

Rozmowa z **prof. Ernestem Kucharem**, kierownikiem Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Szczepienie to bezpieczeństwo

Jak powinna zostać zorganizowana akcja szczepień przeciwko COVID-19 w Polsce?

Trzeba jasno powiedzieć, że najważniejszą rzeczą, która decyduje o sukcesie tej akcji, jest liczba zaszczepionych w krótkim czasie, bo jeżeli szczepienia będą szły opornie, to będą znacznie więcej kosztowały nasze społeczeństwo. Co to znaczy? Koszty będą w zdrowiu, dlatego że codziennie w Polsce kilkaset osób umiera zupełnie niepotrzebnie – z powodu nowego koronawirusa. A ilu chorych umiera pośrednio z jego powodu, dlatego że system opieki zdrowotnej jest wyczerpany, nie umiemy tego określić. Jakie będą następstwa tego, że dostęp do lekarzy jest utrudniony? A jest utrudniony, jasno to powiedzmy. Tego też nikt nie oceni, a to również są koszty, które płacimy za koronawirusa. Dlatego najważniejszą sprawą jest, aby system był wydolny. Co ja przez to rozumiem? Żeby nie było wąskich gardeł, żeby

Rezygnacja ze szczepień oznacza narażenie się na zakażenie. Jeżeli ktoś myśli, że zachoruje sąsiad, a on pozostanie zdrowy, to jest w wielkim błędzie

nie było słabych ogniów, które go zablokują. Szczepienia można porównać do zegarka, do skomplikowanego mechanizmu, który łatwo zepsuć, ale bardzo trudno naprawić. Zaczniemy od samej organizacji szczepień. Przede wszystkim szczepionka jest bardzo wrażliwa na przechowywanie. Po rozmrożeniu z -70 , -80°C , gdy przyjdzie do nas kurierem z fabryki w Belgii na suchym lodzie, musi być użyta w ciągu 5 dni, bo tyle czasu możemy ją przechowywać w zwykłej lodówce w temperaturze $2-8^{\circ}\text{C}$. Co to oznacza? Jeżeli przesyłkę otrzymamy w poniedziałek, to w piątek po południu trzeba będzie wyrzucić wszystkie niezużyte szczepionki. Nie jest możliwe, aby zgłaszalność była stuprocentowa, bo to się nie zdarza – nigdy tak nie było. W związku z tym myślę, że należy trochę uelastyczyć priorytety, czyli np. w piątek należałoby szczepić te osoby, które po prostu byłyby chętne. Inaczej musielibyśmy wyrzucić szczepionkę, upierając się przy grupach priorytetowych. Szczepionka jest w opakowaniach 5-dawkowych, które teraz dzielimy na 6 dawek. A co zrobić, jeśli zostanie nam trochę w opakowaniu? Wyrzucić? To są problemy, które może wydają się nieistotne, ale ta szczepionka jest kosztowna. Rząd



poinformował, że na szczepienia przeciw COVID-19 przeznaczył ponad 2 mld zł, czyli sumę nieporównywalną z normalnymi szczepieniami, na które się wydaje co najwyżej kilkadziesiąt milionów. To są nasze pieniądze i powinniśmy o nie wspólnie zadbać. Równie ważne jest to, aby ludzie przychodzili na szczepienia. Dezinformacja, która w tej chwili się szerzy, jest po prostu przerażająca.

Dlaczego ludzie boją się szczepień?

To zrozumiałe, że nowe, nieznanne, zawsze budzi lęk. Odruchową, instynktowną reakcją, której korzenie tkwią jeszcze w czasach plemiennych, żeby nie cofnąć się do etapów wcześniejszych, jest to, że jeśli czegoś nie znamy, to się tego boimy. I tutaj ogromne znaczenie ma edukacja, żeby ludzie rozumieli, że szczepionki działają, używając tych samych mechanizmów odporności przeciwzakaźnej co wirusy, ale zawsze będą korzystniejsze niż zakażenie. Dlaczego? Powiem krótko: wirus ma całe RNA, jest żywy, mnoży się i może go być bardzo dużo. W przypadku szczepionki mamy to wszystko pod kontrolą, dlatego że pacjent otrzymuje kawałek RNA, konkretnie mRNA kodujące glikoproteinę S, czyli to białko, które umożliwia wirusowi wniknięcie do komórek za pomocą receptora AC-2. Poza tym podajemy jego ściśle określoną ilość w wybranym przez nas czasie. Jak porównać bezpieczeństwo tych dwóch sytuacji? One są zupełnie nieporównywalne, a ludzie mimo to wolą ryzykować zakażenie. Bo proszę zrozumieć, że rezygnacja ze szczepień oznacza automatycznie

narażenie się na zakażenie. Jeżeli ktoś myśli, że zachoruje sąsiad, a on pozostanie zdrowy, to jest w wielkim błędzie, dlatego że nowy koronawirus jest wyjątkowo złośliwym drobnoustrojem. Co ja przez to rozumiem? Większość zakażeń ma miejsce od osób zdrowych, które są zakażone, ale nie mają objawów albo są jeszcze w okresie wylegania choroby, czyli są klinicznie zdrowe. Takie osoby same nie podejrzewają u siebie zakażenia ani nikt z ich otoczenia tego nie podejrzewa. To właśnie sprawiło, że nie udało się opanować ogniska zakażenia w Chinach, w Wuhan, tylko rozniosło się ono na cały świat mimo podjętych środków ostrożności. Zawsze w porównaniu z zakażeniem szczepienie jest bezpieczniejsze i to nie dwa razy, trzy razy, ale tysiące razy bezpieczniejsze. Przypomnę najważniejsze wskaźniki: śmiertelność koronawirusa wynosi w Polsce ok. 2%; wśród chorych, którzy trafiają do szpitala, oscyluje wokół 10%; wśród osób, które trafiają na oddział intensywnej terapii, przekracza 50%, czyli jedynie mniejszość przeżywa. Mówiąc brutalnie – jeżeli ktoś wie, że jest w odpowiednim wieku, ma liczne choroby przewlekłe i do tego jeszcze jest otyły, to właściwie już może zarezerwować miejsce na oddziale intensywnej terapii. I śmiertelność wynosząca 50% jest dla niego ryzykiem całkiem realnym. Tymczasem wskutek szczepienia nikt jeszcze nie umarł.

Jednak zdarzają się działania niepożądane.

Nie dajmy się zwariować, ból ręki można znieść. Najgorsze, co się może zdarzyć, to wstrząs anafi-

laktyczny, który rzeczywiście jest bardzo groźną reakcją, ale występuje bardzo rzadko, z częstością od raz na milion do raz na 100 tys. To jest ryzyko mniejsze niż związane z jazdą samochodem, bo przypominę, że w Polsce ponad 3 tys. osób rocznie ginie w wypadkach drogowych, czyli ryzyko wynosi jeden na kilkanaście tysięcy rocznie. A w przypadku szczepionki mamy ryzyko jeden na 100 tys. do miliona. I wstrząs pod warunkiem właściwego postępowania jest całkowicie odwracalny, można go opanować przy użyciu odpowiednich leków, a każdy punkt szczepień będzie wyposażony w zestaw przeciwwstrząsowy.

Z czego wynikają problemy z przekonaniem ludzi do szczepień?
 Myślę, że zamiast racjonalnie ocenić ryzyko, kierujemy się emocjami – bo ktoś powiedział, bo ktoś napisał, lepiej nie, lepiej poczekać. Tylko pamiętajmy, że to nie jest racjonalna decyzja, tylko instynktowne zachowanie. Już czas, aby rozsądek zwyciężył, bo sprawa jest zbyt ważna, aby kierować się tylko instynktem. Chodzi o decyzję, która ma wpływ na życie nasze i naszej rodziny. Część z nas jest żywicielami, część opiekuje się dziećmi, starszymi rodzicami. To jest decyzja, która dotyczy całych rodzin i może zmienić ich przyszłość. Warto o tym pamiętać.

Czy organizacyjnie jesteście dobrze przygotowani do szczepień?

Trzeba sprawnie przeprowadzać te procedury, nie wolno stwarzać niepotrzebnych barier. W szpitalu, w którym pracuję, chcemy, aby ekipa była na miejscu i zespół w postaci lekarza i pielęgniarki udał się na każdy oddział. Chodzi o to, żeby po prostu nie przeszkadzać w pracy i żeby nie trwało to godzinami.

Gdybyśmy zorganizowali szczepienia w przychodni, to wyglądałoby to pewnie w ten sposób, że byłaby kolejka i część osób nie skorzystałaby ze szczepienia, dlatego że nie może sobie pozwolić, aby stracić dwie godziny pracy. Druga sprawa – kto może szczepić? W Polsce zgodnie z obowiązującymi przepisami kwalifikować do szczepień mogą lekarze. Jeżeli jednak szczepimy masowo, jak np. przeciwko grypie czy koronawirusowi, to należy rozważyć, co jest ważniejsze – czy mamy utrudniać procedury tylko po to, aby w niewielkim stopniu zwiększyć bezpieczeństwo? Szczerze mówiąc, kwalifikacja do szczepienia opiera się na dobrze zebranych wywiadzie, ideałem

byłoby, gdyby ten wywiad został usystematyzowany w postaci np. formularza wypełnianego w Internecie.

Nie bądźmy psem ogrodnika. Obawiam się, że marnotrawstwo szczepionki i tak może sięgać kilkunastu procent

A badanie lekarskie?

Badanie lekarskie zazwyczaj niewiele wnosi, dlatego że głównym zagrożeniem jest wstrząs albo przyjmowanie leków immunosupresyjnych. Tych informacji nie uzyskamy, patrząc komuś w gardło czy przykładając słuchawkę do klatki piersiowej. To jest niezmiernie mało prawdopodobne, żeby ktoś z zapaleniem płuc nie miał żadnych objawów, gorączki i czuł się dobrze. Jaka jest szansa, że u osoby, która czuje się dobrze, nie ma kaszlu ani gorączki, wykryjemy słuchawką zapalenie płuc? To przecież absurdalne. Wymóg badania fizykalnego przed szczepieniem sprawi, że szczepienia będą dłużej trwały i pojawi się wąskie gardło w postaci lekarzy, którzy muszą kwalifikować. Jeżeli kwalifikacja opierałaby się na dobrym samopoczuciu pacjenta – nikt nie wie lepiej od niego, czy się dobrze czuje – oraz na szczegółowym celowanym wywiadzie, to szczepienie sprowadzałoby się do prostej iniekcji podskórnej czy domięśniowej. To jest tak banalny zabieg, że uczy się go na pierwszym roku studiów medycznych, w czasie praktyki pielęgniarskiej. W takiej sytuacji okazałoby się, że osób, które mogą kwalifikować, jest znacznie więcej – lekarze i przeszkolone pielęgniarki. Przecież obecnie większość pielęgniarek to magistry pielęgniarstwa, a przypominę, że tytuł magistra jest odpowiednikiem tytułu zawodowego lekarza, więc nie widzę tutaj problemu. Osobiście zastanawiałbym się nad włączeniem ratowników medycznych, którzy również ratują życie i wykonanie wstrzyknięcia nie jest dla nich niczym nowym. Na Zachodzie szczepienia przeciwko grypie wykonują farmaceuci, oczywiście nie wszyscy, gdyż nie każdy ma warunki, ale jesteśmy w sytuacji, gdy codziennie umiera kilkaset osób,

a my się upieramy, aby szczepienia były prowadzone w taki sposób jak szczepienia planowe. To nie jest standardowa sytuacja, masowe szczepienia wymagają specjalnego podejścia, bo inaczej będą trwały pięć lat, a chyba nie o to nam chodzi.

Kto powinien być zaszczepiony w pierwszej kolejności? Jeżeli chodzi o priorytetyzację, czyli ustalenie kolejności szczepień, to nie mam zastrzeżeń. W pierwszej kolejności należy szczepić dwie grupy. Pierwsza to osoby najbardziej narażone ze względów zdrowotnych, osobniczych, np. osoby starsze z wieloma chorobami towarzyszącymi. Wiadomo, że wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka zgonu i ciężkiego przebiegu COVID-19. Druga to osoby najbardziej narażone epidemicznie, czyli te, które mają kontakt z chorymi – pracownicy ochrony zdrowia. Proszę zwrócić uwagę, że do większości zakażeń w tej grupie nie dochodzi bynajmniej od chorych, ale od siebie nawzajem – w szatniach i pokojach socjalnych. Właśnie tam najczęściej zakażano się od osób niemających objawów. Taka jest brutalna prawda, dlatego zaszczepienie pracowników ochrony zdrowia w pierwszej kolejności jest jak najbardziej sensowne. Słusznie wybrano osoby z DPS-ów, gdyż tam zagrożenie jest podwójne. Z jednej strony z powodu czynników osobniczych, w tym wieku, a z drugiej strony osoby te przebywają razem. Wiadomo, że są to grupy priorytetowe. Apelowaliby jednak, np. w sytuacji, gdy pod koniec dnia szczepień zgłasza się osoba, która nie należy do grupy ryzyka, ale chce być zaszczepiona, by jej nie odmawiać. Ja na pewno nie odmówiłbym, jeśli miałbym do wyboru utylizację szczepionki lub podanie jej komuś, komu jeszcze szczepienie się nie należy. Rozumiem, że to jest potencjalne źródło nadużyć, bo wyobrażam sobie zarzuty, że ktoś młody i zdrowy, kto akurat potrzebuje szczepienia do wyjazdu za granicę, będzie się starał zaszczepić szybciej. No i bardzo dobrze! Nie bądźmy psem ogrodnika. Obawiam się, że marnotrawstwo szczepionki i tak może sięgać kilkunastu procent z racji trudnych warunków jej przechowywania.

Czy istnieje możliwość długoterminowych efektów ubocznych szczepienia, o których dziś nie wiemy?

Powiem tak: jest to niezmiernie mało prawdopodobne, ale wróć do porównania ryzyka. Ryzyko można ocenić, porównując je z innym ryzykiem. Proszę sobie wyobrazić z jednej strony zakażenie dzikim koronawirusem, który naturalnie się rozmnaża i zawiera cały materiał genetyczny, w tym pięć białek strukturalnych, a z drugiej podanie szczepion-

ki z mRNA kodującym tylko białko S. Nie trzeba mieć wyższych studiów, żeby stwierdzić, że podanie czegoś zabitego, mówiąc kolokwialnie, jest sto razy albo tysiąc razy bezpieczniejsze niż podanie czegoś żywego. Mówienie o długoterminowych skutkach jest bardzo sprytnym zagranem ze strony tych, którzy się szczepienia boją albo są antyszczepionkowcami. Nie ma mechanizmów, które by tłumaczyły wystąpienie działań niepożądanych po długim okresie. Wiemy, że mRNA, który – przypomnę – jest naturalnym składnikiem wszystkich komórek, rozpada się w ciągu kilku minut po zakodowaniu białka. No to w jaki sposób ma działać szkodliwie po kilku latach? Jaki mechanizm miałby to tłumaczyć? Poza tym takie pytanie można zadać w odniesieniu do wszystkiego. Kto wie, jakie będą następstwa po 30 latach dzisiejszego kataru? Kto wie, próbując nowy pokarm, czy nie będzie następstw po 30 latach? Następstwa szczepień są bardzo poważne. Jakie? Przeludnienie, w tej chwili na świecie jest bardzo dużo ludzi i żyją bardzo długo. I to jest długoterminowe następstwo szczepień.

Czy szczepionka przeciw SARS-CoV-2 jest zalecana i bezpieczna dla kobiet w ciąży?

Kobiety w ciąży są grupą szczególną, bo mówimy o dwóch organizmach. Nigdy nie zaczyna się badań klinicznych od kobiet w ciąży, chyba że chodzi o lek przeznaczony właśnie dla nich. Na razie szczepionkę zbadano na dorosłych w wieku 16–85 lat, wśród których nie było kobiet ciężarnych, dlatego że one nie należą do grupy największego ryzyka zachorowania. W ciążę nie zachodzi się w wieku 70 lat, więc są to zazwyczaj młode kobiety, a wiemy, że młodzi chorują znacznie łagodniej niż osoby starsze. Nie ma też istotnych informacji, że wirus ma działanie teratogenne. To znaczy, że kobiety ciężarne mogą spokojnie pozostawać w domach, zachowując środki ostrożności, a zaszczepić należy ich domowników. To powinno wystarczyć.

Czy obowiązkowemu szczepieniu będą podlegać noworodki?

Nie wychodziłbym tak naprzód, wszystko zależy od sytuacji epidemiologicznej. Jeżeli uda nam się zlikwidować zakażenie koronawirusem w ciągu najbliższego roku czy dwóch, to jest szansa. Przypomnę, że pandemia grypy hiszpanki, która zabiła 50 mln, a może 100 mln ludzi, czyli znacznie więcej niż koronawirus, pojawiła się w 1918 r., kiedy jeszcze medycyna była na znacznie niższym poziomie niż dziś, a zakończyła się sama po 500 dniach. Po prostu

ludzie nabrali odporności i choroba wygasła. Podobnie może zakończyć się pandemia COVID-19. Jest możliwe, że potrwa dłużej, dlatego że my trochę przeszkadzamy SARS-CoV-2 w zapewnieniu nam odporności w sposób naturalny. Jeżeli zniknie zagrożenie, nie ma sensu mówić o szczepieniach noworodków. To po prostu nie jest czas na to pytanie. Na razie zastanówmy się, kogo szczepić z osób dorosłych, bo dostaniemy obecnie milion dawek szczepionki, a to nie wystarczy nawet dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Zostawmy noworodki w spokoju. Poza tym należy przypuszczać, że zaszczepienie ciężarnych będzie w pewnym stopniu chroniło noworodki. Nie ma takich danych, ale tak jest w przypadku krztuśca i grypy, więc podobnie może być w przypadku koronawirusa.

Jak długo utrzymuje się odporność poszczepienna?

Jeszcze tego nie wiemy, ale po pół roku badań odporność mierzona mianem swoistych przeciwciał obniżyła się bardzo nieznacznie. To pozwala nam sądzić, że odporność utrzyma się co najmniej przez kilka lat, może 4–5 lat. Oczywiście mówię w trybie przypuszczającym. Jeżeli dojdzie do znacznej mutacji wirusa i nowy mutant będzie odporny na te przeciwciała, które zawiera szczepionka, to będzie trzeba się doszczepiać. Jasno powiedzmy: wszystkiego nie wiemy, ale wiemy, że tylko w Polsce umiera kilkaset osób dziennie i kierowanie się przesadną ostrożnością jest w tym momencie brakiem rozsądku.

Czy przechorowanie COVID-19 stanowi przeciwwskazanie do szczepienia?

Absolutnie nie. Osobę, która przechorowała różyczkę czy odrę, mo-

żemy zaszczepić bez jakichkolwiek skutków ubocznych. Szczepienie w tym przypadku jest niejako ponownym kontaktem z drobnoustrojem odpowiedzialnym za chorobę, a przecież po to szczepimy, aby osoby zaszczepione nie chorowały po kontakcie. Szczepienie jest przeprowadzane w warunkach kontrolowanych, wystandaryzowanych, mamy określoną dawkę antygeny, natomiast w przypadku naturalnego zakażenia mamy wiele czynników zakłócających, nie wiemy,

jaką dawką wirusa ktoś się zakażył, w związku z tym odporność wygląda różnie. Ci pacjenci, którzy chorowali ciężiej, mają większą liczbę przeciwciał, a ci, którzy chorowali lżej – mniejszą. Jak to się przekłada na odporność długoterminową? Po prostu nie wiemy. Wiemy za to, że

zaszczepienie tych osób zwiększy odporność oraz w żaden sposób jej nie upośledzi. Na szczepieniu można zatem tylko skorzystać, a nie ma mechanizmu, w którym mogłoby nam ono zaszkodzić.

Jaką rolę będzie pełnił lekarz POZ w akcji szczepień?

Funkcja lekarzy POZ jak zawsze jest kluczowa, dlatego że od ich postawy zależy, czy szczepienia się uda. I nie chodzi tylko o to, czy sami się zaangażują, ale też jaką informację przekażą swoim pacjentom. Pacjenci lekarzy POZ są im wierni i cenią ich jako źródło informacji. Lekarz POZ powinien z jednej strony dać przykład, szczepiąc się samemu, a z drugiej strony powinien propagować wiedzę. Chciałbym, aby lekarze pierwszego kontaktu zdali sobie sprawę, że w sytuacji nadzwyczajnej, jaką jest pandemia, warto część swoich zadań przydzielić innym. Jeżeli lekarz przez najbliższe trzy lata sam ma szczepić, to dzieląc się tą funkcją z pielęgniarką, żeby przyspieszyć proces, dokonuje dobrego wyboru. Chciałbym, żeby lekarze pierwszego kontaktu zrezygnowali ze złudzenia kontroli. Ja mam podobne uczucie – zawsze uważamy, że zrobimy coś lepiej. To jest prawda, ale czasami znaczenie ma też czas i obecnie mamy do czynienia właśnie z taką sytuacją. Dlatego chciałbym, aby lekarze rodzinni, którzy są kluczowym elementem tego procesu, pomogli, a nie utrudniali go, nawet w dobrych intencjach. Przykładem takiego utrudnienia jest to, że każde szczepienie musi być poprzedzone badaniem fizykalnym. Z całym szacunkiem, jako osoba, która szczepi od 30 lat, powiem, że badanie fizykalne młodego pacjenta, który uważa, że jest zdrowy, i dobrze się czuje, nic konkretnego nie wnosi, czego nie dałoby się ustalić wywiadem.

Rozmawiała Justyna Daniliszyn

Następstwa szczepień są poważne – przeludnienie. Na świecie jest bardzo dużo ludzi i żyją bardzo długo. To jest długoterminowe następstwo szczepień