

KAMPANIA
EDUKACYJNA

Raport:
**OBNIŻONA
ODPORNOŚĆ
IMMUNOLOGICZNA**

zwiększenie świadomości pacjentów
z chorobami nowotworowymi

OPRACOWAŁA: lek. Marta Masternak

KONSULTACJA MERYTORYCZNA:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

Zakład Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel

Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach

prof. dr hab. n. med. Ewa Lech - Marańda

Klinika Hematologii, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz

Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

prof. dr hab. n. med. Tomasz Wróbel

Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

organizatorzy:

Spis treści:

Wstęp	5
Metodyka i charakterystyka badanej populacji	7
Zakażenia	10
Profilaktyka zakażeń	12
Szczepienia	14
Podsumowanie	18

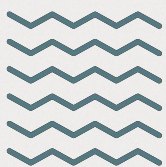
Wstęp

Pacjenci z chorobami nowotworowymi to grupa osób o istotnie obniżonej odporności i zwiększonym ryzyku częstego występowania i ciężkiego przebiegu infekcji. Upośledzenie układu immunologicznego może wynikać zarówno z choroby nowotworowej, jak i stosowanego leczenia.

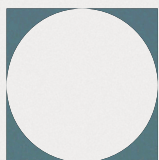
Wśród czynników istotnie wpływających na układ odpornościowych znajdują się:



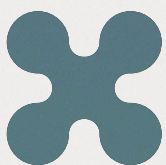
chemioterapia jest jednym z najczęstszych sposobów leczenia nowotworów; chemioterapia systemowa niszczy nieprawidłowe komórki nowotworowe w organizmie, ale może uszkadzać również zdrowe tkanki, w tym komórki układu odpornościowego, dlatego okres leczenia to czas szczególnej wrażliwości na zakażenia;



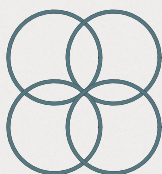
radioterapia jest kolejną powszechną metodą leczenia nowotworów, promieniowanie może wpływać na komórki odpornościowe w okolicy, gdzie jest stosowane;



leczenie immunosupresyjne niektóre leki celowo powodują osłabienie reakcji układu odpornościowego, czyli immunosupresję; takie leczenie jest stosowane zwłaszcza u pacjentów, którzy przeszli procedurę przeszczepienia szpiku kostnego lub narządu i ma na celu zapobieganie odrzutowi przeszczepu, ale równocześnie powoduje szczególne narażenie na choroby zakaźne;



zaawansowane stadium choroby w zaawansowanej postaci choroby może dojść do osłabienia układu odpornościowego w wielu mechanizmach, na przykład nacieki nowotworowe mogą uszkadzać tkanki i narządy, w tym szpik kostny i narządy limfatyczne;



choroby nowotworowe układu krwiotwórczego pacjenci z takimi chorobami, jak białaczki, chłoniaki czy szpiczaki plazmocytowy, mają często obniżoną odporność wynikającą z przebiegu uogólnionej choroby wpływającej na układ krwiotwórczy.

Pacjenci z obniżoną odpornością są bardziej podatni na infekcje, wpływa to zarówno na częstsze ich występowanie, jak również cięższy przebieg w porównaniu do osób z prawidłowo działającym układem immunologicznym. Dlatego ważne jest, aby ci pacjenci byli pod szczególną opieką lekarza i przestrzegali środków ostrożności, takich jak unikanie kontaktu z osobami chorymi czy odpowiednia higiena osobista, aby zmniejszyć

ryzyko infekcji. Dodatkowo ważna jest świadomość istnienia farmakologicznych sposobów zabezpieczania chorych przed infekcją, czyli profilaktyka, szczepienia lub bierna immunizacja.

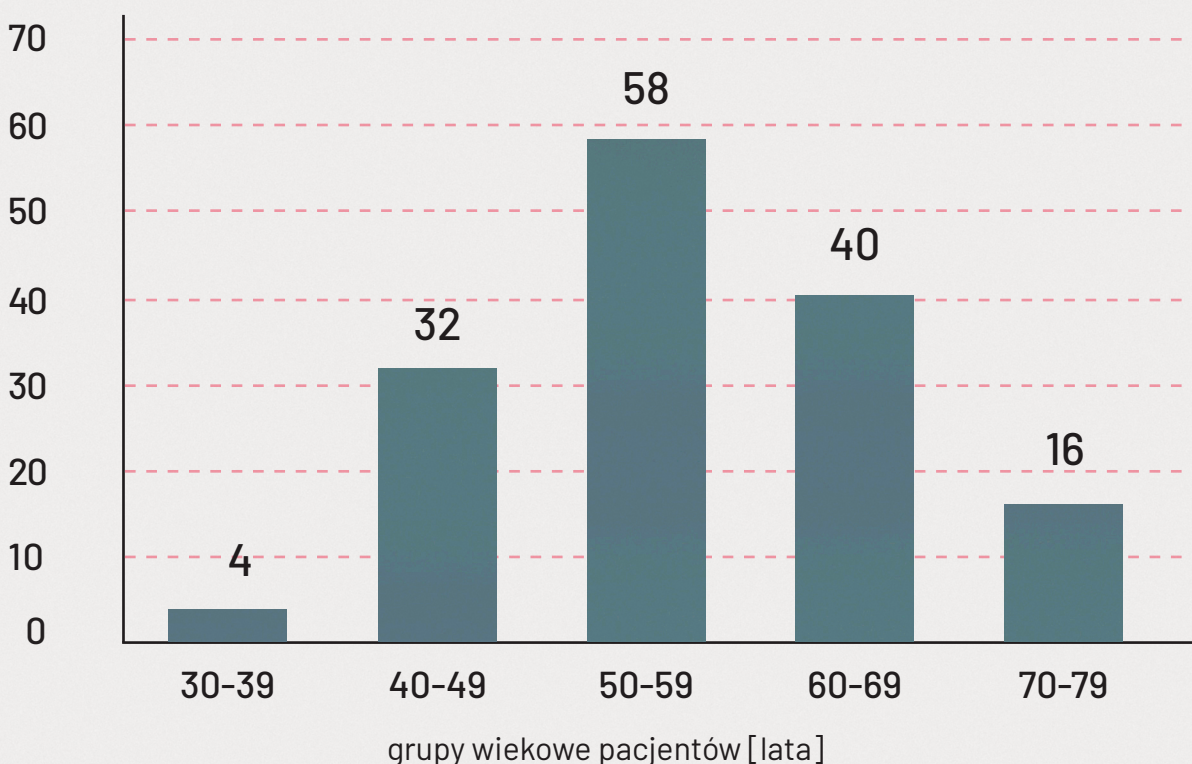
Prezentowany raport przedstawia wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego wśród pacjentów z nowotworami hematologicznymi. Badanie dotyczyło świadomości pacjentów na temat zagrożenia epidemiologicznego oraz stosowanych środków ochronnych i szczepień.

Rozdział 1

Metodyka i charakterystyka badanej populacji

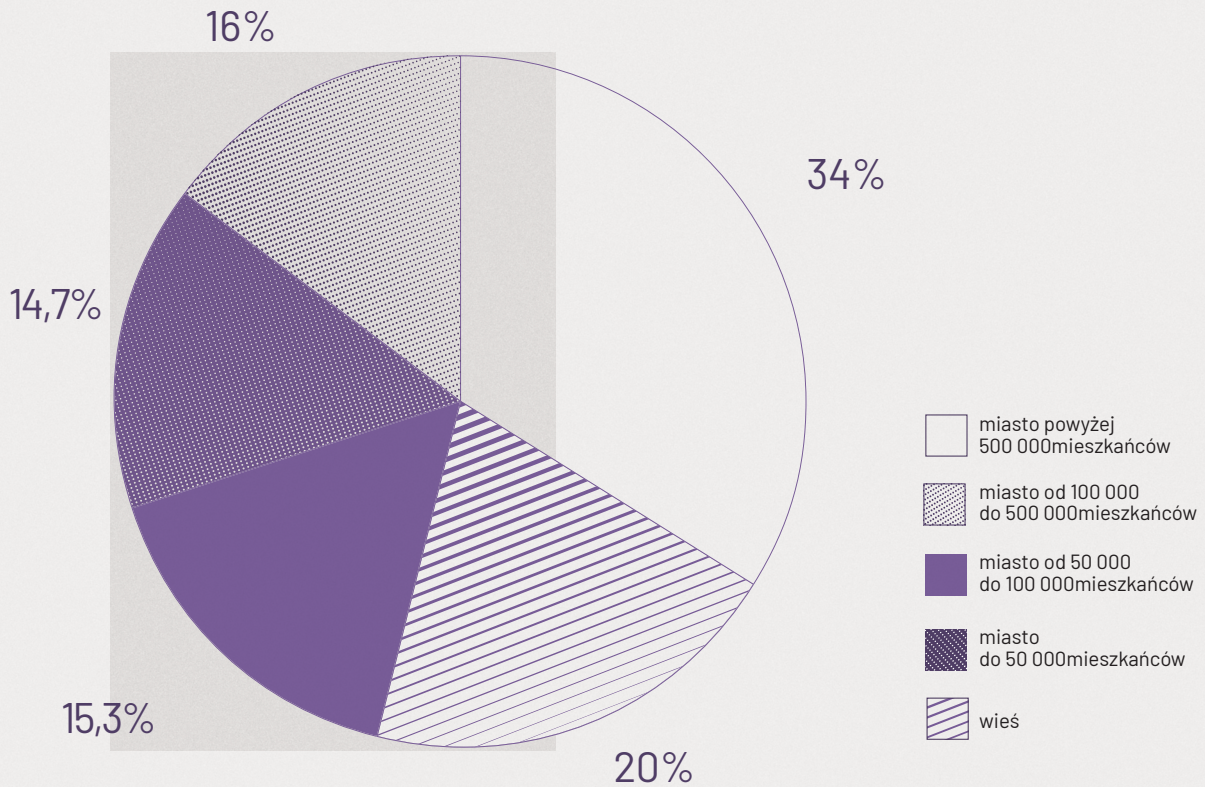
Raport podsumowuje dane zgromadzone podczas badania ankietowego przeprowadzonego w ramach kampanii edukacyjnej dla pacjentów z nowotworami przez fundację Carita. Ankieta była przeprowadzona telefonicznie i zawierała 30 pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Zgromadzone dane zostały przeanalizowane za pomocą adekwatnych metod statystycznych i przedstawione w formie opisowej oraz graficznej.

W badaniu wzięło udział 150 pacjentów z największych ośrodków hematologicznych w Polsce, w tym 52 kobiety i 98 mężczyzn. Mediana wieku pacjentów wynosiła 57 lat (zakres 30-79 lat). Większość ankietowanych pochodziła z dużych ośrodków miejskich: 34,0% to mieszkańcy miast powyżej 500 tys. mieszkańców, 16,0% - miast od 100 do 500 tys. mieszkańców, a 15,3% - miast od 50 do 100 tys. mieszkańców. Mieszkańcy miast do 50 tys. mieszkańców stanowili 14,7%, a mieszkańcy wsi 20,0%.

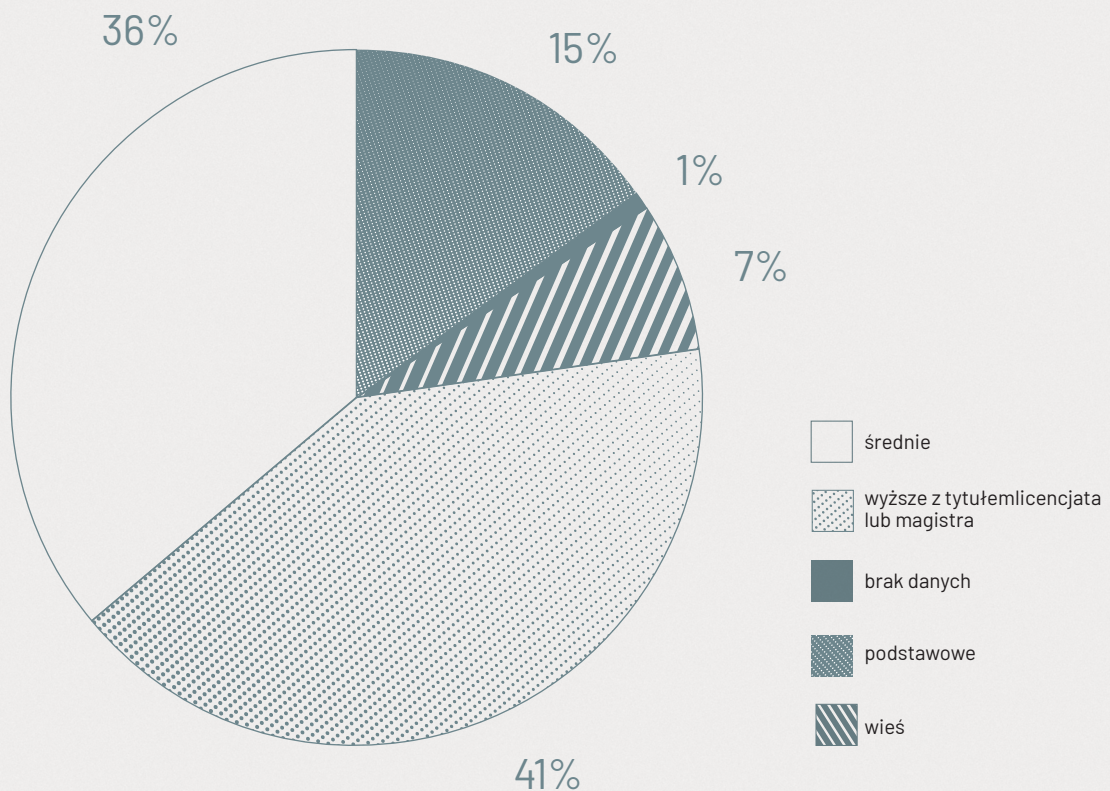


Wykres 1. Struktura wieku.

Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 48,7% ankietowanych, w tym 7,3% były to osoby ze stopniem doktora lub wyżej, a 41,4% osoby z tytułem licencjata lub magistra; 36,0% osób posiadało wykształcenie średnie, a 14,7% wykształcenie podstawowe. Jedna osoba nie udzieliła informacji na temat poziomu wykształcenia.

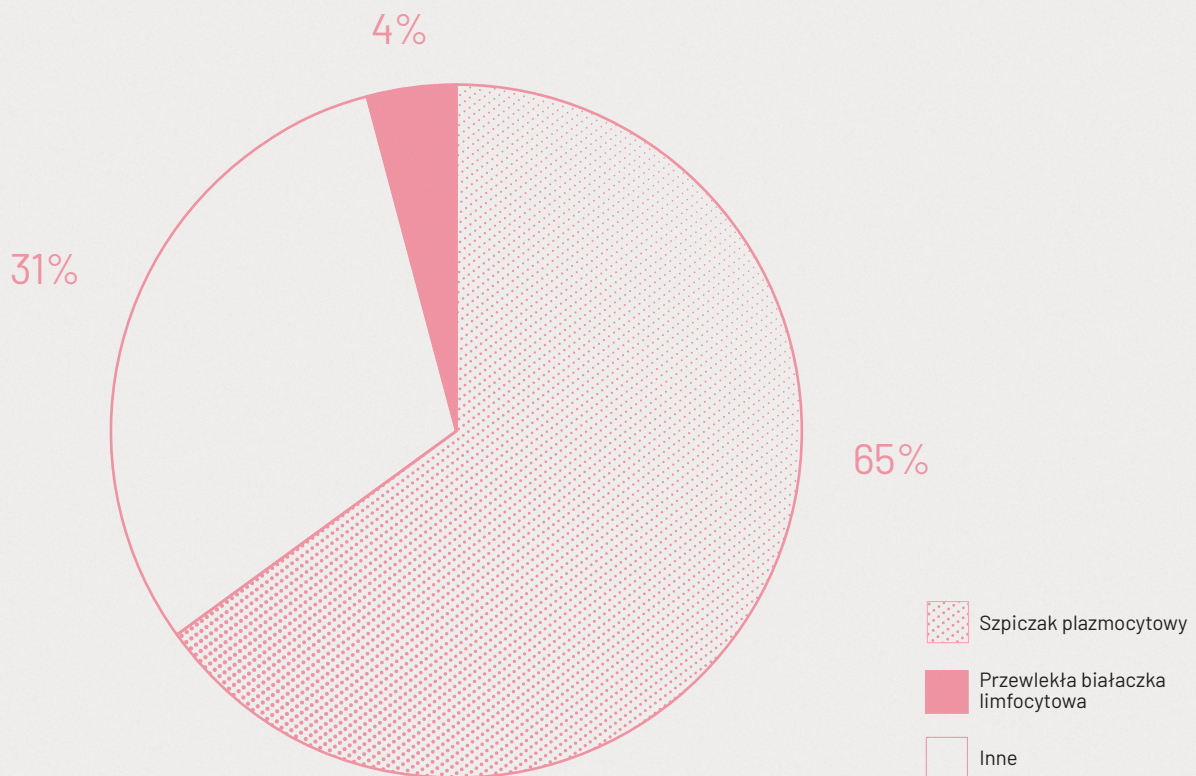


Wykres 2. Miejsce zamieszkania.



Wykres 3. Struktura wykształcenia.

Większość ankietowanych pacjentów miała postawione rozpoznanie szpiczaka plazmocytoowego (64,7%), u 4% rozpoznano przewlekłą białaczkę limfocytową, a pozostałe nowotwory hematologiczne stanowiły 31,3%. Stan sprawności oceniany wg skali Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) zawierał się w zakresie 0-2, w tym 54,7% pacjentów określiła go jako 0 – sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności; 32,7% jako 1 – obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy, a 12,6% jako 2 – zdolność wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, konieczność spędzania w łóżku mniej niż połowy dnia; nikt nie określił swojego stanu sprawności jako stopień 3 lub 4.



Wykres 4. Podział pacjentów według rozpoznanej jednostki chorobowej.

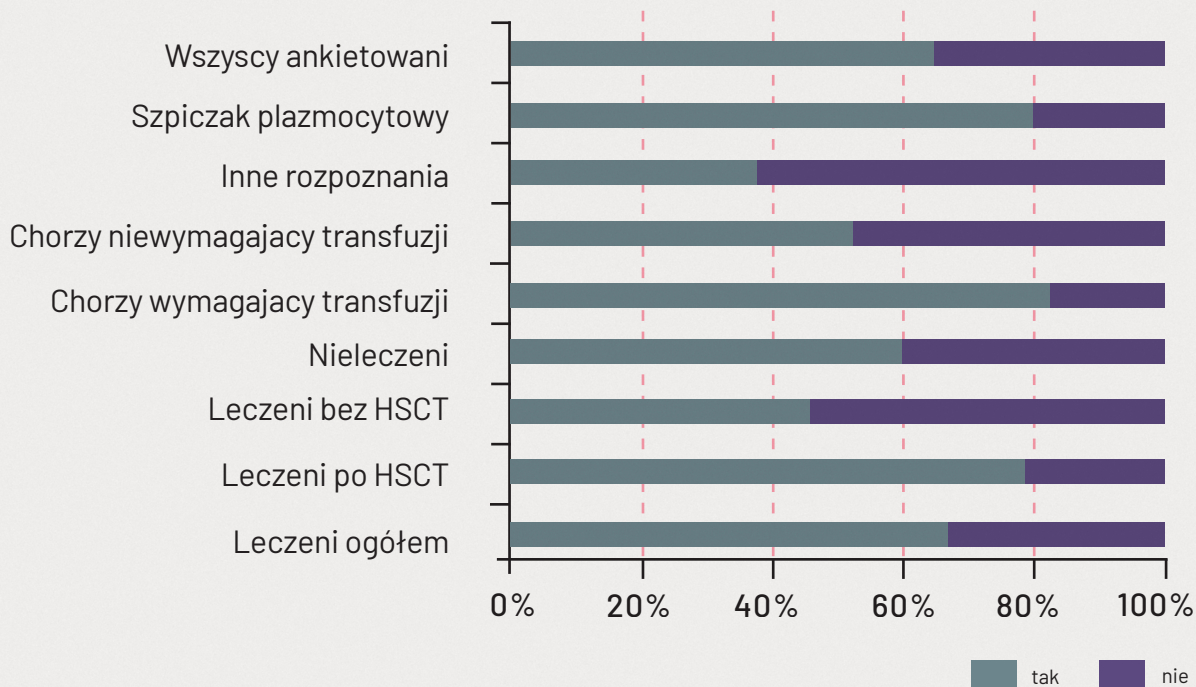
Zdecydowana większość (82,6%) ankietowanych pacjentów przeszła leczenie, w tym 30,7% pacjentów przeszła leczenie farmakologiczne, a 52,0% dodatkowo była poddana procedurze przeszczepienia szpiku kostnego (hematopoietic stem cell transplantation, HSCT); 17,3% ankietowanych nie było dotychczas leczonych hematologicznie. Transfuzję preparatów krwio pochodnych otrzymało 45,3% chorych, 52,7% nigdy nie miała transfuzji, a trzech chorych odmówiło odpowiedzi na pytanie.

Rozdział 2

Zakażenia

Aż 99,3% ankietowanych pacjentów jest świadomych, że w związku z rozpoznaniem choroby hematologicznej mają zwiększone ryzyko zachorowania na infekcje. W całej ankietowanej grupie 64,6% chorych uważa, że często występują u nich infekcje górnych dróg oddechowych. Wśród pacjentów z rozpoznaniem szpiczaka plazmocytowego do częstego zachorowania przyznaje się 79,4% pacjentów, a wśród innych rozpoznań jest to 37,7% pacjentów. W grupie pacjentów, którzy otrzymywali leczenie częste infekcje zgłasza 66,1% ankietowanych (78,2% w grupie po HSCT i 45,7% leczonych bez HSCT), natomiast wśród nieleczonych pacjentów – 57,7%. W grupie chorych wymagających transfuzji preparatów krwiopochodnych częste infekcje występują u 82,4%, natomiast w grupie, która nigdy nie otrzymywała transfuzji – u 51,9%.

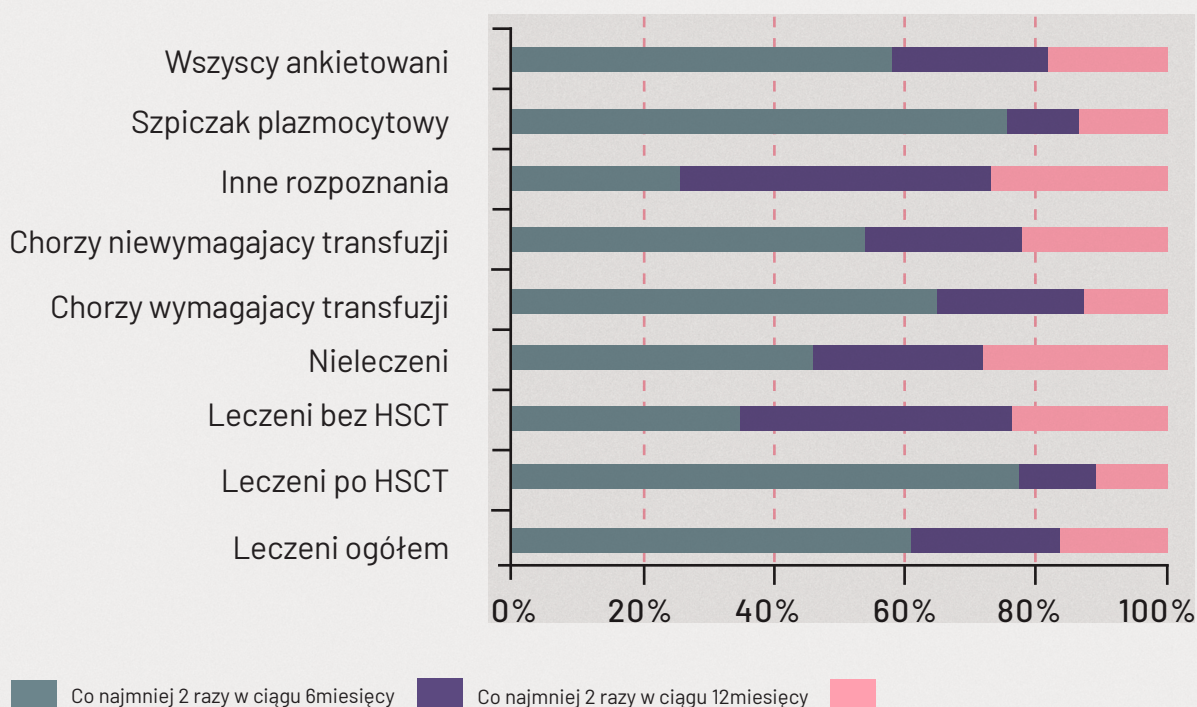
Częste występowanie infekcji



Wykres 5. Odsetek ankietowanych pacjentów, u których występują częste infekcje górnych dróg oddechowych.

U 58,7% pacjentów infekcje wystąpiły przynajmniej 2 razy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, 24% zgłosiło 2 zachorowania w ciągu 12 miesięcy, a u 17,3% infekcje występowały rzadziej niż 2 razy w ciągu roku. Częste infekcje (co najmniej 2 w ciągu 6 miesięcy) występowały aż u 76,3% pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym i u 25,4% pacjentów z innymi rozpoznaniem. W grupie pacjentów nieleczonych więcej niż 2 infekcje w ciągu roku zgłosiła 46,2% ankietowanych, natomiast wśród osób otrzymujących leczenie odsetek ten wyniósł 61,3% (77,6% u pacjentów po HSCT oraz 35,4% u leczonych bez HSCT). U pacjentów wymagających transfuzji preparatów krwiopochodnych więcej niż 2 infekcje w ciągu roku wystąpiły u 66,2% ankietowanych, natomiast w grupie chorych nieotrzymujących transfuzji – u 54,4%. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia wykres 6.

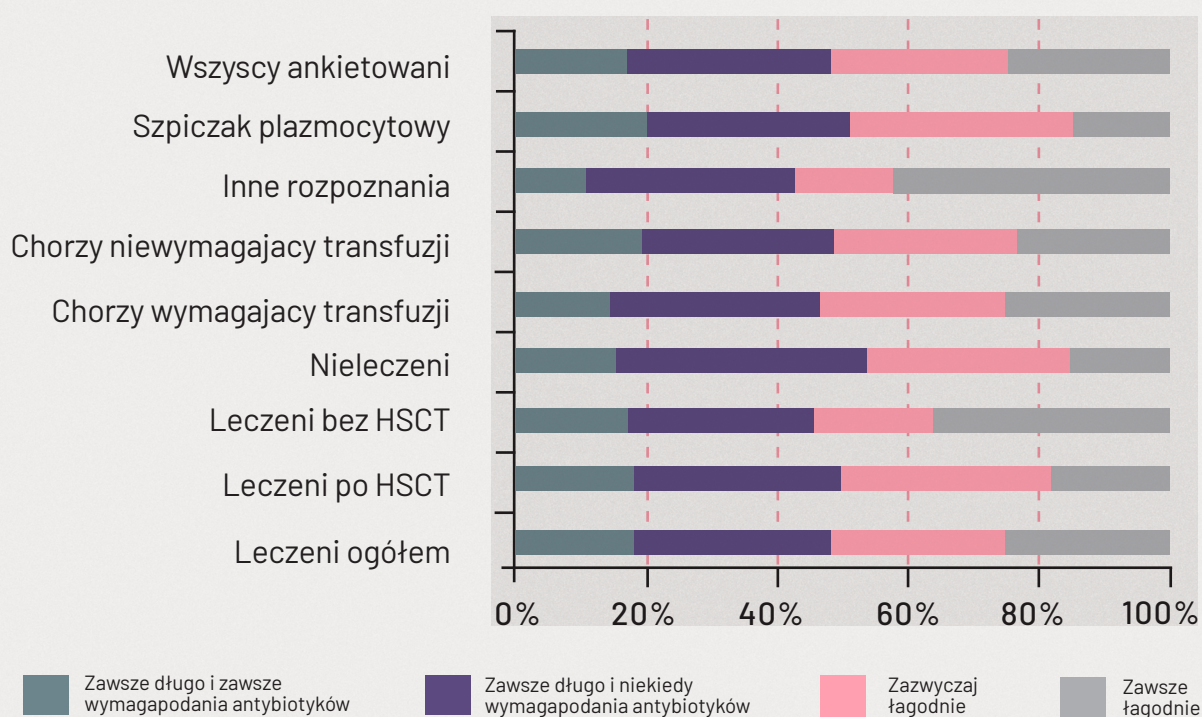
Częstość występowania infekcji



Wykres 6. Częstość występowania zakażeń w grupie ankietowanych pacjentów.

U 31,4% ankietowanych pacjentów infekcje zawsze mają długi przebieg i niekiedy wymagają podania antybiotyków. Kolejne 17,3% chorych podaje, że zakażenia zawsze są długie i za każdym razem wymagają antybiotykoterapii. U 27,3% pacjentów zakażenia zwykle przebiegają łagodnie, a u 24,0% - zawsze łagodnie. Łącznie długi przebieg infekcji dotyczy 48,7% ankietowanych pacjentów, a do łagodniejszego przebiegu zakażeń podało 51,3% respondentów. Procentowy rozkład grup pacjentów podających różny przebieg ciężkości zakażeń był podobny bez względu na rodzaj rozpoznania, leczenie czy zależność od transfuzji. Szczegółowe dane są przedstawione na wykresie 7.

Przebieg infekcji

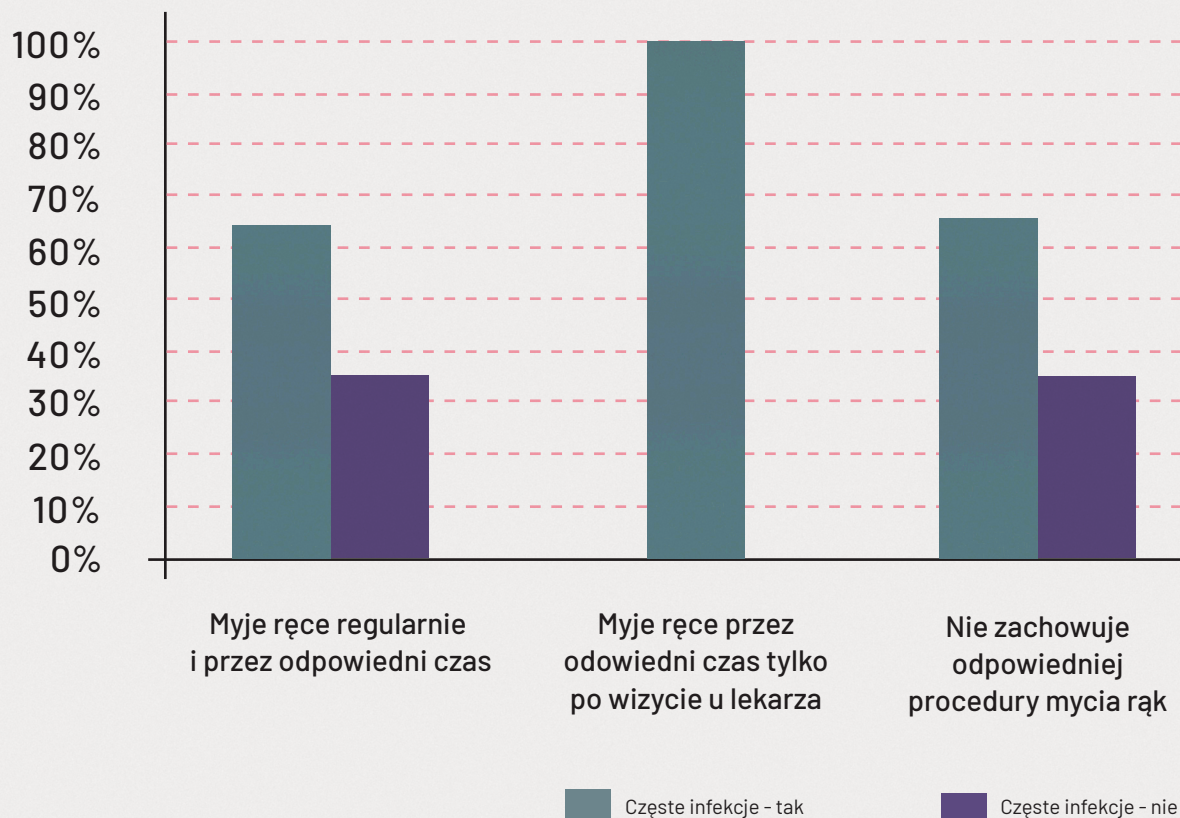


Wykres 7. Przebieg infekcji w grupie ankietowanych pacjentów.

Rozdział 3

Profilaktyka zakażeń

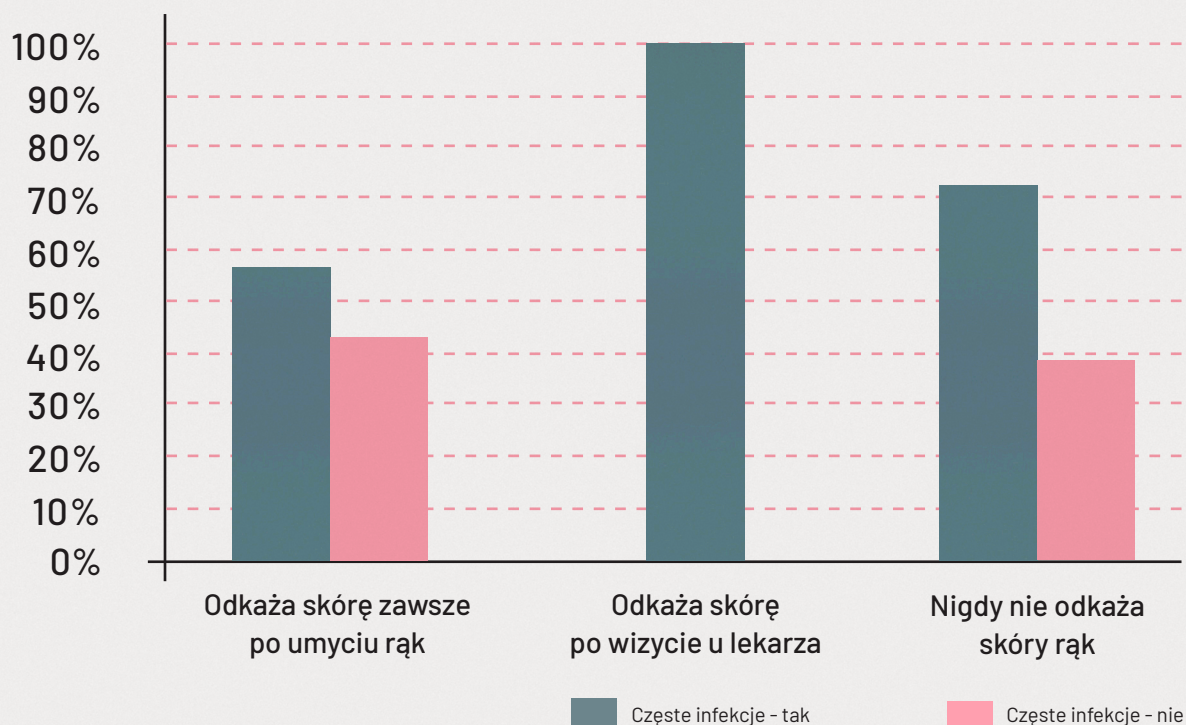
W ramach ankiety pacjenci zostali zapytani o środki zapobiegawcze występowania infekcji, w tym o odpowiednią higienę rąk, unikanie narażenia na infekcję oraz stosowanie szczepień profilaktycznych. Aż 78,7% pacjentów zadeklarowało regularne i odpowiednio długie mycie rąk, 2,0% ankietowanych zachowuje zasady higieny rąk jedynie po wizycie u lekarza, a 19,3% nie myje rąk regularnie. Co ciekawe, deklarowane przez ankietowanych występowanie częstych infekcji było podobnie częste we wszystkich tych grupach, co ilustruje wykres 8.



Wykres 8. Odsetek osób, u których występują częste infekcje w zależności od regularnego i prawidłowego mycia rąk.

O odkażenie skóry środkiem antyseptycznym po umyciu rąk dba 52,0% respondentów, 2,0% robi to po wizycie u lekarza, natomiast 46,0% ankietowanych nie odkaża rąk. Odkażanie skóry w znacznie większym stopniu niż samo mycie rąk wpływa na częstość zakażeń: w grupie pacjentów regularnie używających środków antyseptycznych 56,4% zgłaszało częste występowanie infekcji, podczas gdy wśród pacjentów negujących odkażanie rąk częste zakażenia występowały u 72,5% z nich.

Aż 46,0% ankietowanych pacjentów zadeklarowała, że unika spotkań z innymi ludźmi podczas fali częstszych infekcji, 56,7% wybiera miejsca publiczne poza godzinami szczytu, aby były mniej zatłoczone, a 16,0% zawsze zakłada maseczkę, aby chronić się przed zakażeniem

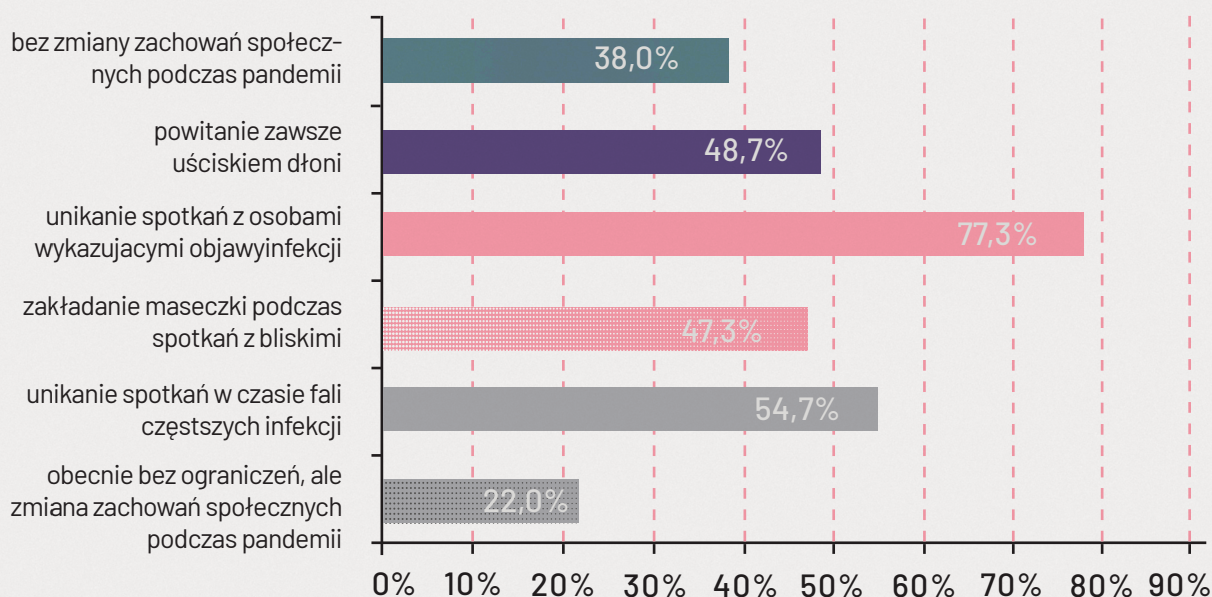


Wykres 9. Odsetek osób, u których występują częste infekcje w zależności od odkazywania skóry po umyciu rąk.

W kontekście spotkań z rodziną i bliskimi przyjaciółmi 38,0% ankietowanych pacjentów nie zmieniło swoich zachowań podczas pandemii, natomiast 22,0% obecnie nie stosuje żadnych ograniczeń, lecz ograniczali swoją aktywność społeczną w trakcie pandemii. w sezonie infekcyjnym 54,7% ankietowanych unika spotkań z rodziną i przyjaciółmi. Na założenie maseczki podczas spotkań z bliskimi decyduje się 47,3% pacjentów. Podobny odsetek (48,7%) ankietowanych zawsze wita się uściskiem dłoni z członkami rodziny i przyjaciółmi. Aż 77,3% ankietowanych zadeklarowało, że stara się unikać kontaktów z osobami mającymi objawy infekcji.

Większość ankietowanych (71,3%) zadeklarowała gotowość do wykonania testu na obecność wirusa, jeżeli jest dostępny.

Zachowania społeczne a profilaktyka infekcji



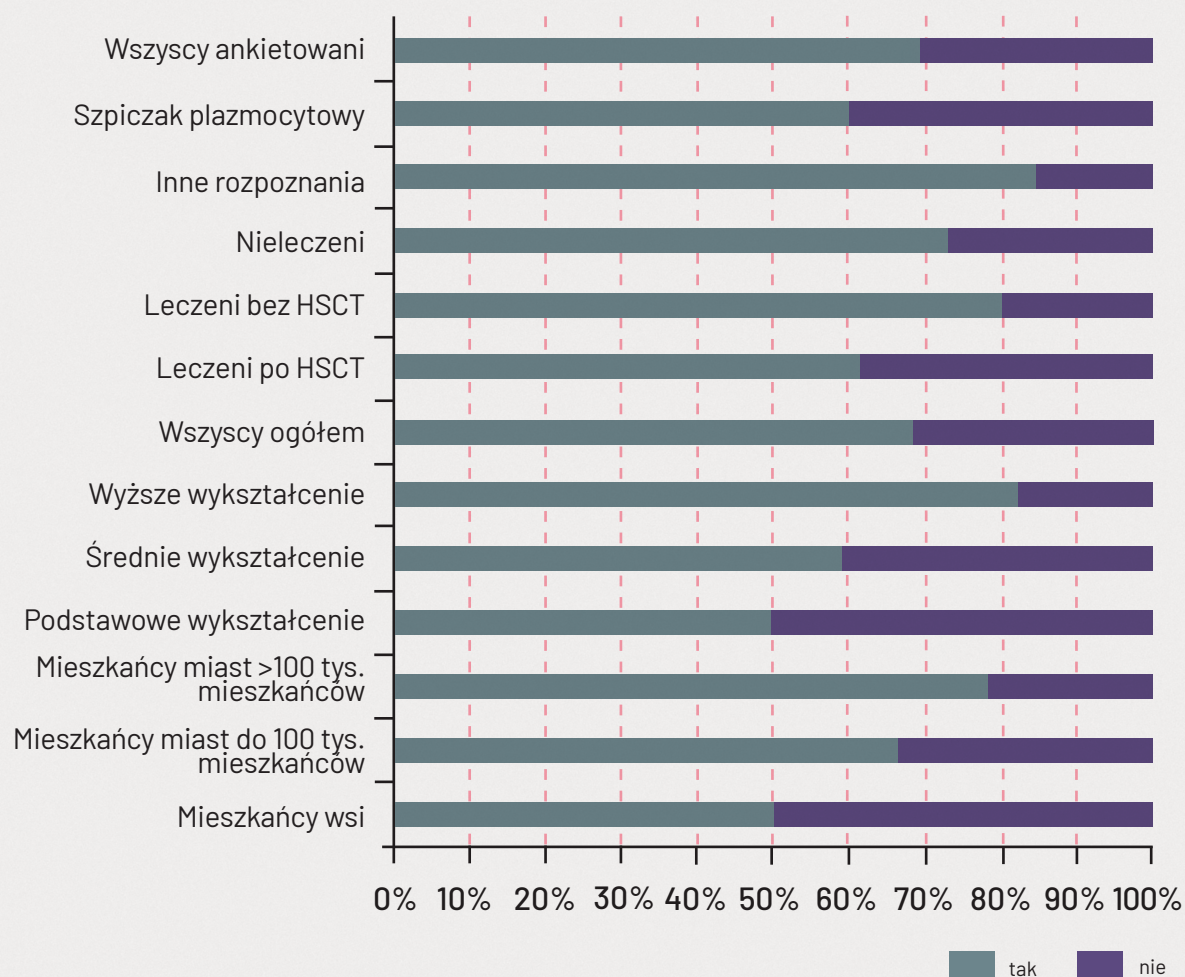
Wykres 10. Odsetek osób wykazujących różne wzorce zachowań społecznych wobec rodziny i bliskich znajomych w kontekście profilaktyki infekcji.

Rozdział 4

Szczepienia

Gotowość zaszczepienia się na chorobę wirusową, jeżeli istnieje dostępna szczepionka zadeklarowało 69,3% wszystkich ankietowanych. Odsetek osób gotowych na szczepienie różnił się w zależności od miejsca zamieszkania (mieszkańcy wsi – 50,0%, miasta do 100 tys. mieszkańców – 66,7%, miasta powyżej 100 tys. mieszkańców – 78,7%), wykształcenia (podstawowe – 50,0%, średnie – 59,3%, wyższe – 82,2%) oraz statusu leczenia (nieleczeni – 73,1%, leczeni po HSCT – 61,5%, leczeni bez HSCT – 80,4%).

Jeżeli dostępna jest szczepionka na wirusa, chętnie ją przyjmę

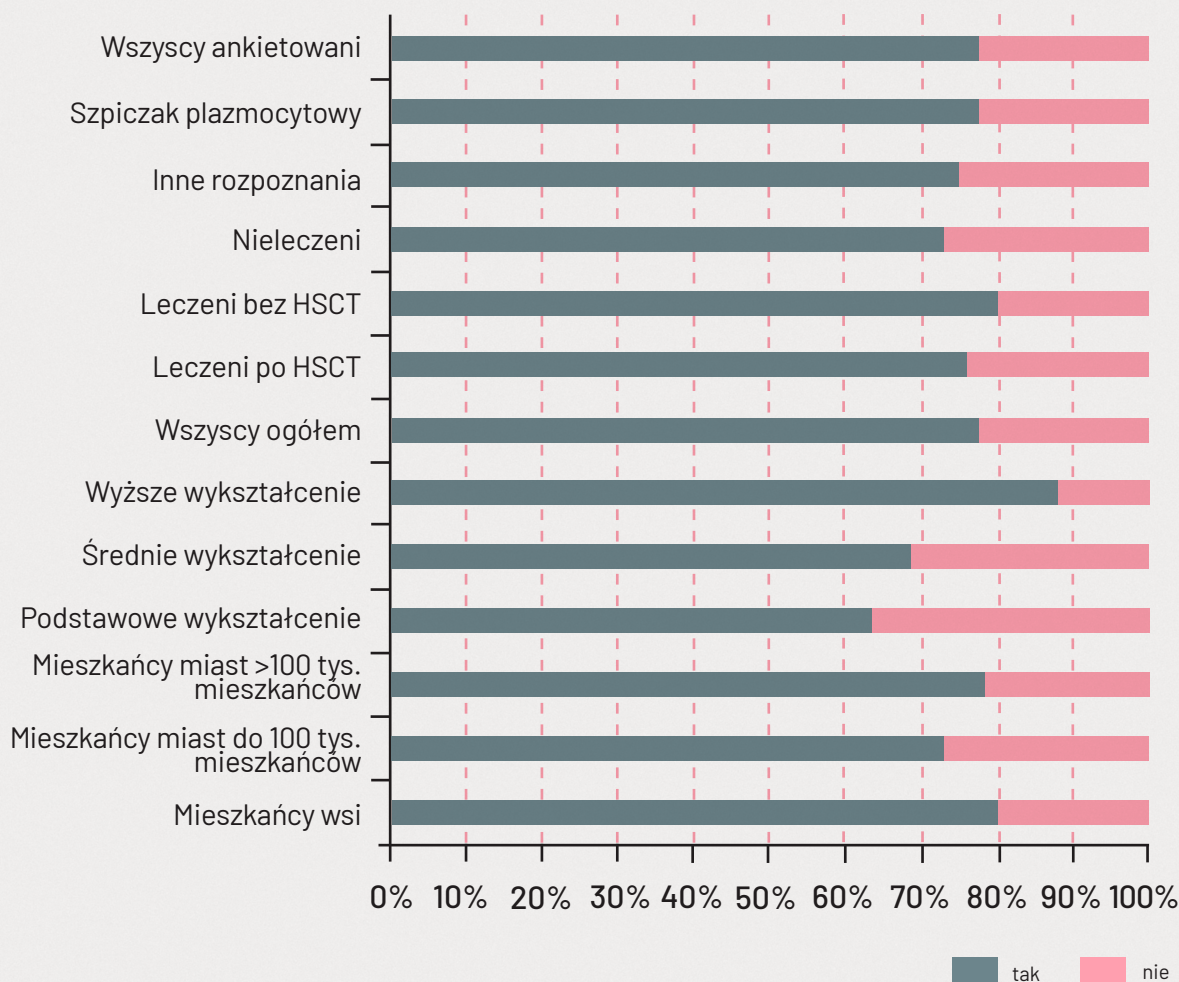


Wykres 11. Odsetek osób deklarujących gotowość zaszczepienia się na chorobę wirusową, jeżeli istnieje dostępna szczepionka.

Na zaszczepienie się przeciwko COVID-19 zdecydowało się 76,7% wszystkich ankietowanych pacjentów. Większość z nich (62% wszystkich ankietowanych) deklaruje, że chcieli przyjąć szczepionkę najszybciej, jak było to możliwe po jej wprowadzeniu, 11,3% nie było przekonanych do szczepienia, ale zdecydowali się na nie ze względu na ryzyko związane

z chorobą nowotworową, natomiast 3,% zrobiło to ze względu na rekomendacje lekarza prowadzącego. Wyższy odsetek osób zaszczepionych jest w grupie pacjentów z wykształceniem wyższym (87,7%), w porównaniu z osobami ze średnim (68,5%) i podstawowym (63,6%). W pozostałych podgrupach odsetek pacjentów, którzy zdecydowali się na szczepienie jest zbliżony i oscyluje w granicach 70-80%. Główną z przyczyn odmowy szczepienia był brak wiedzy na temat konsekwencji podania szczepionki u chorych na nowotwór (73,% niezaszczepionych osób), 17,6% uważa, że szczepienie może pogorszyć przebieg choroby, a 8,8% obawia się tolerancji szczepienia.

Szczepienie przeciwko COVID-19



Wykres 12. Odsetek osób zaszczepionych przeciwko COVID-19.

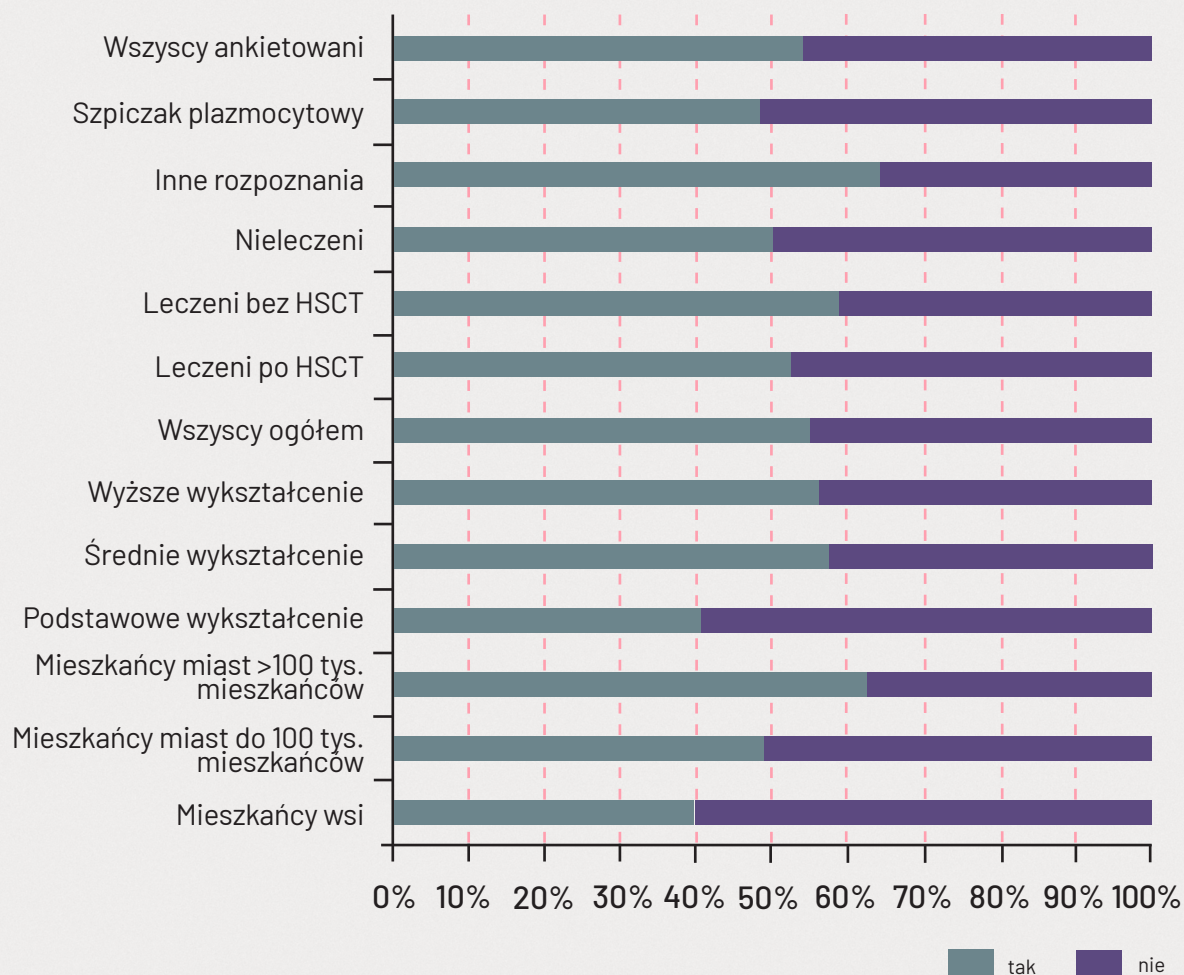
Głównym źródłem informacji o możliwości szczepienia na COVID-19 byli pracownicy systemu ochrony zdrowia – 64,7% pacjentów otrzymało informację od swojego lekarza prowadzącego leczenie onkologiczne, a kolejne 16,7% od lekarza rodzinnego; 37,3% znalazło informacje o szczepionce w prasie, radiu lub telewizji, 10% w mediach społecznościowych, a 31,3% od rodziny i przyjaciół.

Jedynie 20,7% ankietowanych pacjentów uważa, że konieczne jest przyjęcie kolejnych dawek szczepionki przeciwko COVID-19, 56,7% neguje potrzebę kolejnych szczepień, a 22,6% nie ma zdania na ten temat.

Szczepienie przeciwko grypie w ciągu ostatnich 4 lat przyjęło 54,0% ankietowanych pacjentów, a 37,3% zaszczepiło się w ciągu poprzedniego sezonu infekcyjnego. Odsetek

osób zaszczepionych w grupie ankietowanych z wyższym i średnim wykształceniem był podobny i wyniósł odpowiednio 56,2% oraz 57,4%, natomiast w grupie z wykształceniem podstawowym było to 40,9%. Wśród mieszkańców wsi szczepieni przyjęło 40,0% pacjentów, w miastach do 100 tys. mieszkańców – 48,9%, a w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców – 62,7%.

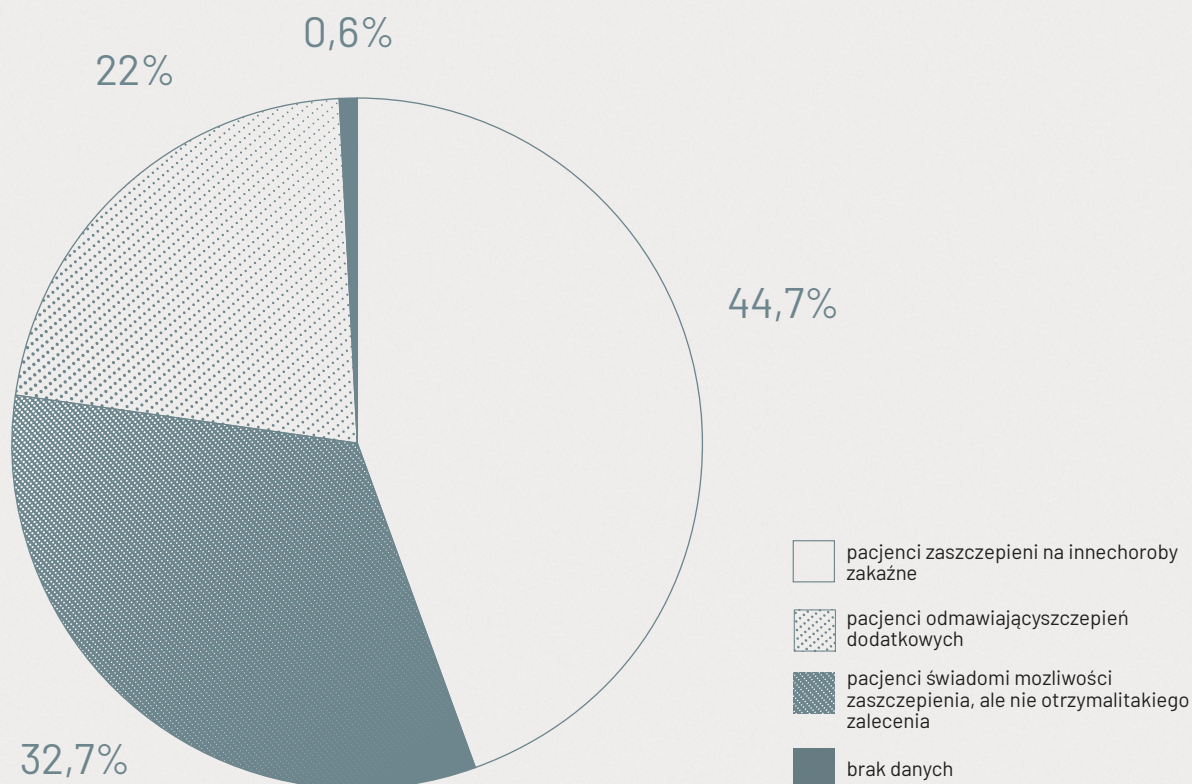
Szczepienie przeciwko grypie



Wykres 13. Odsetek osób zaszczepionych przeciwko grypie.

Szczepienia profilaktyczne na inne choroby przyjęło 44,7% ankietowanych pacjentów, 32,7% przyznało, że słyszeli o innych szczepieniach, ale nikt nie zalecał im ich wykonania, natomiast 22,0% odmawia szczepień ze względu na obawę pogorszenia przebiegu choroby. Jedna osoba nie odniosła się do tematu pozostałych szczepień profilaktycznych. Jako najczęstsze choroby, na które przyjęli szczepienia dodatkowe, pacjenci wymieniali wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, półpasiec oraz szczepienie przeciwko pneumokokom.

Aż 84% ankietowanych pacjentów przyznało, że wzięliby udział w wykładzie dotyczącym ich choroby, jeżeli zostałby zorganizowany w ich okolicy, natomiast 65,3% wzięłoby udział w takim wydarzeniu dotyczącym tematu infekcji oraz szczepień ochronnych.



Wykres 14. Struktura wyszczepienia ankietowanej populacji przeciwko innym chorobom zakaźnym.

Rozdział 4

Podsumowanie

Pacjenci onkologiczni to grupa szczególnie narażona na częste występowanie infekcji oraz ich ciężki przebieg. Przeprowadzone badanie ankietowe pokazuje, że większość osób dotkniętych rozpoznaniem choroby hematologicznej jest świadoma ryzyka wynikającego z upośledzenia układu odporności i podejmuje działania ochronne, takie jak częste mycie i dezynfekcja rąk, unikanie kontaktu z osobami wykazującymi objawy zakażenia dróg oddechowych czy szczepienia ochronne. Wielu pacjentów przyznało, że doświadcza częstych infekcji o długim przebiegu, często wymagających zastosowania antybiotyków, a grupą o najwyższym odsetku zachorowań okazali się chorzy po transplantacji komórek macierzystych szpiku oraz pacjenci wymagający częstych transfuzji preparatów krwiopochodnych.

Wyszczepialność badanej grupy pacjentów jest znacznie wyższa niż w ogólnej populacji Polski, zarówno w zakresie szczepienia przeciwko COVID-19, jak i innych szczepień ochronnych. W populacji ogólnej szczepienie przeciwko wirusowi grypy w poprzednim sezonie infekcyjnym przyjęło zaledwie 5,5% Polaków, podczas gdy w ankietowanej kohorcie było to 37,3%. Przynajmniej jedną dawkę szczepienia przeciwko COVID-19 zdecydowało się przyjąć 76,7% wszystkich ankietowanych pacjentów w porównaniu z 64,1% w populacji ogólnej. Wyższy odsetek osób zaszczepionych jest najpewniej związany z wysoką świadomością ryzyka infekcji oraz lepszą edukacją tej grupy osób w zakresie potencjalnych zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi oraz korzyściami wynikającymi z zastosowania szczepionki. W grupie osób o wyższym wykształceniu odsetek osób zaszczepionych przeciwko COVID-19 i grypie był nieco wyższy niż wśród osób o średnim i podstawowym wykształceniu, a na szczepienie przeciwko grypie częściej decydowali się również mieszkańcy dużych miast niż miast o średniej wielkości i wsi. Prawie 45% pacjentów przyjęła również szczepienia dodatkowe na inne choroby infekcyjne, przede wszystkim wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, półpasiec oraz szczepienie przeciwko pneumokokom. Część ankietowanych przyznała, że jest świadoma możliwości szczepienia na inne choroby, ale dotychczas nie otrzymali takiego zalecania. Wskazuje to na potrzebę edukacji pacjentów w kwestii możliwości wykonywania szczepień ochronnych. Istotna jest tutaj rola personelu medycznego, zwłaszcza że większość ankietowanych przyznała, że głównym źródłem wiedzy o szczepieniach byli pracownicy systemu ochrony zdrowia, w tym lekarz prowadzący leczenie onkologiczne oraz lekarz rodzinny. Ponadto większość pacjentów zadeklarowała chęć dalszego poszerzania wiedzy, zarówno w kwestii swojej choroby podstawowej, jak i w temacie infekcji i szczepień ochronnych.

Szczepienia u pacjentów z immunosupresją są bardzo istotne z wielu powodów. Pierwszym z nich jest oczywiście zmniejszanie ryzyka zachorowania oraz ciężkiego przebiegu infekcji i ochrona przed chorobami, których można uniknąć dzięki szczepieniom. Warto zwrócić uwagę, że u osób w immunosupresji choroby zakaźne niosą za sobą wyższe ryzyko powikłań, a także mogą przyczyniać się do opóźnienia lub czasowego przerwania leczenia onkologicznego, a przez to pogorszenia przebiegu choroby nowotworowej. Szczepienia pomagają pobudzić układ odpornościowy do wytwarzania ochronnych przeciwciał i komórek pamięci, a ich skuteczność została wielokrotnie udowodniona również u osób z immu-

nosupresją. Niestety odpowiedź poszczepienna u pacjentów z deficytami odporności może być słabsza niż w zdrowej populacji, dlatego nie należy zapominać o innych elementach profilaktyki przeciwniekcyjnej.

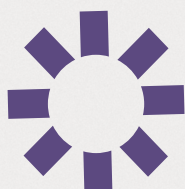
Istotnym aspektem w roli szczepień ochronnych odporność populacyjna, czyli zmniejszenie częstości występowania chorób zakaźnych w ogólnej populacji. Pozwala na zmniejszenie ryzyka zachorowania osób, które ze względów medycznych nie mogą zostać zaszczepione. W przypadku pacjentów nowotworowych szczepienia są zalecane również osobom z ich najbliższego otoczenia: domownikom, rodzinie, a także personelowi medycznemu.

Należy pamiętać, że nie wszystkie szczepionki są odpowiednie dla osób z obniżoną odpornością, a decyzję o zaszczepieniu należy podjąć po konsultacji z pracownikami służby zdrowia, którzy mogą ocenić specyficzny stan i potrzeby danej osoby. U osób z istotnym upośledzeniem układu odpornościowego może być konieczne pominięcie niektórych żywych, atenuowanych szczepionek ze względu na ryzyko rozwinięcia infekcji po zaszczepieniu. W takich przypadkach można rozważyć alternatywne podejścia lub dodatkowe środki ostrożności. Zalecenia dotyczące szczepień dla osób chorych z nowotworami hematologicznymi mogą się różnić w zależności od indywidualnego stanu zdrowia, stadium choroby i stosowanego leczenia. Ważne jest, aby pacjenci konsultowali się ze swoimi pracownikami służby zdrowia w celu opracowania spersonalizowanego planu szczepień.

Do szczepień ogólnie zalecanych u pacjentów z chorobami nowotworowymi należą:



szczepionka przeciw grypie - coroczne szczepienie przeciwko grypie jest zalecane wszystkim pacjentom, członkom ich rodzin i opiekunom. Szczepienie należy zaplanować przed rozpoczęciem leczenia i przed rozpoczęciem nowego sezonu grypowego. Bezwzględnie zalecane jest również szczepienie personelu medycznego.



szczepienie przeciwko COVID-19 - konkretna szczepionka i termin jej podania mogą zależeć od indywidualnych okoliczności i ciągłego rozwoju wytycznych dotyczących szczepień przeciwko COVID-19. Aktualnie zalecane jest przyjęcie kolejnej dawki szczepionki uwzględniającej aktualnie występujące warianty wirusa: Omikron i Kraken. Zalecane jest szczepienie pacjentów, ich rodzin i opiekunów oraz personelu medycznego.



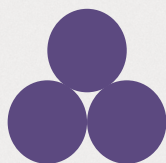
szczepionka na półpasiec - jest zalecana u osób z obniżoną odpornością, które chorowały na ospę wietrzną i mają zwiększone ryzyko wystąpienia półpaśca oraz jego powikłań, np. bólu neuropatycznego. Zalecana rekombinowana szczepionka przeciwko glikoproteinie E (Shingrix) nie jest tożsama ze szczepionką na ospę wietrzną, której jest szczepionką żywą i nie powinna być podawanych osobom z obniżoną odpornością.



szczepienie przeciwko pneumokokom - w celu ochrony przed zapaleniem płuc i innymi infekcjami pneumokokowymi często zaleca się zarówno skoniugowaną szczepionkę pneumokokową (PCV13) - pojedyncza dawka, jak i pneumokokową szczepionkę polisacharydową (PPSV23) - 1-3 dawek. Cykl szczepień powinno się powtarzać co 3 lata.



szczepionka przeciw Haemophilus infulenze – w celu ochrony przed zapaleniem płuc i innymi infekcjami Haemophilus infulenze często zaleca się pojedynczą dawkę szczepionki



szczepionka przeciw meningokokom – pojedyncza dawka szczepionki jest zlecana u pacjentów z asplenią (usunięcie śledziony) lub nawracającymi epizodami infekcji bakteryjnych



szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – szczepienie można rozważać u osób, które dotychczas nie zostały uodpornione przeciwko WZW B. Szczepienie jest obowiązkowe dla personelu medycznego



szczepionka przeciw tężcowi, błonicy i krztuścowi (Tdap) – okresowe dawki przypominające Tdap są często zalecane u dorosłych, w tym u osób z chorobami nowotworowymi

Należy pamiętać, że żadne szczepienie nie jest w stanie zapewnić stuprocentowej ochrony przed zakażeniem chorobami bakteryjnymi i wirusowymi. Z tego powodu oprócz szczepień ochronnych ważne jest również zachowywanie odpowiednich zasad higieny (między innymi częste i dokładne mycie i dezynfekcja rąk), noszenie maseczki ochronnej w sytuacjach zwiększonego ryzyka transmisji patogenów, unikanie kontaktu z osobami wykazującymi objawy infekcji oraz przebywania w dużych skupiskach ludzkich w okresach zwiększonego ryzyka zachorowania. Pacjenci z obniżoną odpornością powinni być świadomi możliwości profilaktyki, ale także wczesnego rozpoznawania objawów infekcji oraz ich leczenia. Większość ankietowanych zadeklarowała chęć dalszego poszerzania wiedzy, zarówno w kwestii swojej choroby podstawowej, jak i w temacie infekcji i szczepień ochronnych, co wskazuje na potrzebę prowadzenia kampanii edukacyjnych i zapewnienia szerokiego dostępu do informacji.

