeciw grypie w Polskim Programie Szczepień Ochronnych na rok 2016 (Komunikat GIS z dnia 16.10.2015, www.gis.gov.pl)	20
Załącznik nr 3. Grypa – dane epidemiologiczne	21
Załącznik nr 4. List w sprawie szczepienia przeciw grypie skierowany do pacjentów (przykład)	23
Załącznik nr 5. Najczęściej zadawane pytania oraz wątpliwości związane ze szczepieniami przeciw grypie wraz z propozycjami ich wyjaśniania	24

1

1. Wprowadzenie

Rada Europejska zaleca osiągnięcie docelowego wskaźnika realizacji szczepień przeciw grypie sezonowej na poziomie 75% w grupie pacjentów w podeszłym wieku (>65 lat), a w sytuacji idealnej – u wszystkich osób w wieku >6 miesięcy ze zwiększonym ryzykiem ciężkiego przebiegu grypy (1-3). Osiągnięcie docelowego wskaźnika zaszczepienia na poziomie 75% w populacji obciążonej wysokim ryzykiem powikłań w przebiegu grypy może stanowić kamień milowy w procesie podwyższania wskaźników stanu zaszczepienia przeciw grypie w populacji ogólnej (4, 5).

Pomimo iż, w niektórych krajach np. w Wielkiej Brytanii (6-8), Holandii (9), a także w Polsce (9a) są opracowywane i regularnie aktualizowane wytyczne dotyczące szczepień przeciw grypie, nie istnieje aktualnie pojedynczy, podstawowy dokument, który wykraczałby poza granice poszczególnych państw europejskich, co więcej, istnieją różnice w zaleceniach oraz realizacji szczepień przeciwko grypie sezonowej w Europie. W większości krajów Unii Europejskiej, wskaźniki opisujące stan zaszczepienia przeciw grypie wykazują tendencję do obniżania się. W najnowszym raporcie Komisji Europejskiej podkreślono potrzebę podjęcia odpowiednich działań na poziomie UE i poszczególnych państw członkowskich, aby uzyskać pełne korzyści ze szczepień przeciw grypie na całym kontynencie oraz zalecono wymianę doświadczeń dotyczących poszczególnych strategii pomiędzy państwami członkowskimi (3).

Ujednoczenie diagnostyki grypy stanowiłoby istotny krok na drodze ku dokładnemu monitorowaniu epidemiologii tej choroby i identyfikacji ognisk zachorowań. Podstawowe informacje na temat szczepień przeciwko grypie – w tym zalecenia dotyczące szczepień, szczególne okoliczności, przeciwwskazania, skuteczność, bezpieczeństwo, terminy szczepień i rodzaje szczepionek – powinny być lepiej i skuteczniej przekazywane pracownikom ochrony zdrowia; byłoby to łatwiejsze, gdyby ujednoczono wytyczne. Dodatkowo szersza dystrybucja wytycznych dotyczących realizacji programu szczepień przeciw grypie – obejmujących takie zagadnienia, jak kwalifikowanie i zawiadamianie pacjentów, logistyka, prowadzenie dokumentacji i odpowiadanie na pytania często zadawane przez pacjentów – pozwoliłyby na poprawę wydajności programu szczepień przeciw grypie.

W tym celu zespół europejskich ekspertów ds. grypy (w składzie przedstawionym w załączniku nr 1) opracował niniejszy dokument przeznaczony dla lekarzy pierwszego kontaktu w Europie, w którym połączył elementy istniejących wytycznych dotyczących szczepień przeciwgrypowych z Wielkiej Brytanii (6-8) i Holandii (9). Dodatkowo, dokument w aktualnej formie został wzbogacony o zalecenia oraz aktualne dane epidemiologiczne znane w Polsce (załącznik nr 2 oraz załącznik nr 3).

2. Kontekst zagadnienia

2.1. Grypa – podstawowe fakty o chorobie

Grypa sezonowa to ostre zakażenie wirusowe układu oddechowego z typowym okresem wylegania wynoszącym 1–2 dni. Charakterystycznymi objawami zakażenia wirusami grypy są: gorączka, dreszcze, ból głowy, bóle mięśniowo-stawowe, zmęczenie i niekiedy suchy kaszel. Objawy chorobowe mogą się utrzymywać do 2 tygodni. Chociaż u osób ogólnie zdrowych (bez chorób i stanów stanowiących czynniki ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy) zakażenia wywołane wirusami grypy mają na ogół charakter samoograniczający się, możliwe jest jednak pogorszenie funkcjonowania w środowisku domowym i zawodowym trwające przez 7–10 dni, a zachorowania są związane z absencją w pracy. Dodatkowo, zakażenia wywołane wirusami grypy łatwo przenoszą się pomiędzy ludźmi drogą kropelkową lub kontaktową; zakażają pacjenci w okresie inkubacji oraz z aktualnie występującymi objawami chorobowymi, a także osoby z jedynie minimalnie nasilonymi objawami lub takie, u których zakażenie ma przebieg bezobjawowy.

Istnieje powszechne i błędne przekonanie, że grypa nie jest chorobą poważną i zagrażającą zdrowiu czy życiu, tymczasem możliwe jest wystąpienie wielu powikłań pogrypowych, zarówno u ludzi zdrowych, jak i tych z chorobami przewlekłymi (z grup ryzyka).

Grupy ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy obejmują:

- kobiety w ciąży,
- dzieci w wieku poniżej 5 lat, a szczególnie w 2 pierwszych latach życia,
- osoby w podeszłym wieku (≥ 65 lat),
- osoby z otyłością znacznego stopnia ($BMI \geq 40$),
- pacjentów z chorobami przewlekłymi (bez względu na wiek): płuc (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP, astma oskrzelowa), serca (np. choroba wieńcowa, zastoinowa niewydolność serca z wyjątkiem nadciśnienia tętniczego), nerek, wątroby, metaboliczne (w tym cukrzyca), układu krwiotwórczego (w tym hemoglobinopatie), niedobory odporności (pierwotne, zakażenie HIV, leczenie immunosupresyjne), upośledzające czynność układu oddechowego lub usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych (np. zaburzenia czynności poznawczych, pourazowe uszkodzenia rdzenia kręgowego, choroby przebiegające z drgawkami, choroby nerwowo-mięśniowe), nieswoiste zapalenie jelit, choroby reumatyczne lub problemy reumatologiczne (2).

W tych grupach ryzyka zakażenie wirusem grypy może prowadzić do wtórnych powikłań, najczęściej o etiologii bakteryjnej (w tym do zapalenia płuc, zapalenia zatok przynosowych, zapalenia ucha środkowego), wymagających hospitalizacji, a nawet kończących się zgonem (10). Możliwe powikłania grypy przedstawia tabela 1 (10a).

Tabela 1. Powikłania grypy (10a).

	<u>pierwotne zapalenie płuc, wtórne zapalenie płuc</u>
powikłania pulmonologiczne	<u>zapalenie oskrzeli, zapalenie zatok obocznych nosa</u> <u>zapalenie oskrzelików, ostry zespół niewydolności oddechowej</u>
powikłania kardiologiczne	<u>zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie wsierdźcia, zapalenie osierdźcia</u> <u>częstsze występowanie incydentów sercowo-naczyniowych (z zawałem mięśnia sercowego włącznie) oraz udaru mózgu po infekcji grypowej</u>
powikłania neurologiczne	<u>poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, zapalenie mózdzku</u> <u>encefalopatia, zapalenie nerwu wzrokowego</u> <u>zespół Guillaina-Barrégo</u>
powikłania ginekologiczno-położnicze	<u>wzrost ryzyka poronienia i porodu przedwczesnego</u> <u>częstsze występowanie schizofrenii u dzieci w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego</u>

zaostrenie lub pogorszenie chorób przewlekłych	zaostrenie astmy oskrzelowej
	zaostrenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
	zaostrenie niewydolności krążenia
	zaostrenie objawów chorób przebiegających z otępieniem
	zaostrenie objawów choroby Parkinsona
inne	pogorszenie kontroli glikemii u pacjentów z cukrzycą
	drgawki gorączkowe
	zapalenie ucha środkowego
	zespół Reye'a
	wtórne zakażenia meningokokowe, wtórne zakażenia pneumokokowe
	wtórne zakażenia gronkowcowe, wtórne zakażenia grzybicze
	inne wtórne zakażenia bakteryjne (również wywołane przez patogeny atypowe)
	zespół wstrząsu toksycznego
	zapalenie mięśni
	mioglobinuria, rhabdomyoliza
	niewydolność nerek
	zapalenie rogówki
odrzut przeszczepu	

2.2. Epidemiologia i znaczenie choroby dla zdrowia publicznego

Istnieją trzy typy wirusa grypy (11,12):

- wirus grypy typu A – ma potencjał epidemiczny i pandemiczny, zachorowania występują zarówno u ludzi, jak i u zwierząt;
- wirus grypy typu B – ma potencjał epidemiczny, zachorowania występują tylko u ludzi;
- wirus grypy typu C – wywołuje najczęściej łagodne zachorowania u dzieci (możliwe zachorowania u zwierząt).

Wirusy grypy typu A można podzielić na podtypy ze względu na różnice w białkach powierzchniowych – hemaglutynie (H) i neuraminidazie (N), w związku z czym wyróżniamy np. wirusy grypy typu A (H1N1), A (H3N2), A (H5N1). Wirus grypy jest wirusem antygenowo zmiennym, a zmiany antygenowe mogą być niewielkie (zjawisko to nosi nazwę dryfu antygenowego (ang. antigenic drift) i jest przyczyną cosezonowych epidemii), możliwe są także duże zmiany antygenowe (reasortacja, czyli przetasowanie, tzw. przeskok antygenowy, ang. antigenic shift, wymiana jednego bądź kilku fragmentów RNA), co skutkuje powstaniem nowego wirusa pandemicznego. Zmienność wirusa grypy skutkuje koniecznością produkowania każdego roku nowej szczepionki przeciw grypie.

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na fakt, iż każdego roku w Unii Europejskiej zakażonych wirusami grypy jest 25 – 100 milionów osób w każdym wieku (4, 12). W tej grupie chorych na grype dochodzi do około 38 500 zgonów rocznie, w większości (>90%) zgony te występują u osób w podeszłym wieku (>65 lat) (13). Szacuje się, że w Unii Europejskiej rocznie koszty związane z zachorowaniami na grype, jej powikłaniami, hospitalizacjami, zgonami oraz absencją chorobową w pracy wynoszą 6–14 mld € (2, 14). Nie podlega więc dyskusji, że grypa stanowi istotny problem dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej w całej Europie, zwłaszcza w miesiącach zimowych, gdy liczba zachorowań jest największa. Polskie dane epidemiologiczne dotyczące grypy przedstawia załącznik numer 3.

3. Diagnostyka grypy

W trakcie wizyty pacjenta z powodu choroby grypopodobnej (ang. influenza-like illness, ILI) lekarz pierwszego kontaktu ustala na podstawie wywiadu oraz wyniku badania przedmiotowego, czy będzie konieczne wykonanie badania wirusologicznego potwierdzającego chorobę. Pytania zadawane pacjentowi powinny uwzględniać m.in. następujące zagadnienia (15):

- czas utrzymywania się objawów,
- nasilenie objawów,
- opis objawów: należy zapytać o gorączkę i dreszcze, kaszel, objawy nieżytu błony śluzowej nosogardła, ból gardła, złe samopoczucie, bóle mięśni i kończyn, bóle głowy,
- kontakt z osobą z objawami grypopodobnymi,
- obecność osoby pozostającej w bliskim kontakcie z chorym (np. mieszkającej z nim), która może mieć obniżoną odporność.

Chorobę z objawami grypopodobnymi można stwierdzić w przypadku spełnienia poniższych kryteriów (według Center for Disease Control and Prevention, CDC):

- nagły początek choroby,
- gorączka > 37,8°C (zmierzona w gabinecie lekarskim lub podawana w wywiadzie),
- kaszel i/lub ból gardła.

Należy zauważyć, że ta definicja choroby z objawami grypopodobnymi, chociaż bardzo swoista, wykazuje ograniczoną czułość (ze względu na możliwość pominięcia przypadków skąpo- lub bezobjawowych, przebiegających z niższą gorączką lub bezgorączkowo), co może powodować pominięcie części przypadków zachorowań (19-21).

Zasadniczo, badanie przedmiotowe i podmiotowe ma najistotniejsze znaczenie dla rozpoznania objawów i powikłań grypy u pacjentów w leczeniu ambulatoryjnym. Potwierdzenie wirusologiczne zakażenia jest konieczne w przypadku wykrycia ogniska zachorowań na grypę np. w domu opieki dla osób w wieku podeszłym, opieki długoterminowej dla przewlekle chorych, w akademiku czy szpitalu lub też na żądanie państwowych organów ochrony zdrowia lub inspekcji sanitarnej, aby umożliwić zastosowanie środków profilaktycznych (16). W Polsce badania wirusologiczne w kierunku grypy wykonują m.in. Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, wybrane szpitale oraz Krajowy Ośrodek ds Grypy, NIZP-PZH w Warszawie.

Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusami grypy odbywa się z użyciem metod biologii molekularnej (RT-PCR), immunofluorescencji, stosowane też są szybkie testy diagnostyczne (ang. Rapid Influenza Diagnostic Tests, RIDT) oraz metoda hodowli.

Zaleca się wizytę kontrolną u lekarza w przypadku występowania u pacjenta chorób przewlekłych (patrz czynniki ryzyka powikłań grypy str. 6) lub pojawienia się jednego lub więcej z objawów wskazujących na możliwość ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy (17,18):

- duszność, bóle w klatce piersiowej, przyspieszenie oddechu, skrócenie oddechu,
- niedociśnienie, hipoksja,
- splątanie lub pogorszenie stanu psychicznego, nagłe zawroty głowy,
- odkrztuszanie ropnej płwociny,
- odwodnienie,
- zaostrzenie przebiegu chorób przewlekłych,
- u dzieci – drażliwość, nadmierna senność (niemożność wybudzenia ze snu), sinica, nasilone wymioty i niepowodzenie nawadniania doustnego, odwodnienie,
- utrzymywanie się gorączki przez 3 dni.

4. Szczepienia przeciw grypie

4.1. Zalecenia (WHO, KE)

Komisja Europejska (KE) (na podstawie danych naukowych dostarczonych przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób *European Center for Disease Control and Prevention, ECDC*) (3) i Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zalecają szczepienie jako najskuteczniejszy środek zapobiegający zachorowaniom na grypę sezonową i jako kluczową interwencję pozwalającą na ograniczenie wpływu tej choroby na zdrowie publiczne.

W populacji osób z grup ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy zaleca się osiągnięcie wskaźnika zaszczepienia przeciw grypie na poziomie 75% (2, 3).

Zaleca się również wykonywanie szczepień przeciw grypie u pracowników ochrony zdrowia. Sugeruje się, że osiągnięcie 75% stanu zaszczepienia populacji pracowników ochrony zdrowia mogłoby stanowić pierwszy etap do realizacji planu zaszczepienia wszystkich pracowników ochrony zdrowia bez przeciwwskazań medycznych do szczepienia (4).

Poza populacjami wysokiego ryzyka i pracownikami ochrony zdrowia szczepienie przeciw grypie może przynieść korzyści każdej osobie w wieku powyżej ukończonych 6 miesięcy życia (jest to bowiem najniższy wiek, od którego inaktywowane szczepionki przeciw grypie dostępne m.in. w Polsce są dopuszczone do stosowania).

Co roku WHO, na podstawie danych z Globalnego Systemu Nadzoru nad Grypą (Global Influenza Surveillance and Response System, GIRS) ogłasza skład antygenowy trójwaletnych i czterowaletnych szczepionek przeciwko grypie sezonowej na półkuli północnej i południowej. Dzięki wykorzystywaniu metod ciągłego monitorowania i nadzoru epidemiologiczno-wirusologicznego nad grypą, charakteryzowania wirusa i kartografii antygenowej, zalecenia WHO ukazują się dwa razy w roku (odrębnie dla półkuli północnej i dla półkuli południowej), kilka miesięcy przed rozpoczęciem sezonu grypowego, co zapewnia odpowiednią ilość czasu na opracowanie ostatecznego składu, produkcję i dystrybucję szczepionek przeciw grypie sezonowej (22).

4.2. Dostępne rodzaje szczepionek

Istnieją różne rodzaje szczepionek przeciw grypie sezonowej, ale na świecie, również w Polsce, najczęściej stosowane są szczepionki inaktywowane, (ang. Influenza Inactivated Vaccine, IIV) do podawania domięśniowego lub podskórnego, u osób które ukończyły 6 miesięcy życia. Wśród szczepionek inaktywowanych wyróżnia się szczepionki z rozszczepionym wirionem i pojednostkowe.

Szczepionki przeciw grypie zawierają trzy szczepy szczepionkowe (dwa szczepy wirusa grypy typu A i jedną linię wirusa grypy typu B) lub cztery szczepy szczepionkowe (dwa szczepy wirusa grypy typu A i dwie linie wirusa grypy typu B (Victoria i Yamagata)). Zastosowanie szczepionek czterowaletnych ma zwiększyć skuteczność szczepionek przeciwko grypie sezonowej.

W niektórych krajach (ale nie w Polsce) dostępna jest szczepionka zawierająca żywe atenuowane wirusy grypy do podawania donosowego (ang. Live Attenuated Influenza Vaccine, LAIV), stosowana u osób bez chorób przewlekłych i niebędących w ciąży w wieku 2-50 lat.

Inaktywowana szczepionka przeciw grypie (z rozczepionym wirionem) do podawania drogą śródskórną, stosowana u dorosłych >18 lat, jest obecnie niedostępna na polskim rynku.

W wybranych krajach (ale nie w Polsce) dostępne są także szczepionki zawierające różne adiuwanty, szczepionki ze zwiększoną dawką antygenów (dla osób w wieku podeszłym) oraz szczepionka uzyskiwana metodą inżynierii genetycznej przeznaczona dla osób dorosłych uczulonych na białko jaja kurzego w stopniu uniemożliwiającym podanie szczepionki inaktywowanej lub żywej.

4.3. Szczególne populacje i okoliczności

4.3.1. Cięża

Ciąża nie stanowi przeciwwskazania do szczepienia przeciw grypie z użyciem inaktywowanych szczepionek (podawanych domięśniowo lub śródskórnio). Wykonywanie szczepień przeciwko grypie sezonowej u kobiet w ciąży (niezależnie od zaawansowania ciąży) przy użyciu szczepionek inaktywowanych (z rozszczepionym wirionem lub podjednostkowych) jest zalecane przez WHO, a także inne gremia eksperckie, np. Radę Europejską, Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), American College of Obstetricians, stosowne zapisy znajdują się także w polskim Programie Szczepień Ochronnych (załącznik numer 2). Wyniki badań naukowych jednoznacznie wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek inaktywowanych przeciw grypie stosowanych u kobiet w ciąży – zarówno dla matki, jak dziecka.

Kobiety w ciąży stanowią populację narażoną na ryzyko poważnych powikłań grypy zagrażających zarówno matce (np. zapalenie płuc, ostra niewydolność oddechowa), jak i płodowi (zwiększone ryzyko porodu przedwczesnego, małej urodzeniowej masy ciała, poronienia, obumarcia płodu, zaburzeń rytmu serca u płodu) (24, 25, 26, 26a).

Dodatkowo, ponieważ szczepienie przeciw grypie nie jest możliwe u niemowląt w wieku poniżej ukończonych 6 miesięcy (co wynika z rejestracji szczepionek inaktywowanych), zaszczepienie kobiety w ciąży zapewnia pewną ochronę za pośrednictwem przeciwciał matczynych przyszłemu noworodkowi oraz powoduje zmniejszenie ryzyka transmisji wirusa u osób z najbliższego otoczenia noworodka i niemowlęcia (strategia kokonowa szczepień) (29-32). Wykazano, że zaszczepienie kobiety ciężarnej zapobiega zachorowaniu na grypę potwierdzoną laboratoryjnie u dziecka oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby z objawami grypopodobnymi u matki. Skuteczność immunologiczna szczepienia przeciw grypie u kobiet w ciąży (tzn. wytwarzanie przeciwciał poszczepiennych) jest podobna jak u kobiet niebędących w ciąży. Udowodniono, że szczepienie przeciw grypie kobiet w ciąży z użyciem szczepionki inaktywowanej nie zwiększa ryzyka poronienia, porodu przedwczesnego, zakończenia ciąży cięciem cesarskim, a także nie zwiększa ryzyka wystąpienia wad rozwojowych u płodu oraz nie wpływa niekorzystnie na rozwój psychomotoryczny dziecka po urodzeniu (26a).

Szczepionkę przeciw grypie u kobiet ciężarnych należy podawać zgodnie z istniejącymi zaleceniami krajowymi.

4.3.2. Dzieci

Sezonowe szczepienia przeciw grypie są uznawane przez WHO i Radę EU za właściwe do stosowania u dzieci w wieku ukończonych 6 miesięcy i starszych, zarówno zdrowych jak i z przewlekłymi schorzeniami (w tym zwłaszcza z chorobami układu oddechowego lub układu krążenia, takimi jak mukowiscydoza, astma oskrzelowa lub wady serca, a także z chorobami metabolicznymi, w tym z cukrzycą). Powikłania grypy występują najczęściej u dzieci w wieku <5 lat. Dzieci chorujące na grypę wymagają wielu konsultacji w trybie ambulatoryjnym, występuje u nich zwiększone ryzyko hospitalizacji, a do najczęstszych powikłań należą: zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc i drgawki gorączkowe. Zaleca się, by dzieci w wieku <8 lat szczepione przeciw grypie po raz pierwszy w życiu otrzymały dwie dawki szczepionki w odstępie co najmniej 4 tygodni. U dzieci, które w poprzednim sezonie epidemicznym nie otrzymały wymaganych dwóch dawek szczepionki przeciw grypie, w pierwszym kolejnym sezonie należy podać wymagane dwie dawki szczepionki przeciw grypie. U dzieci w wieku <36 miesięcy życia podaje się 0,25 ml szczepionki, a u dzieci w wieku >36 miesięcy życia – 0,5 ml szczepionki (37,38, 38a).

Szczepionkę przeciw grypie u dzieci należy podawać zgodnie z krajowymi zaleceniami.

4.3.3. Alergia na białko jaja kurzego (BJK)

Większość szczepionek przeciwko grypie sezonowej jest wytwarzanych z użyciem zarodków kurzych, w wyniku czego mogą one zawierać elementy białka jaja kurzego; stosowanie takich szczepionek jest przeciwwskazane u osób z ciężką nadwrażliwością na BJK (reakcją anafilaktyczną) (34, 35). Zgodnie z zaleceniami ACIP „osoby z alergią na BJK, u których po ekspozycji na jajo kurze występują jedynie reakcje skórne (pokrzywka), mogą otrzymać inaktywowaną szczepionkę przeciw grypie, pod warunkiem, że zostaną zachowane opisane poniżej dodatkowe zasady bezpieczeństwa: 1) szczepionkę powinien podawać personel zaznajomiony z objawami alergii na BJK; 2) po każdym podaniu szczepionki pacjenta należy obserwować co najmniej przez 30 minut; 3) nie zaleca się podawania szczepionki w dawkach podzielonych ani wykonywania testów skórnych ze szczepionką”(35a).

„Wystąpienie ciężkich reakcji systemowych lub anafilaktycznych po ponownej ekspozycji na BJK jest bardziej prawdopodobne u osób, u których w przeszłości po ekspozycji na BJK wystąpiły takie objawy jak: obrzęk naczynioruchowy, objawy ze strony układu oddechowego (duszność), zawroty głowy lub nawracające wymioty, a także u osób, które wymagały podania adrenaliny lub innej pilnej interwencji medycznej, zwłaszcza jeśli objawy wystąpiły w krótkim czasie po ekspozycji (w ciągu kilku minut lub godzin). Przed zaszczepieniem takiej osoby należy skierować do specjalisty w dziedzinie chorób alergicznych w celu oceny ryzyka szczepienia”(35a).

4.3.4. Równoczesne podanie szczepionki przeciw grypie z innymi szczepionkami

Szczepionkę przeciw grypie należy podawać zgodnie z istniejącymi zaleceniami krajowymi oraz z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) (36). Możliwe jest jednoczesne podanie szczepionki przeciw grypie z innymi szczepionkami (w odległe anatomicznie miejsca), zgodnie z ogólnymi zasadami koadministracji szczepionek. W przypadku, gdy dane z wywiadu wskazują na występowanie drgawek gorączkowych można rozważyć oddzielne podanie szczepionek i/lub profilaktyczne podanie leków przeciwgorączkowych.

4.4. Przeciwwskazania do szczepienia przeciw grypie

Przeciwwskazania do szczepienia przeciw grypie obejmują:

- ciężką postać alergii na białko jaja kurzego (w stopniu anafilaksji),
- alergię w stopniu anafilaksji na jakikolwiek znany składnik szczepionki, np. na środek konserwujący, lub ciężki niepożądany odczyn poszczepienny (np. w postaci alergii w stopniu anafilaksji) po poprzedniej dawce szczepionki,
- wiek <6 miesięcy życia,
- obecność objawów ostrej choroby lub zaostrzenie choroby przewlekłej (w takim wypadku szczepienie należy odłożyć na później).

W razie wątpliwości należy postępować zgodnie z krajowymi zaleceniami i z Charakterystyką Produktu Leczniczego (36).

4.5. Skuteczność szczepień przeciw grypie

Po szczepieniu przeciw grypie przeciwciała odpornościowe wytwarzane są po tygodniu, osiągając maksymalne stężenie po 2 tygodniach i utrzymują się w stałym stężeniu przez około 24 tygodnie (37).

Szczepienie na ogół zmniejsza ryzyko zakażenia wirusami grypy o 70–80% u zdrowych dorosłych (30–70% u osób w podeszłym wieku).

Realizacja programu szczepień przeciwko grypie jest efektywna kosztowo, biorąc pod uwagę zmniejszenie wskaźników zachorowalności i śmiertelności z powodu grypy i jej powikłań.

Należy zauważyć, że skuteczność szczepionki przeciwko grypie może się zmieniać w zależności od sezonu i stopnia dopasowania szczepów szczepionkowych do tych krążących w populacji, wykonywanie szczepień w przeszłości może jednak zapewnić potencjalną ochronę krzyżową (2, 10, 37).

4.6. Bezpieczeństwo i tolerancja szczepień przeciw grypie

Szczepionki przeciw grypie sezonowej charakteryzują się dobrze udokumentowanym bezpieczeństwem, co opisywane jest w licznych publikacjach już od ponad 50 lat. Szczepienia przeciw grypie (szczepionką inaktywowaną) należą do najbezpieczniejszych i z ich wykonaniem nie wiążą się żadne istotne zagrożenia zdrowotne (38, 39).

Najczęstszymi niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (NOP) po szczepieniu przeciw grypie wykonywanym domięśniowo lub śródskórnie są odczyny miejscowe w postaci bólu w miejscu iniekcji (objaw obserwowany u 65% osób szczepionych), zaczerwienienia i obrzęku, które utrzymują się 1-2 dni po szczepieniu i mają charakter samoograniczający się, ustępują samoistnie (40).

Reakcje uogólnione (najczęściej jest to gorączka) występują z podobną częstością po domięśniowym lub śródskórnym podaniu szczepionek przeciw grypie lub placebo (41).

Tak jak w przypadku wszystkich szczepionek, pewne składniki szczepionki (np. białko jaja kurzego lub konserwanty) mogą wywołać reakcje alergiczne o różnym nasileniu (świąd, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, reakcja anafilaktyczna) (41, 42).

Opisywano przypadki zespołu Guillaina-Barrégo powiązane czasowo ze szczepieniem przeciw grypie, jednak wieloletnie monitorowanie bezpieczeństwa szczepień przeciw grypie nie potwierdziło istnienia wyraźnego związku skutkowo-przyczynowego pomiędzy wykonanym szczepieniem przeciw grypie a wystąpieniem zespołu (40, 41). Należy podkreślić, że ryzyko wystąpienia zespołu Guillaina-Barrégo po zachorowaniu na grypę jest znacząco wyższe w porównaniu do ryzyka wystąpienia tego zespołu po szczepieniu (43).

Szczepionkę przeciw grypie należy podawać zgodnie z istniejącymi zaleceniami krajowymi oraz z zapisami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) (36).

4.7. Terminy szczepień przeciw grypie

Na półkuli północnej zachorowania na grypę sezonową występują zwykle od października do marca/kwietnia. W większości krajów półkuli północnej szczepienia rozpoczyna się więc wczesną jesienią, jednak dokładne terminy są zależne od zaleceń krajowych i dostępności szczepionek. Jedna dawka szczepionki powinna zapewnić ochronę przed zachorowaniem na grypę już po 2 tygodniach od podania szczepionki. Ochrona ta utrzymuje się przez jeden sezon. Inaczej jest u części dzieci poniżej 8 lat, które wymagają podania dwóch dawek szczepionki w odstępie co najmniej 4 tygodni w celu uzyskania optymalnej ochrony przed zakażeniem. Dotyczy dzieci w wieku <8 lat szczepionych przeciw grypie po raz pierwszy w życiu.

Szczepionkę można i należy oferować nie tylko w miesiącach jesiennych, ale także zimowych, a także wtedy, gdy dane z nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego już sugerują występowanie zachorowań na grypę w populacji.

5

5. Realizacja szczepień przeciw grypie

5.1. Znaczenie zaangażowania lekarzy w promowanie szczepień przeciw grypie

Poziom wiedzy pacjentów na temat znaczenia i korzyści z powtarzanych co sezon szczepień przeciw grypie odbiega od oczekiwanego ideału. Często powtarzane są błędne przekonania i mity na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień przeciw grypie (przedstawione w załączniku nr 5).

Lekarze pierwszego kontaktu mają najwięcej możliwości, aby rekomendować szczepienia przeciw grypie u swoich pacjentów, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami krajowymi, z uwzględnieniem oceny stosunku korzyści do ryzyka u indywidualnych pacjentów i w określonych grupach chorych. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mogą także kompetentnie odpowiadać na pytania zadawane przez pacjentów dotyczące szczepień przeciw grypie.

Zadania lekarza pierwszego kontaktu i jego zespołu w zakresie informowania i promowania szczepień przeciw grypie mogą obejmować:

- wysyłanie pisemnych zawiadomień, materiałów edukacyjnych i informacyjnych dotyczących szczepień przeciw grypie do pacjentów (z podaniem dni i godzin, kiedy wykonywane są szczepienia w danym gabinecie),
- udostępnianie pacjentom materiałów edukacyjnych i informacyjnych na temat szczepień przeciw grypie w gabinetach lekarskich i pielęgniarskich,
- organizowanie i realizację programu szczepień przeciw grypie w swoich praktykach,
- wielokrotne oferowanie i rekomendowanie szczepień przeciw grypie pacjentom (zwłaszcza tym z grup ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy).

5.2. Kwalifikacja pacjentów do szczepienia przeciw grypie

Kwalifikacja pacjentów do szczepienia przeciw grypie obejmuje wywiad i badanie fizykalne, ustalenie medycznych przeciwwskazań czasowych i trwałych do szczepienia przeciw grypie. W przypadku występowania przeciwwskazań czasowych należy poinformować o najwcześniejszym możliwym terminie wykonania szczepienia. W przypadku trwałych przeciwwskazań do szczepienia przeciw grypie należy poinformować pacjenta o możliwości realizacji szczepień u osób z najbliższego otoczenia (rodzina, opiekunowie) w celu zmniejszenia ryzyka transmisji zakażenia (strategia kokonowa szczepień).

Szczepienia przeciw grypie są zalecane u wszystkich pacjentów, którzy chcą uniknąć zachorowania i nie występują u nich przeciwwskazania do szczepienia. Szczepienie przeciwko grypie jest szczególnie zalecane u pacjentów z grup ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy, do których należą:

- osoby w podeszłym wieku,
- osoby z nieprawidłowościami anatomicznymi i czynnościowymi układu oddechowego i płuc (np. z mukowiscydozą, astmą oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc),
- pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, chorobą niedokrwienną serca, po przebytych zawałach mięśnia sercowego,
- pacjenci z chorobami neurologicznymi, takimi jak przebyty udar mózgu, przemijające napady niedokrwienne (TIA), stwardnienie rozsiane, choroby z przebiegające z demencją,
- chorzy na cukrzycę i inne schorzenia metaboliczne,
- pacjenci z przewlekłą chorobą nerek,
- pacjenci z przewlekłą chorobą wątroby, w tym po przeszczepach wątroby,
- pacjenci po przeszczepie szpiku kostnego lub narządu,
- pacjenci z obniżeniem odporności w wyniku choroby lub leczenia,
- pacjenci zakażeni wirusem HIV,

- dzieci i młodzież w wieku od 6 miesięcy do 18 lat, w przypadku długotrwałego stosowania salicylanów,
- pacjenci ze zmniejszoną odpornością na zakażenia, np. z asplenią lub zaburzeniami czynności śledziony, celiakią lub niedokrwistością sierpowatą,
- kobiety w ciąży,
- pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej,
- pacjenci otyli (BMI >40),
- pacjenci z problemami reumatologicznymi,
- pacjenci z nieswoistym zapaleniem jelit.

Pracownicy ochrony zdrowia regularnie mają kontakt zarówno z wirusem grypy, jak i z populacją osób z potencjalnie wysokim ryzykiem ciężkich powikłań (wymienionych powyżej).

W związku z tym duże znaczenie ma promowanie szczepień przeciw grypie wśród pracowników ochrony zdrowia, nie tylko w celu ich ochrony, ale także w celu ograniczenia transmisji wirusów grypy na pacjentów, a przez to zmniejszenia ogólnej liczby zachorowań. Dotyczy to personelu przychodni, domów opieki i pomocy społecznej oraz szpitali i ambulatoriów.

Wskazania kliniczne i epidemiologiczne do szczepień przeciw grypie zawarte w polskim Programie Szczepień Ochronnych zawiera załącznik nr 2.

5.3. Zawiadamianie osób kwalifikujących się do szczepienia

Lekarz pierwszego kontaktu powinien przekazać odpowiednie informacje w skierowanym do nich osobiście piśmie (przykładowy list przedstawiono w załączniku nr 4), a także za pomocą materiałów informacyjnych. Jeśli chodzi o domy opieki, lekarz pierwszego kontaktu powinien nawiązać współpracę z zarządem placówki, aby zorganizować i skoordynować szczepienia dla personelu i podopiecznych.

Należy zauważyć, że osobiste zawiadomienia i wezwania na szczepienia wydają się mieć największy wpływ na zwiększenie stopnia realizacji szczepień. Zawiadomienie to można wysłać listownie, pocztą elektroniczną lub alternatywnie może to być rozmowa telefoniczna lub wiadomość sms – wedle uznania danej placówki medycznej. Pacjentów, którzy nie odpowiedzą lub nie zgłoszą się na zaplanowane wizyty, należy poddać monitorowaniu i obserwacji.

Istotne jest również, że w krajach z obowiązującą polityką refundacji szczepień u osób z grupy wysokiego ryzyka – w Europie jest to bardzo zróżnicowane – stwierdza się na ogół najwyższe wskaźniki wyszczepialności.

5.4. Organizacja szczepień

Dobrze zorganizowany program szczepień, wdrażany przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, obejmujący wymienione poniżej elementy, jak wskazują przykłady z innych krajów, może skutkować podwyższeniem wskaźników stanu zaszczepienia pacjentów przeciw grypie (45).

Elementy realizacji programu szczepień przeciw grypie w poradni POZ powinny obejmować:

- utworzenie rejestru, w którym są wpisywane wszystkie osoby kwalifikujące się do szczepień przeciw grypie,
- poradnia powinna skontaktować się ze wszystkimi osobami kwalifikującymi się do szczepień i zaoferować im podanie szczepionki przeciwko grypie podczas konkretnej umówionej wizyty (zarówno w godzinach porannych, jak i popołudniowych, w różnych dniach tygodnia – w celu zwiększenia dostępności szczepienia),
- poradnia powinna na bieżąco aktualizować rejestry w trakcie całego sezonu grypowego, zwracając szczególną uwagę na uwzględnienie w nim kobiet, które zajądą w trakcie tego sezonu w ciążę,

- poradnia powinna być w stanie przekazać dokładne dane dotyczące liczby pacjentów kwalifikujących się do szczepienia przeciw grypie oraz liczby zaszczepionych pacjentów i pracowników ochrony zdrowia właściwemu organowi ds. zdrowia,
- poradnia powinna zapewnić dostępność wystarczających ilości szczepionki przeciw grypie, uwzględniając jej przeszłe i planowane zużycie, a także wszelkie spodziewane zmiany demograficzne w populacji jej pacjentów,
- poradnia powinna prowadzić obserwację pacjentów, którzy nie odpowiedzą na zawiadomienia lub nie zgłoszą się na zaplanowane wizyty,
- szczepienia przeciw grypie należy rozpocząć w terminach zgodnych z rekomendacjami krajowymi, aby zapewnić jak największą ochronę w odpowiednim czasie,
- poradnia powinna współpracować z położnymi oraz pielęgniarkami środowiskowymi, aby zapewnić zaferowanie szczepienia kobietom w ciąży oraz kobietom, które zajądą w ciąży w trakcie sezonu grypowego (jeśli jest to populacja, w której szczepienie jest zalecane zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami krajowymi), a także rodzinom, w których znajdują się osoby w immunosupresji lub dzieci do 6 miesiąca życia (realizacja strategii kokonowej szczepień),
- poradnia powinna współpracować z zarządem domów opieki i innymi świadczeniodawcami usług długotrwałego pobytu w placówkach opiekuńczo-leczniczych, aby zapewnić oferowanie szczepień mieszkańcom oraz personelowi tych placówek,
- poradnia powinna umożliwić szczepienia pacjentom, którzy nie mogą wychodzić z domu. Niestety w Polsce przepisy ograniczają przeprowadzanie szczepień poza punktem szczepień. Należy wówczas pamiętać o szczepieniach osób z najbliższego otoczenia takich pacjentów (strategia kokonowa szczepień).

5.5. Dokumentacja szczepień przeciw grypie

Obowiązują zalecenia i wymagania krajowe związane z wykonywaniem szczepień ochronnych. Poza rejestrem, w którym są wpisywane wszystkie osoby kwalifikujące się do szczepień przeciw grypie, ważne jest dokumentowanie danych osób, które zostały zaszczepione oraz tych, które odmówiły poddania się szczepieniu. Prowadzenie dokładnej dokumentacji ma podstawowe znaczenie:

- do celów kontrolnych,
- dla oceny wskaźnika realizacji szczepień i trendów jego zmian w czasie,
- dla powiązania rejestrowanych danych z zachorowalnością na grypę,
- aby zapewnić, że osoba już zaszczepiona nie zostanie przez pomyłkę poddana ponownemu szczepieniu,
- dla opracowywania budżetu.

Konieczne jest dokonywanie na bieżąco zmian w wykazie pacjentów kwalifikujących się do szczepienia, w miarę jak nowi pacjenci są rejestrowani w placówce lub istniejący pacjenci przechodzą do grupy wysokiego ryzyka. Za tę aktualizację powinna odpowiadać osoba zajmująca się programem szczepień przeciw grypie, wspierana przez współpracowników będących członkami personelu medycznego.

5.6. Logistyka: przechowywanie szczepionek przeciw grypie

Optymalną temperaturą przechowywania szczepionek przeciwko grypie jest +5°C. Szczepionki te powinny nieprzerwanie znajdować się w lodówce w temperaturze od +2 do +8°C. Przerwanie łańcucha chłodniczego może doprowadzić do zmniejszenia skuteczności produktu, z tego powodu szczepionki są dystrybuowane w warunkach łańcucha chłodniczego i muszą być bezwzględnie umieszczane w lodówce natychmiast po ich otrzymaniu przez placówkę.

Osoba odpowiedzialna za program szczepień powinna w związku z tym zapewnić:

- dostępność personelu placówki w chwili dostawy, aby mógł przenieść szczepionki do lodówki zatwierdzonej jako nadająca się do tego celu,
- dostateczną ilość miejsca w lodówce,
- monitorowanie minimalnej, maksymalnej i rzeczywistej temperatury w lodówce.

W trakcie wkładania szczepionek do lodówki należy uważać, aby nie umieścić ich w pobliżu jej elementów chłodzących, aby nie dopuścić do przypadkowego zamrożenia szczepionek (może to zmniejszyć skuteczność szczepienia: zamrożonych szczepionek nie wolno używać i należy je zniszczyć).

Lodówka powinna mieć obieg powietrza, aby temperatura była stale taka sama na wszystkich poziomach, powinna być wyposażona w termometr cyfrowy, który można odczytywać bez otwierania drzwi i termometr wskazujący temperaturę minimalną i maksymalną. Dodatkowo lodówka powinna być wyposażona w zamek uniemożliwiający jej otwarcie przez osoby niepowołane oraz alarm i/lub mechanizm zapisu temperatury, na wypadek awarii urządzenia.

Strzykawki należy przechowywać w kartoniku, w celu ochrony przed światłem.

Wszystkie szczepionki, które nie zostaną zużyte do końca sezonu, należy zniszczyć. Szczepionek bezwzględnie nie wolno używać po upływie terminu ważności.

5.7. Komunikacja z pacjentami

W celu przekazania odpowiednich informacji osobom z grup ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy, które nie odpowiadają na zawiadomienia i zaproszenia na szczepienia przeciw grypie, przydatne może być skontaktowanie się z nimi telefonicznie, aby lepiej zrozumieć powody niezgłoszenia się na szczepienie i w razie potrzeby wyjaśnić wątpliwości i błędne przekonania oraz przedstawić korzyści ze szczepienia. Rozmowa telefoniczna może zostać zorganizowana i wykonana przez pielęgniarkę.

Prowadzenie wykazu osób, które odmawiają poddania się szczepieniu, może być przydatne dla monitorowania zarówno stanu zdrowia tych osób, jak i występowania nowych zachorowań, może mieć też znaczenie dla przypominania o szczepieniach przeciw grypie i omawiania ich znaczenia w trakcie rutynowych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu.

W załączniku nr 5 przedstawiono częste pytania oraz błędne przekonania wyrażane przez osoby odmawiające wykonania szczepienia przeciw grypie wraz z sugerowanymi wyjaśnieniami.

6. Piśmiennictwo

1. Blank P, Schwenkglenks M, Szucs TD. The impact of European vaccination policies on seasonal influenza vaccination coverage rates in the elderly. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2012;8(3):328-35.
2. Council of the European Communities. Proposal for a Council Recommendation on Seasonal Influenza Vaccination 2009. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/Influenza/docs/seasonflu_rec2009_en.pdf. Dostęp 3 lipca 2015 r.
3. Council of the European Union. State of play on implementation of the Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination (2009/1019/EU). 2014. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/health/vaccination/docs/seasonflu_staffwd2014_en.pdf. Dostęp 3 lipca 2015 r.
4. Kassianos G Willingness of European healthcare workers to undergo vaccination against seasonal influenza: current situation and suggestions for improvement. *Drugs in Context*. 2015;4:212268.
5. Mereckiene JC, S; Nicoll, A; Lopalco; P; Noori, T; Weber, J.T; D'Ancona, F; Lévy-Bruhl, D.; Dematte, L; Giambi, C; Valentiner-Branth, P; Stankiewicz, I; Appelgren, E; O'Flanagan, D; the VENICE project gatekeepers group. Seasonal influenza immunisation in Europe. Overview of recommendations and vaccination coverage for three seasons: pre-pandemic (2008/09), pandemic (2009/10) and post-pandemic (2010/11). *Euro Surveillance*. 2014;19(16):20780.
6. Public Health England. Seasonal flu vaccine uptake (frontline healthcare workers - all trusts) 2013/2014 2014. Dostępny w Internecie: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/274506/SeasonalFlu_UptakeData-HCWs_Dec13_acc.pdf. Dostęp 3 lipca 2015 r.
7. Public Health England. Annual Flu Programme 2014. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.uk/government/collections/annual-flu-programme>. Dostęp 3 lipca 2015 r.
8. Public Health England. Immunisation 2014. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.uk/government/collections/immunisation>. Dostęp 3 lipca 2015 r.
9. Dutch College of General Practitioners. Dostępny w Internecie: <https://www.nhg.org/dutch-college-general-practitioners>. Dostęp 3 lipca 2015 r.
- 9a. * Program Szczepień Ochronnych. www.gis.gov.pl (dostęp 12.02.2016)
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza - basic facts. Dostępny w Internecie: http://ecdc.europa.eu/EN/HEALTHTOPICS/SEASONAL_INFLUENZA/basic_facts/pages/basic_facts.aspx. Dostęp 3 lipca 2015 r.
- 10a.* Nitsch-Osuch A, Brydak L: Influenza vaccinations of health care personnel. *Med Pracy* 2013; 64(1): 119-129.
11. Matsuzaki Y, Katsushima N, Nagai Y, Shoji M, Itagaki T, Sakamoto M i wsp. Clinical features of influenza C virus infection in children. *The Journal of Infectious Diseases*. 2006;193(9):1229-35.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Seasonal influenza (flu) 2013. Dostępny w Internecie: <http://www.cdc.gov/flu/about/qa/disease.htm>. Dostęp 3 lipca 2015 r.
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Revised estimates of deaths associated with seasonal influenza in the US 2010. Dostępny w Internecie: http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvicelayouts/forms/Review_DisForm.aspx?List=a3216f4c-f040-4f51-9f77-a96046dbfd72&ID=394. Dostęp 3 lipca 2015 r.
14. Preaud ED, L; Macabeo, B; Farkas, N; Sloesen, B; Palache, A; Shupo, F; Samson, SI. Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate. *BMC Public Health*. 2014;14:813.
15. Monto AS, Gravenstein S, Elliott M, Colopy M, Schweinle J. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(21):3243-7.
16. Cools HJ, van Essen GA, Dutch Society of Nursing Home S. [Practice guideline 'Influenza prevention in nursing homes and care homes', issued by the Dutch Society of Nursing Home Specialists; division of tasks between nursing home specialist, general practitioner and company doctor]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2005;149(3):119-24.
17. Graffelman AW, le Cessie S, Knuistringh Neven A, Wilemssen FE, Zonderland HM, van den Broek PJ. Can history and exam alone reliably predict pneumonia? *The Journal of Family Practice*. 2007;56(6):465-70.
18. Hopstaken RM, Muris JW, Knottnerus JA, Kester AD, Rinkens PE, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *The British Journal of General Practice*. 2003;53(490):358-64.
19. Call SA, Vollenweider MA, Hornung CA, Simel DL, McKinney WP. Does this patient have influenza? *Journal of the American Medical Association*. 2005;293(8):987-97.
20. Stein J, Louie J, Flanders S, Maselli J, Hacker JK, Drew WL i wsp. Performance characteristics of clinical diagnosis, a clinical decision rule, and a rapid influenza test in the detection of influenza infection in a community sample of adults. *Annals of Emergency Medicine*. 2005;46(5):412-9.
21. van Gageldonk-Lafeber AB, Heijnen ML, Bartelds AI, Peters MF, van der Plas SM, Wilbrink B. A case-control study of acute respiratory tract infection in general practice patients in The Netherlands. *Clinical Infectious Diseases*. 2005;41(4):490-7.

22. WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014-2015 northern hemisphere influenza season 2014. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2014_15_north/ev/. Dostęp 3 lipca 2015 r.
23. Tamma PD, Ault KA, del Rio C, Steinhoff MC, Halsey NA, Omer SB. Safety of influenza vaccination during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009;201(6):547-52.
24. Neuzil KM, Reed GW, Mitchel EF, Simonsen L, Griffin MR. Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women. *American Journal of Epidemiology*. 1998;148(11):1094-102.
25. Pebody RG, McLean E, Zhao H, Cleary P, Bracebridge S, Foster K i wsp. Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 and mortality in the United Kingdom: risk factors for death, April 2009 to March 2010. *European Communicable Disease Bulletin*. 2010;15(20).
26. Pierce M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, Knight M, Ukoss. Perinatal outcomes after maternal 2009/H1N1 infection: national cohort study. *British Medical Journal*. 2011;342:d3214.
- 26a.* Nitsch-Osuch A, Brydak L: Vaccination against influenza in pregnant women - safety and effectiveness. *Gin Pol* 2013; 84: 56-61.
27. Omer SB, Goodman D, Steinhoff MC, Rochat R, Klugman KP, Stoll BJ i wsp. Maternal influenza immunization and reduced likelihood of prematurity and small for gestational age births: a retrospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2011;8(5):e1000441.
28. Luteijn JM, Brown MJ, Dolk H. Influenza and congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2014;29(4):809-23
29. Benowitz I, Esposito DB, Gracey KD, Shapiro ED, Vazquez M. Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants. *Clinical Infectious Diseases*. 2010;51(12):1355-61.
30. Eick AA, Uyeki TM, Klimov A, Hall H, Reid R, Santosham M i wsp. Maternal influenza vaccination and effect on influenza virus infection in young infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2011;165(2):104-11.
31. Poehling KA, Szilagyi PG, Staat MA, Snively BM, Payne DC, Bridges CB i wsp. Impact of maternal immunization on influenza hospitalizations in infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;204(6 Suppl 1):S141-8.
32. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E i wsp. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *The New England journal of Medicine*. 2008;359(15):1555-64.
33. British guideline on the management of asthma (2014). Dostępny w Internecie: http://thorax.bmj.com/content/63/Suppl_4/iv1.full.pdf+html. Dostęp 3 lipca 2015 r.
34. Caubet JC, Wang J. Current understanding of egg allergy. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58(2):427-43, xi.
35. Rona RJ, Keil T, Summers C, Gislason D, Zuidmeer L, Sodergren E i wsp. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(3):638-46.
- 35a. * Zapobieganie zachorowaniom na grypę za pomocą szczepień. Aktualne (2012 zalecenia ACIP. <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytuczne/show.html?id=76050> (data wejścia 15 marca 2016)
36. EMC. S MPC Inactivated Influenza Vaccine (Split Virion) BP2014. Dostęp w Internecie: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/6207>. Dostęp 3 lipca 2015 r.
37. Grohskopf LA, Olsen SJ, Sokolow LZ, Bresee JS, Cox NJ, Broder KR i wsp. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) -- United States, 2014-15 influenza season. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2014;63(32):691-7.
38. France EK, Glanz JM, Xu S, Davis RL, Black SB, Shinefield HR i wsp. Safety of the trivalent inactivated influenza vaccine among children: a population-based study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004;158(11):1031-6.
- 38a.* Nitsch-Osuch A, Wozniak Kosek A, Brydak L: Seasonal influenza in children - the underestimated problem. *Przegl Lek* 2012; 69: 1209-14.
39. Vellozzi C, Burwen DR, Dobardzic A, Ball R, Walton K, Haber P. Safety of trivalent inactivated influenza vaccines in adults: background for pandemic influenza vaccine safety monitoring. *Vaccine*. 2009;27(15):2114-20.
40. Centers for Disease Control and Prevention. Seasonal Influenza Vaccine Safety: a Summary for Clinicians (2014). Dostępny w Internecie: http://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccine_safety.htm. 3 lipca 2015 r.
41. Fiore AE, Uyeki TM, Broder K, Finelli L, Euler GL, Singleton JA i wsp. Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2010;59(RR-8):1-62.
42. Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006;55(RR-15):1-48.
43. Baxter R, Bakshi N, Fireman B, Lewis E, Ray P, Vellozzi C i wsp. Lack of association of Guillain-Barre syndrome with vaccinations. *Clinical Infectious Diseases*. 2013;57(2):197-204.
44. European Centre for Disease Prevention and Control. Multimedia: influenza videos. Dostępny w Internecie: http://ecdc.europa.eu/EN/HEALTHTOPICS/SEASONAL_INFLUENZA/multimedia_tools/pages/multimedia_tools.aspx. Dostęp 3 lipca 2015 r.
45. Dexter LJ, Teare MD, Dexter M, Sirwardena AN, Read RC. Strategies to increase influenza vaccination rates: outcomes of a nationwide cross-sectional survey of UK general practice. *British Medical Journal Open*. 2012;2(3).

* piśmiennictwo dodane do oryginalnego dokumentu

Załącznik nr 1. Członkowie komitetu RAISE

(Raise Awareness of Influenza Strategies in Europe – Zwiększenie wiedzy na temat strategii walki z grypą w Europie)

Przewodniczący:

Dr George KASSIANOS, Wielka Brytania

Członkowie:

Hülya AKAN, Turcja

Evis BAGDADES, Cypr

Patricia BLANK, Szwajcaria

Jean-Marie COHEN, Francja

Oana FALUP PECURARIU, Rumunia

Andrei GALEV, Bułgaria

Isme HUMOLLI, Kosowo

István JANKOVICS, Węgry

Predrag KON, Serbia

Andreas KOSTANTOPOULOS, Grecja

Zuzana KRISTUFKOVA, Słowacja

Ernest KUCHAR, Polska

Jan KYNCL, Czechy

Matti MAIMETS, Estonia

Aukse MICKIENE, Litwa

Aneta NITSCH-OSUCH, Polska

Raül ORTIZ DE LEJARAZU, Hiszpania

Tom SCHABERG, Niemcy

Ted VAN ESSEN, Holandia

Dace ZAVADSKA, Łotwa

Załącznik nr 2. Rekomendacje szczepień przeciw grypie w Polskim Programie Szczepień Ochronnych na rok 2016 (Komunikat GIS z dnia 16.10.2015, www.gis.gov.pl)

Szczepienie przeciw grypie zalecane jest:

I. Ze wskazań klinicznych i indywidualnych:

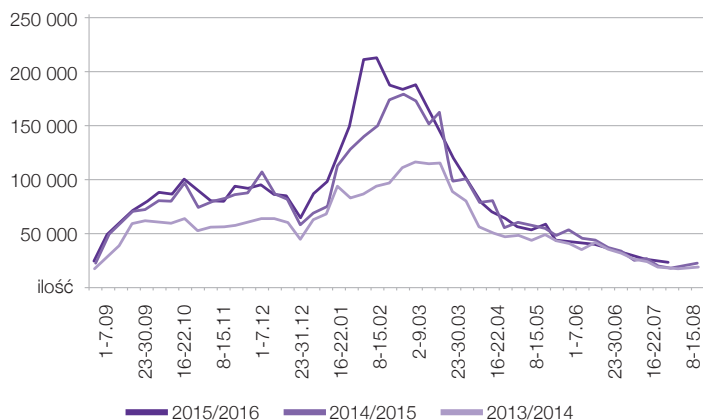
- a. osobom po transplantacji narządów;
- b. **przewlekle chorym dzieciom (od ukończenia 6 miesiąca życia) i dorosłym**, szczególnie chorującym na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową (zwłaszcza po przebytym zawale serca), niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne, w tym cukrzycę, choroby neurologiczne i neurorozwojowe;
- c. **osobom w stanach obniżonej odporności** (w tym pacjentom po przeszczepie tkanek) i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;
- d. **dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6 miesiąca życia** do 18 roku życia, szczególnie zakaźnym wirusem HIV, ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, w tym małopłytkowością idiopatyczną, ostrą białaczką, chłoniakiem, sferocytozą wrodzoną, asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledziony, po splenektomii, z pierwotnymi niedoborami odporności, po leczeniu immunosupresyjnym, po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych, leczonych przewlekle salicylanami;
- e. **dzieciom z wadami wrodzonymi serca** zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym;
- f. **kobietom w ciąży lub planującym ciążę.**

II. Ze wskazań epidemiologicznych – wszystkim osobom od ukończenia 6 miesiąca życia do stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, w szczególności:

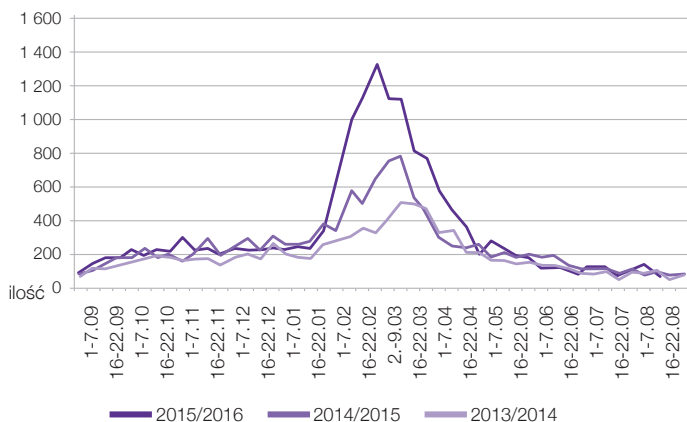
- a. **zdrowym dzieciom w wieku od ukończenia 6 miesiąca życia do 18 roku życia** (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku od ukończenia 6 do 60 miesiąca życia);
- b. **osobom w wieku powyżej 55 lat;**
- c. **osobom mającym bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 6 miesiąca życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekle chorymi** (w ramach realizacji strategii kokonowej szczepień);
- d. **pracownikom ochrony zdrowia (personel medyczny, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz personel administracyjny), szkół, handlu, transportu, funkcjonariuszom publicznym w szczególności: policja, wojsko, straż graniczna, straż pożarna;**
- e. **pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej oraz innych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w szczególności przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, podmiotach świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej, długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego.**

Załącznik nr 3. Grypa – dane epidemiologiczne

Wykres 1. Porównanie dynamiki i sezonowości zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w sezonach 2013/2014 – 2015/2016 (www.pzh.gov.pl)



Wykres 2. Porównanie dynamiki i sezonowości hospitalizacji z powodu grypy lub podejrzeń grypy w sezonach 2013/2014 – 2015/2016 (www.pzh.gov.pl)



Porównanie liczby zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz hospitalizacji z powodu grypy i podejrzeń zachorowań na grypę w 3 ostatnich sezonach (www.pzh.gov.pl)

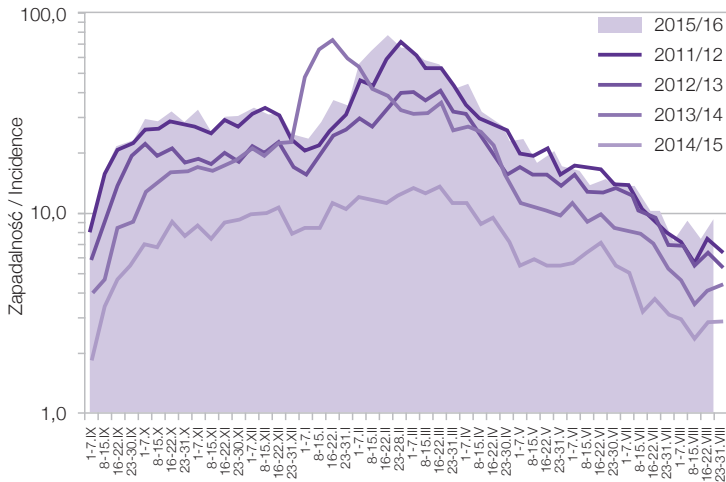
Liczba zgonów z powodu grypy w 3 ostatnich sezonach (www.pzh.gov.pl)

1.09 -15.08	2013/2014	2014/2015	2015/2016
zachorowania	2 724 650	3 732 039	4 009 533
zmiana		37%	7%
hospitalizacje	9 250	12 059	15 973
zmiana		30%	32%

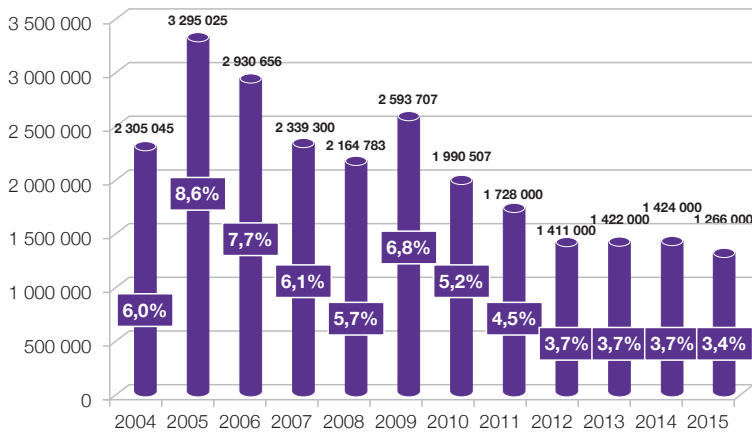
Sezon	Wiek				Suma
	0 do 4	5 do 14	15 do 64	65+	
2013/2014	0	1	6	8	15
2014/2015	0	0	9	2	11
2015/2016	3	2	78	57	140

Zachorowania i podejrzania zachorowań na grype

Średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych meldunków w sezonie 2014/2015 w porównaniu do sezonów 2011/2012 – 2015/2016 (www.pzh.gov.pl)



Szacunkowe liczby dawek szczepionek przeciw grypie sprzedanych na rynku polskim w latach 2004–2015 oraz poziom wyszczepialności przeciw grypie populacji polskiej



Załącznik nr 4. List w sprawie szczepienia przeciw grypie skierowany do pacjentów (przykład).

Szanowna Pani/Szanowny Panie!

Zapraszam Panią/Pana na coroczne szczepienie przeciwko grypie. Dzień i godzina wizyty są podane poniżej.

Coroczne szczepienie przeciwko grypie chroni przed ciężkimi skutkami tej choroby zakaźnej.

Osoby w wieku 60 lat lub starsze oraz osoby w każdym wieku z chorobami krążenia, układu oddechowego, cukrzycą, chorobami nerek, wątroby lub z niską odpornością na zakażenia są narażone na szczególnie wysokie ryzyko ciężkiego przebiegu grypy. Należy Pani/Pan do jednej z tych grup, w związku z czym warto by zaszczepił/a się Pan/Pani przeciw grypie.

Na szczepienie można zgłosić się w następującym terminie pod podanym adresem:

Data:

Godzina:

Miejsce:

► *Czy otrzymał/a Pan/Pani to zaproszenie po raz pierwszy?*

- Szczepienie przeciwko grypie jest przeznaczone dla osób ze zwiększonym ryzykiem ciężkiego przebiegu grypy. Po otrzymaniu szczepionki przeciwko grypie prawdopodobieństwo zachorowania na grypę maleje. W przypadku rozwinięcia się grypy pomimo wykonanego szczepienia choroba ta będzie miała łagodniejszy przebieg.
- Szczepieniu należy się poddawać co roku, najlepiej w okresie od października do grudnia.
- Podanie szczepionki powoduje niekiedy niewielki ból w obrębie ramienia przez jeden dzień, jednak nie będzie on szczególnie dokuczliwy.

Szczepienie przeciwko grypie zostanie wykonane bezpłatnie.

Gdy zgłosi się Pani/Pan na szczepienie, prosimy przynieść ze sobą niniejsze pismo.

Jeśli nie będzie Pani mogła/Pan mógł przyjść na wizytę w wyżej wskazanym terminie, prosimy o kontakt z recepcją placówki, aby wyznaczyć inny termin.

Pani/Pana lekarz pierwszego kontaktu

Załącznik nr 5. Najczęściej zadawane pytania oraz wątpliwości związane ze szczepieniami przeciw grypie wraz z propozycjami ich wyjaśnienia.

Wątpliwości związane ze szczepieniami przeciw grypie

► *„W zeszłym roku zaszczepiłem się przeciw grypie, ale i tak zachorowałem, więc szczepienie w ogóle nie działa” lub „Mój mąż zachorował na grypę zaraz po otrzymaniu szczepionki, więc ja jej nie potrzebuję”.*

Żadna szczepionka nie cechuje się 100% skutecznością, również szczepionka przeciw grypie. Jedną z przyczyn może być słabe dopasowanie szczepów wirusa zawartych w szczepionce do krążących w aktualnych sezonie grypowym. Pewne krążące szczepy wirusa grypy mogą nie być zawarte w szczepionce (zdarza się to jednak rzadko). Szczepionka przeważnie zmniejsza ryzyko zachorowania na grypę o 70–80%. Nawet jeżeli zachoruje Pan/Pani na grypę, dzięki szczepieniu będzie ona miała łagodniejszy przebieg, ponieważ nawet jeżeli szczepy wirusowe zawarte w szczepionce nie są identyczne ze szczepami krążącymi, prawdopodobnie zapewnią pewien stopień ochrony krzyżowej i objawy grypy zostaną częściowo złagodzone.

Szczepionka przeciw grypie chroni wyłącznie przed grypą. Znamy bardzo dużo wirusów, które wywołują zakażenia dróg oddechowych, przypominające grypę, którymi można się zarazić także po szczepieniu i które można pomylić z grypą.

By szczepionka zaczęła w pełni chronić przed zachorowaniem muszą upłynąć nawet 2 tygodnie od jej podania. Osoba szczepiona może być podatna na zachorowanie, jeśli zetknie się z wirusem w okresie zanim rozwinię się odporność poszczepienna. Z tego powodu ważne jest, aby zaszczepić się jak najwcześniej w trakcie danego sezonu grypowego.

Wreszcie, należy powtórzyć, że nie jest możliwe zachorowanie na grypę wywołane szczepieniem przeprowadzone za pomocą szczepionek inaktywowanych czyli zabitych, a tylko takie są dostępne w Polsce.

► *„Nigdy nie choruję, więc nie wydaje mi się, aby szczepienie przeciwko grypie było mi potrzebne”.*

To, że ktoś dotąd nie chorował na grypę nie dowodzi, że tak będzie zawsze. Tak jak z przesłanki, że nigdy nie miał kolizji drogowej nie można wyciągać wniosku, że nigdy do niej nie dojdzie w przyszłości. Ponadto osoby chorujące łagodnie stanowią źródło zakażenia dla swojego otoczenia np. małych dzieci, osób starszych i przewlekle chorych, które mogą chorować ciężko. Nawet osób zdrowych grypa może być poważnym zakażeniem, którego objawy lub powikłania mogą trwać do 2 tygodni lub dłużej. U osób zdrowych, jak i tych ze szczególnie wysokim ryzykiem ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy może doprowadzić do hospitalizacji, również w oddziale intensywnej opieki medycznej, a nawet do zgonu. Nie należy lekceważyć potencjalnego ciężkiego i powikłanego przebiegu grypy. Najczęstsze powikłania grypy u dorosłych to zapalenie płuc, zapalenie zatok obocznych nosa i zaostrzenia chorób przewlekłych.

► *„Zaszczepiłem/am się przeciw grypie w zeszłym roku, więc w tym roku mogę sobie to szczepienie darować”.*

Wirus grypy podlega regularnym zmianom genetycznym (mutacjom), w związku z czym szczepionka podana w poprzednim sezonie grypowym może nie chronić przed szczepami wirusowymi, które będą krążyć w następnym roku. Z tego powodu WHO co roku rekomenduje nowy skład szczepionki. Ponadto ochrona poszczepienna zmniejsza się po około 6 miesiącach.

Często zadawane pytania

► *Kiedy jestem narażony/-a na największe ryzyko związane z zachorowaniem na grypę?*

Sezon grypowy na półkuli północnej trwa najczęściej od października do marca/kwietnia, przy czym najwięcej zachorowań na grypę stwierdza się zazwyczaj w okresie od grudnia do lutego.

Z tego powodu, a także dlatego, że pełna ochrona może się rozwinąć dopiero po około 2 tygodniach od szczepienia, należy się zaszczepić jak najszybciej gdy tylko dostępna będzie szczepionka (musi to być zgodne z obowiązującymi zaleceniami krajowymi).

Jeżeli nie będzie Pan mógł/Pani mogła się zaszczepić w proponowanym terminie, zaleca się poddanie się szczepieniu w dowolnym, dogodnym dla Pana/Pani momencie w trakcie sezonu, ponieważ tak czy inaczej uzyska Pan/Pani ochronę. Nigdy nie jest za późno na szczepienie.

► ***Czy mogę pójść do szkoły lub pracy po kontakcie z osobą, u której niedawno rozpoznano grypę?***

Tak. Jednak jeśli jest Pan/Pani pracownikiem ochrony zdrowia i rozwiną się u Pana/Pani objawy grypopodobne, nie powinien Pan/powinna Pani kontaktować się z osobami z grupy wysokiego ryzyka ciężkich powikłań w razie zakażenia.

► ***Czy każdy potrzebuje szczepienia przeciwko grypie?***

Szczepienie przeciw grypie może przynieść korzyści każdej osobie zaszczepionej.

Jest ono jednak najistotniejsze dla populacji, które są narażone na szczególne ryzyko ciężkich powikłań w razie zakażenia wirusem grypy:

- osoby w podeszłym wieku,
- kobiety w ciąży,
- osoby z chorobami przewlekłymi (dotyczy dzieci w wieku powyżej 6 miesięcy i dorosłych),
- pensjonariusze placówek opiekuńczo-leczniczych,
- dzieci w wieku od 6 miesięcy do 5 lat.

Dodatkowo należy szczepić pracowników ochrony zdrowia i służb socjalnych (ze wskazań epidemiologicznych), a także wszelkie osoby regularnie stykające się z osobami w podeszłym wieku oraz innych grup ryzyka, aby ograniczyć przenoszenie wirusa na te osoby (strategia kokonowa szczepień).

Należy zauważyć, że istnieją pewne różnice zaleceń pomiędzy poszczególnymi krajami, w związku z czym należy przestrzegać obowiązujących zaleceń krajowych.

► ***Czy moje dziecko może być szczepione przeciw grypie?***

Jeśli Pana/Pani dziecko jest w wieku powyżej 6 miesięcy zaleca się jego zaszczepienie przeciw grypie, także wtedy, gdy dziecko nie jest obciążone chorobami przewlekłymi, np. astmą oskrzelową, mukowiscydozą, wadami serca, schorzeniami neurologicznymi. Należy w tej kwestii przestrzegać obowiązujących zaleceń krajowych.

► ***Przez jak długi okres szczepionka ochroni mnie przed zachorowaniem na grypę?***

Szczepienie zapewni ochronę w trakcie całego sezonu grypowego, od około 2 tygodni po jego wykonaniu.

► ***Czy mogę otrzymać szczepionkę przeciwko grypie w trakcie leczenia antybiotykami?***

Tak, o ile tylko nie ma Pana/Pani gorączki (w takim wypadku ze szczepieniem przeciw grypie należy poczekać do ustąpienia gorączki).

► ***Po jak długim czasie od podania szczepionka przeciw grypie zaczyna działać?***

Po około 2 tygodniach od szczepienia.

► ***Jeśli wykonano u mnie szczepienie przeciw grypie w zeszłym roku, czy teraz znowu go potrzebuję?***

Tak, nowe szczepienie jest konieczne w każdym sezonie. Wirusy krążące mogą mutować, w związku z czym szczepionka jednego sezonu może nie chronić przed wirusami, które mogą krążyć w środowisku w kolejnym sezonie. Ponadto ochrona poszczepienna zmniejsza się z czasem.

► ***Czy szczepionka przeciw grypie może wywołać grypę?***

Nie. Ponieważ szczepionka zawiera inaktywowane, zabite wirusy, szczepienie przeciw grypie nie może wywołać grypy.

Po podaniu szczepionki mogą wystąpić działania niepożądane, takie jak niewielkie podwyższenie temperatury ciała, bóle mięśniowe lub bolesność w miejscu wstrzyknięcia przez kilka dni. Inne reakcje występują rzadko. W każdym sezonie podawanych jest wiele milionów dawek szczepionki przeciwko grypie, w związku z czym nasza wiedza na temat zagrożeń i korzyści związanych ze szczepieniem przeciw grypie jest bardzo obszerna i uspokajająca – wszelkie działania niepożądane są przejściowe i bardzo łagodne w porównaniu z samą gripą.

► ***Kiedy jest najlepszy moment, aby zaszczepić się przeciwko grypie?***

Najlepiej jest się zaszczepić, gdy tylko szczepionka będzie dostępna w aptekach lub w poradniach (zazwyczaj najpóźniej w październiku na półkuli północnej). Jeśli będzie Pan/Pani czekać ze szczepieniem do zimy, zwiększy Pan/Pani prawdopodobieństwo zakażenia.

Nawet jeżeli zachoruje Pan/Pani na gripę w danym sezonie, tak czy inaczej uzyska Pan/Pani korzyści ze szczepienia, ponieważ może ono zapewnić Panu/Pani ochronę przed powikłaniami pogrypowymi i przed zakażeniem innymi szczepami wirusa. Innymi słowy, jeżeli w danym sezonie grypowym krąży kilka wirusów to można kilka razy zachorować na gripę. Szczepienie może ograniczyć zachorowania.

► ***Czy istnieją takie osoby, które nie mogą być szczepione przeciwko grypie?***

Tak. Dzieci w wieku poniżej 6 miesięcy są zbyt małe, aby otrzymać szczepionkę przeciw grypie, a wszystkie osoby, u których występuje znana alergia na składniki szczepionki (o bardzo znacznym i zagrażającym życiu nasileniu), mogą nie kwalifikować się do szczepienia. Jeżeli objawy alergii są łagodne, może istnieć możliwość otrzymania szczepionki – w takim wypadku należy zasięgnąć indywidualnej porady lekarza pierwszego kontaktu.

► ***Dlaczego zaleca się szczepienie pracowników ochrony zdrowia?***

Zaleca się szczepienie zdrowych pracowników ochrony zdrowia, którzy mogą nie być narażeni na szczególne ryzyko ciężkich powikłań w razie wystąpienia u nich zakażenia, jednak regularnie mają styczność chorymi na gripę (w wyniku czego może się zarazić pracownik medyczny) oraz pacjentami podatnymi na zachorowania na gripę (nawet bezobjawowo zakażony pracownik ochrony zdrowia może przenieść wirusa grypy na pacjentów). W związku z tym pracowników ochrony zdrowia należy szczepić przeciwko grypie, aby ograniczyć do minimum ryzyko transmisji zakażenia na bardziej podatnych pacjentów będących pod ich opieką.

Szczepienie pracowników zapewni również bezpośrednią ochronę szczepionym osobom, dzięki czemu unika się zachorowań w okresie epidemii grypy, gdy służby medyczne są bardziej obciążone pracą.

► ***Czy mogę otrzymać szczepionkę przeciwko grypie, jeśli aktualnie karmię piersią?***

Tak. Szczepienie nie jest przeciwwskazane u kobiet karmiących piersią i może nawet przynieść korzyści niemowlęciu w wieku poniżej 6 miesięcy, czyli zbyt młodemu, aby mogło zostać zaszczepione.

► ***Czy można otrzymać szczepionkę przeciwko grypie w jakimkolwiek momencie w trakcie ciąży?***

Tak. Brak przeciwwskazań do szczepienia kobiet w ciąży z użyciem szczepionki inaktywowanej (zabitej). W wielu krajach uważa się, że ciąża wiąże się ze znacznym ryzykiem powikłań pogrypowych, w związku z czym zaleca się szczepienie w celu ochrony zarówno matki, jak i płodu/dziecka. Szczepionkę można bezpiecznie podawać w dowolnym momencie w trakcie ciąży, a najlepiej w II lub III trymestrze.

Wydanie finansowane w ramach realizacji
Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy



Więcej na stronie:
www.opzg.pl