

Szczepienia przeciwko grypie jako element profilaktyki incydentów sercowo-naczyniowych u pacjentów kardiologicznych. Stanowisko ekspertów wsparte przez Sekcję Farmakoterapii Sercowej oraz Sekcję Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Marcin Wełnicki¹, Karol Kamiński², Agnieszka Mastalerz-Migas³, Ernest Kuchar⁴, Piotr Jankowski⁵, Robert Gil⁶, Przemysław Mitkowski⁷, Artur Mamcarz¹, Jacek Wysocki⁸

Recenzenci: Agata Bielecka-Dąbrowa⁹, Adam Antczak¹⁰

¹III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

³Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

⁴Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

⁵Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP, Warszawa

⁶Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

⁷I Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań

⁸Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań

⁹Zakład Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

¹⁰Klinika Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Katedra Pulmonologii, Reumatologii i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

Jak cytować/How to cite

Marcin Wełnicki, Karol Kamiński, Agnieszka Mastalerz-Migas, et al. Influenza vaccination as part of the cardiovascular prevention — expert opinion supported by the Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy and Working Group on Prevention and Epidemiology Section of the Polish Cardiac Society. *Pol Heart J.* 2025; doi: 10.33963/v.phj.109619

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med.
Karol Kamiński,
Zakład Medycyny
Populacyjnej i Prewencji
Chorób Cywilizacyjnych,
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku,
ul. Waszyngtona 15B,
15-269 Białystok,
tel: +48 85 686 53 65,
e-mail: karol.kaminski@umb.
edu.pl

Copyright by the Polish
Cardiac Society, 2025

STRESZCZENIE

Grypa zwiększa ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych, hospitalizacji z powodu niewydolności serca, zawału serca, udaru mózgu i zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Coroczne szczepienia przeciw grypie są dobrze znaną, bezpieczną i skuteczną metodą zmniejszania ryzyka zakażenia ogólnie, a przede wszystkim zmniejszania ryzyka ciężkiego przebiegu choroby. Profilaktyczne działanie corocznych szczepień jest szczególnie ważne w grupach zagrożonych ciężkim przebiegiem zakażenia i rozwojem powikłań — w tym pacjentów kardiologicznych. W tej grupie szczególnie ważne są również dodatkowe korzyści wynikające ze szczepień — zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych i zgonów. Jednak wskaźnik wyszczepienia w Polsce nadal utrzymuje się na zaskakująco niskim poziomie. Niniejszy dokument ma na celu popularyzację szczepień przeciw grypie jako jednego z kluczowych elementów profilaktyki ogólnej i sercowo-naczyniowej.

Słowa kluczowe: hospitalizacja z powodu niewydolności serca, pacjenci w podeszłym wieku, śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, zapalenie płuc

WSTĘP

Grypa, pomimo powszechnej dostępności szczepień, wciąż pozostaje istotnym problemem zdrowotnym. Liczba potwierdzonych

zachorowań utrzymuje się na poziomie kilku milionów rocznie, a liczba hospitalizacji w okresie po pandemii COVID-19 wielokrotnie wzrosła. Częściowo jest to zapewne związane

z powszechnością testów pozwalających na rozpoznanie wirusów oddechowych. Problem ciężkiego przebiegu zachorowań dotyczy głównie skrajnych grup wiekowych, a w kontekście schorzeń układu sercowo-naczyniowego — przede wszystkim pacjentów po 65. roku życia. W tej grupie najwyższe jest również ryzyko zgonu. Analizując zbiorcze dane epidemiologiczne, trudno nie dojść do wniosku, że liczba zgonów związanych z grypą jest niedoszacowana. Zakażenie wirusem grypy jest szczególnie niebezpieczne dla pacjentów przewlekle chorych, w tym pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Wyniki badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich lat wyraźnie wskazują, że szczepienia przeciwko grypie sezonowej nie tylko zmniejszają ryzyko zachorowania oraz ciężkiego przebiegu zakażenia, ale jednocześnie redukują ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych i zgonu. Celem niniejszego stanowiska ekspertów jest zwrócenie uwagi środowiska kardiologicznego na fakt, iż szczepienie przeciwko grypie powinno być rutynowym elementem prewencyjnym w populacji pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

EPIDEMIOLOGIA — NIE W PEŁNI SPÓJNE DANE

Grypa pozostaje realnym i powtarzalnym problemem zdrowotnym. Polskie dane epidemiologiczne dotyczące liczby zachorowań oraz ich przebiegu są niestety niepełne. Rocznie raportowane było około 3–5 milionów zachorowań lub podejrzeń zachorowania na grypę, w ostatnich latach zmieniła się jednak strategia dotycząca monitorowania zakażeń wirusem grypy i raportowane są jedynie przypadki potwierdzone [1]. W sezonie 2022/23 w ramach projektu SENTINEL zarejestrowano wykonanie 3217 testów w kierunku grypy, z czego 1262 (39,2%) okazało się dodatnich [2]. Większość badań (ponad 2 tysiące) wykonano w grupie wiekowej 15–65 lat [2]. W 2023 roku nowelizowano jednak zapis ustawy regulującej Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, a w wyniku wprowadzonych zmian Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego zaprzestał publikowania cotygodniowych raportów. Tymczasem liczba hospitalizacji związanych z zakażeniem grypą wydaje się dynamicznie wzrastać. W latach 2015–2022 liczba ta utrzymywała się na poziomie kilku tysięcy rocznie, w roku 2023 osiągnęła 35 tysięcy [2]. Być może jest to konsekwencja wyraźnie zwiększonej dostępności do testów antygenowych i genetycznych, od czasu pandemii COVID-19 wykonywanych w zasadzie rutynowo u pacjentów z objawami infekcji dróg oddechowych w przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych i innych oddziałach szpitalnych. Dane dotyczące 2024 roku oraz przełomu 2024/25 są rozbieżne. Najnowsze dostępne dane z Polski dotyczą porównania 2024 i 2025 roku, i pochodzą z raportu o chorobach zakaźnych, który powstał we współpracy Centrum e-Zdrowia z Głównym Inspektorem

Sanitarnym oraz Ministerstwem Zdrowia [3]. Z raportu wynika, iż w szczytowym momencie występowania grypy w 2024 roku zachorowalność wynosiła 142/100 tys. osób, podczas gdy w styczniu 2025 roku — aż 363/100 tys. osób. Okres zwiększonej liczby zachorowań był również dłuższy w roku bieżącym — trwał od listopada 2024 do początku kwietnia 2025 roku, podczas gdy w roku 2024 zaczął się w styczniu i kończył w marcu [3]. Należy zaznaczyć, że najwyższą liczbę zachorowań na COVID-19 odnotowano ostatnio w październiku 2024 roku i wynosiła ona wówczas około 140 przypadków/100 tys. osób [3]. Z kolei z dokumentu opublikowanego przez Państwowy Zakład Higieny (PZH), Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru wynika, iż w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2025 roku potwierdzono o 2 tysiące więcej przypadków grypy niż w analogicznym okresie 2024 roku (dla porównania liczba potwierdzonych przypadków COVID-19 zmalała z blisko 48 tys. do niespełna 18 tys., podczas gdy liczba potwierdzonych przypadków RSV wrosła ponad dwukrotnie — do 81 tys.) [4].

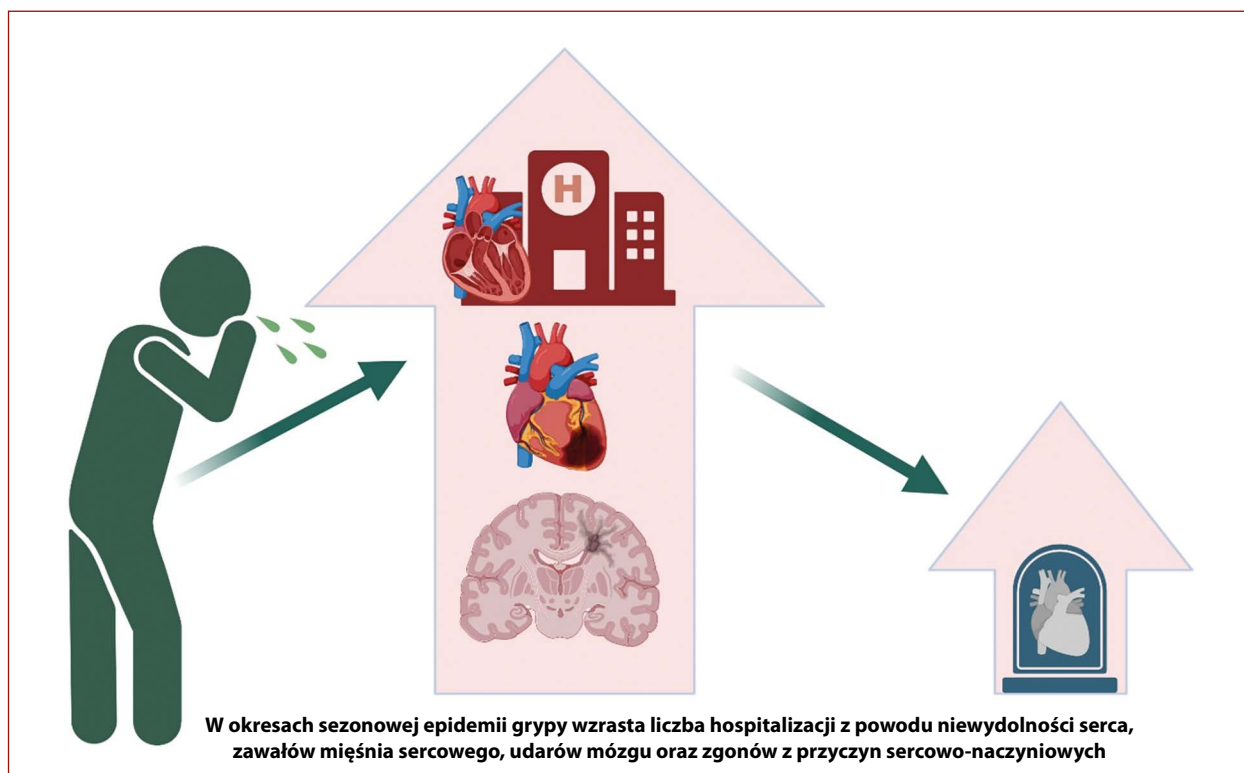
Warto jednak zwrócić uwagę na problem nieadekwatnych do rzeczywistości raportów dotyczących liczby zgonów związanych z zachorowaniem na grypę. W sezonie 2022/23 zarejestrowano 122 zgony związane z grypą, jednocześnie jednak według raportu PZH grypa i zapalenie płuc odpowiadają za 4% zgonów, a więc za około 18 tys. śmierci rocznie [2]. Z kolei według szacunków *Global Pandemic Mortality Project II* śmiertelność związana z grypą u osób w wieku ≥ 65 lat szacowana jest na 10/100 tys. [5]. Mając na uwadze rokrocznie obserwowany wzrost liczby zgonów w okresie typowym dla sezonowych epidemii grypy, trudno nie łączyć faktów i nie domniemywać, iż oficjalne dane epidemiologiczne są niedoszacowane (ryc. 1).

Według danych zbieranych w USA, mimo wyraźnego wzrostu populacji i odsetka osób po 65 roku życia, liczba zgonów z powodu grypy wydaje się pozostawać na stałym poziomie. Fakt ten tłumaczy się wysokim odsetkiem wyszczepialności. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) odsetek ten w populacji osób po 65 roku życia powinien przekraczać 75% — w Polsce szczepi się około 20% osób z tej grupy wiekowej [6–10]. Według cytowanego wcześniej raportu w sezonie 2024/25 w Polsce zaszczepiło się w sumie około 1,8 mln osób, co stanowi około 5% populacji naszego kraju [3]. Liczby te wskazują na brak świadomości znaczenia szczepień przeciwko grypie w naszym społeczeństwie.

Pomimo zaleceń krajowych i międzynarodowych, grypa jest, niesłusznie, postrzegana jako choroba łagodna i niegroźna, a zasadność szczepień nie jest wystarczająco dobrze argumentowana.

ZWIĄZEK MIĘDZY GRYPĄ A INCYDENTAMI SERCOWO-NACZYNIOWYMI

Spostrzeżenie, że sezon zwiększonej liczby zachorowań na grypę wiąże się ze zwiększoną liczbą incydentów i zgonów sercowo-naczyniowych, nie jest niczym nowym.



Rycina 1. Możliwe powikłania sercowo-naczyniowe związane z zakażeniem wirusem grypy

Początkowo obserwacje związane z tym zagadnieniem miały charakter empiryczny, z czasem potwierdzone zostały jednak w badaniach obserwacyjnych, kohortowych, a wreszcie prospektywnych. Danymi potwierdzającymi tę korelację dysponujemy w zasadzie dla każdego kontynentu i kraju. W okresach sezonowych epidemii grypy liczba zgonów sercowo-naczyniowych wzrasta z 3,4% do 5,6% [11–15]. Okresy epidemii sezonowych nakładają się także na wzrost ryzyka hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca [16]. Miesięczny wzrost aktywności chorób grypopodobnych o 5% przekładał się na zwiększenie liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca w ciągu tego samego miesiąca o 24% [17]. Ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego jest najwyższe w pierwszych dniach od początku infekcji. W jednym z badań dowiedziono, iż wystąpienie objawów infekcji układu oddechowego było związane z 17-krotnym wzrostem ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego w ciągu pierwszych 7 dni. Ryzyko względne, choć stopniowo się zmniejszając, pozostawało jednak podwyższone przez 1 miesiąc po zakażeniu układu oddechowego [18]. W innym badaniu wykazano, iż ryzyko przyjęcia do szpitala z powodu ostrego zawału serca wzrastało 6-krotnie w ciągu 7 dni od zakażenia wirusem grypy [19]. Wyniki szkockich badań dowodzą, że zakażenie wirusem grypy zwiększa ryzyko pierwszego zawału serca 10-krotnie, a udaru mózgu 8-krotnie [20]. Wyniki badań duńskich sugerują

z kolei, że w ciągu 3 dni od zakażenia wirusem grypy ryzyko pierwszego zawału serca rośnie 17-krotnie, a pierwszego udaru mózgu — 10-krotnie [21]. Analiza danych ponad 86 tys. pacjentów w Stanach Zjednoczonych wykazała, że wystąpienie choroby grypopodobnej wiązało się ze wzrostem ryzyka wystąpienia udaru niedokrwinnego o 39% i zawału serca o 24%. Ryzyko wystąpienia udaru było podwyższone nawet po roku od wystąpienia zakażenia — 6% udarów niedokrwiniowych i 7% zawałów serca miało miejsce u pacjentów po co najmniej jednym epizodzie choroby grypopodobnej w ciągu ostatnich 365 dni [21].

Dane epidemiologiczne dotyczące zapalenia mięśnia sercowego związanego z zakażeniem wirusem grypy są trudne do oszacowania. Najnowsze wytyczne ESC dotyczące zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia podkreślają, iż zakażenia wirusowe to jedna z jego najczęstszych etiologii [22]. W metaanalizie przeprowadzonej przez Ouranos'a i wsp. [23] skumulowana częstość występowania zapalenia mięśnia sercowego wyniosła 2,56% (95% CI, 0,66%–5,38%). Warto podkreślić, że w niemal połowie potwierdzonych przypadków zidentyfikowano szczep H1N1 [23]. Aktualne wytyczne zalecają, aby zapalenie mięśnia sercowego uwzględnić w diagnostyce różnicowej u każdej osoby, u której w okresie 2–4 tygodni po wystąpieniu pierwszych objawów zakażenia wirusowego pojawiają się: ból w klatce piersiowej, tachykardia i/lub niestabilność hemodynamiczna [22].

Cytowane badania nie są oczywiście wolne od wątpliwości związanych z metodologią — dotyczą różnych okresów epidemicznych, różnych populacji. Co więcej, na przestrzeni ostatnich dekad standardy leczenia schorzeń układu sercowo-naczyniowego uległy wielu zmianom. Nie zmieniła się jednak patofizjologia powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu grypy — odpowiadają za nie trzy główne mechanizmy:

1. Destabilizacja blaszki miażdżycowej spowodowana przez proces zapalny i leczenie objawowe, które może przyczynić się do wzrostu ciśnienia tętniczego;
2. Wzrost zapotrzebowania metabolicznego komórek mięśnia sercowego oraz tkanek i narządów obwodowych, prowadzący do niedotlenienia i niedokrwienia mięśnia sercowego;
3. Bezpośrednie uszkodzenie mięśnia sercowego lub tętnic wywołujące zapalenie mięśnia sercowego.

Aktualnym pozostaje więc fakt, iż wielu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca lub udaru mózgu mogło przeżyć ciężką infekcją grypową kilka miesięcy wcześniej. Mimo braku pełnych danych epidemiologicznych, trudno nie zaobserwować takiej korelacji, w praktyce jednak rzadko dostrzegamy ten związek przychytno-skutkowy (ryc. 1).

SZCZEPIENIE PRZECIWKO GRYPIE A RYZYKO SERCOWO-NACZYNIOWE

Stosowane dziś szczepienia przeciwko grypie wykazują różną skuteczność w kontekście redukcji ryzyka zachorowania na tę chorobę, zdecydowanie redukują jednak ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji. Dysponujemy jednocześnie coraz większą liczbą dowodów, iż poza redukcją ryzyka zachorowania i jego ciężkiego przebiegu, fakt zaszczepienia się przeciwko grypie redukuje ryzyko sercowo-naczyniowe. W jednym z badań wykazano, że szczepienie redukowało ryzyko wystąpienia udaru mózgu

o 55%, a prewencyjny wpływ utrzymywał się przez 5 lat po szczepieniu [24]. Inne analizy wykazują z kolei, że szczepienie przeciw grypie pozwala na uzyskanie 36% redukcji ryzyka wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych [25]. Wskaźnik liczby pacjentów wymagających leczenia (NNT, *number needed to treat*) dla tego efektu wynosi 58 w populacji ogólnej i jedynie 8 u pacjentów z niedawno przeżytym ostrym zespołem wieńcowym [25]. Według danych z duńskiego rejestru, obejmującego 130 tys. pacjentów, coroczne szczepienie przeciwko grypie w populacji osób z rozpoznaną niewydolnością serca pozwala na redukcję ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny i zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych o 19% [26]. W innym badaniu, dotyczącym 34 tys. pacjentów w wieku ≥ 65 lat hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii, wykazano, że szczepienia przeciwko grypie wiązały się z 16% zmniejszeniem ryzyka hospitalizacji z powodu udaru mózgu w ciągu 1 roku i 8% zmniejszeniem ryzyka zgonu [27]. W 2021 roku opublikowano wyniki pierwszego badania z randomizacją oceniającego wpływ szczepień przeciwko grypie na rokowanie pacjentów z niewydolnością serca. Wykazano w nim, iż szczepienie badanej populacji chorych w okresie zwiększonej liczby zachorowań na grypę przekłada się na:

- 21% względną redukcję ryzyka zgonu;
- 23% względną redukcję ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego;
- 16% redukcję ryzyka hospitalizacji z dowolnej przyczyny;
- 49% względną redukcją ryzyka wystąpienia zapalenia płuc [28].

Wyniki tego badania przedstawiono w tabeli 1. Warto także odnotować wyniki metaanalizy badań obserwacyjnych i randomizowanych dotyczącej efektów szczepienia przeprowadzonej przez Yedlapati i wsp. [29], w której wykazano efekt szczepienia przeciwko grypie w postaci redukcji śmiertelności ogólnej, śmiertelności

Tabela 1. Występowanie zdarzeń w grupie zaszczepionej i grupie placebo w trakcie szczytowego okresu zachorowań na grypę (na podstawie Loeb et al. [28])

	Grupa zaszczepiona (n = 2560)	Placebo (n = 2569)	HR (95% CI)	P
Pierwszorządowy punkt końcowy ^a	193 (7,5%)	237 (9,3%)	0,82 (0,68–0,99)	0,038
Złożony towarzyszący punkt końcowy ^b	270 (10,5%)	308 (12,0%)	0,88 (0,74–1,03)	0,11
Zgon	212 (8,3%)	269 (10,5%)	0,79 (0,66–0,95)	0,0099
Zgon sercowo-naczyniowy	170 (6,6%)	221 (8,6%)	0,77 (0,63–0,94)	0,0099
Zawał serca niezakończony zgonem	9 (0,4%)	13 (0,5%)	0,69 (0,29–1,61)	0,39
Udar mózgu niezakończony zgonem	23 (0,9%)	24 (0,9%)	0,98 (0,55–1,74)	0,95
Hospitalizacja z dowolnej przyczyny	195 (7,6%)	230 (9,0%)	0,84 (0,69–1,01)	0,067
Hospitalizacja z powodu HF	128 (5,0%)	124 (4,8%)	1,03 (0,8–1,31)	0,84
Zapalenie płuc	28 (1,1%)	54 (2,1%)	0,51 (0,32–0,81)	0,0034

^aPierwszorządowy złożony punkt końcowy: zgon sercowo-naczyniowy, zawał serca niezakończony zgonem, udar mózgu niezakończony zgonem. ^bZłożony towarzyszący punkt końcowy: zgon sercowo-naczyniowy, zawał serca niezakończony zgonem, udar mózgu niezakończony zgonem lub hospitalizacja z powodu HF

Skróty: HF (*heart failure*), niewydolność serca; HR (*hazard ratio*), współczynnik ryzyka; CI, (*confidence interval*), przedział ufności

Tabela 2. Efekty szczepienia przeciwko grypie — wyniki metaanalizy badań obserwacyjnych i randomizowanych (na podstawie Yedlapati et al. [29])

Efekty szczepienia przeciwko grypie	Badania randomizowane		Badania obserwacyjne	
	RR	95% CI (P)	RR	95% CI (P)
Śmiertelność ogólna	0,53	0,28–0,99 (0,05)	0,79	0,62–0,099 (0,04)
Śmiertelność sercowo-naczyniowa	0,44	0,26–0,76 (<0,001)	0,82	0,80–0,84 (<0,01)
MACE	0,57	0,43–0,74 (<0,01)	0,90	0,83–0,98 (0,02)

Skróty: MACE (*major adverse cardiovascular events*), poważne niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe; RR (*risk ratio*), ryzyko względne; inne — zob. tab. 1

sercowo-naczyniowej oraz redukcji ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego. Wszystkie efekty były istotne statystycznie (tab. 2).

SZCZEPIENIE PRZECIWKO GRYPIE A WYTYCZNE KARDIOLOGICZNE

Szczepienia przeciw grypie są zalecane pacjentom z chorobami układu krążenia przez organy do spraw zdrowia, organy doradcze i towarzystwa medyczne, w tym WHO, Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*), *American College of Cardiologists*, *American Heart Association*, *Heart Failure Society of America* czy *Centers for Disease Control* [30, 31]. Niestety nowe wytyczne ESC nie wspominają o szczepieniu przeciw grypie w przypadku migotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego ani choroby tętnic obwodowych i aorty [32–34]. Reprezentanci środowiska kardiologów, komentując brak wyraźnych zapisów dotyczących szczepień w wytycznych kardiologicznych, podkreślają kwestie formalne i brak perspektywnych, randomizowanych badań dowodzących wpływu szczepień na twarde punkty końcowe typowe dla badań dotyczących schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Losowe i celowe narażanie pacjentów należących z definicji do grupy ryzyka ciężkiego przebiegu zachorowania poprzez świadome niepodanie skutecznego szczepienia byłoby nieetyczne. Autorzy niniejszego dokumentu stoją jednak na stanowisku, iż w związku ze wspomnianym ryzykiem w tej grupie pacjentów, szczepienia powinny być zalecane. Tymczasem jedynie w dokumencie poświęconym przewlekłemu zespołom wieńcowym szczepienia przeciw grypie, pneumokokom i innym schorzeniom (w tym COVID-19) są rekomendowane w kontekście ogólnych zaleceń dotyczących trybu życia [35]. Być może rzeczywiście szczepienia powinno się traktować podobnie jak kontrolę masy ciała, aktywność fizyczną czy zdrową dietę, czyli oczywisty element zdrowego stylu życia, filar działań profilaktycznych, który nie potrzebuje szczególnej rekomendacji. Niski odsetek wyszczepialności w polskiej populacji dobitnie dowodzi jednak, że nie postrzegamy szczepień w tych kategoriach. W trakcie prac naszego zespołu nad niniejszym dokumentem eksperci ESC opublikowali artykuł specjalny poświęcony szczepieniom jako nowej formie prewencji w kardiologii [36]. Dokument ten stanowi opinię ekspercką, stwierdzenia w nim zawarte

nie mają więc charakteru zaleceń o określonej klasie i sile. Wydzźwięk tego dokumentu jest jednak tożsamy z opiniami polskich ekspertów dotyczącymi znaczenia szczepień przeciwko COVID-19 i pneumokokom w kardiologii [37, 38]. W pełni pokrywa się również z przesłaniem niniejszego stanowiska dotyczącego zasadności szczepień przeciwko grypie.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż wciąż spotykamy się z brakiem podstawowej wiedzy na temat konstrukcji i typów szczepionek, właściwej interpretacji reakcji organizmu na podanie szczepionki, oraz frustracją związaną z brakiem stuprocentowej skuteczności w zapobieganiu zakażeniom. Z całą pewnością jest to przynajmniej częściowo konsekwencją błędów w komunikacji pomiędzy środowiskiem medycznym a pacjentami. Na niski odsetek wyszczepialności wpływ również kwestia organizacji systemu ochrony zdrowia.

SZCZEPIENIE OSÓB STARSZYCH — AKTUALNE MOŻLIWOŚCI

Istnieje kilka typów szczepionek przeciw grypie. Szczepionki inaktywowane, pojednostkowe zawierają wyłącznie białka powierzchniowe: hemaglutyninę i neuraminiidazę [39]. Innym typem są szczepionki z rozszczepionym wirionem, gdzie oprócz białek powierzchniowych w skład wchodzi również cały rozszczepiony wirion, a więc materiału antygenowego jest więcej [40]. Ze względu na niższą skuteczność szczepionek standardowych u osób starszych, opracowano również szczepionkę o wysokiej zawartości antygenów — szczepionka wysokodawkowa jest szczepionką inaktywowaną z rozszczepionym wirionem i czterokrotnie większą ilością hemaglutyniny w porównaniu ze szczepionkami o standardowej dawce [41]. Jej skuteczność oceniano w badaniu z randomizacją i grupą kontrolną u ponad 32 tys. osób w podeszłym wieku (65+) w dwóch sezonach grypowych. Pierwszorzędownym punktem końcowym były objawy grypy potwierdzonej laboratoryjnie. Szczepionkę wysokodawkową porównywano ze szczepionką standardową. Szczepionka wysokodawkowa wykazała przewagę 24,2% w zakresie zapobiegania objawowej infekcji grypowej potwierdzonej serologicznie. Co istotne, osoby w wieku ≥ 75 lat odpowiadały na szczepienie nieco lepiej niż osoby w wieku 65–74 lat. Podobnie choroby współistniejące nie przeszkadzały w podniesieniu

skuteczności szczepionki [42, 43]. W innym badaniu, dotyczącym pensjonariuszy ponad 800 domów opieki (w sumie ponad 53 tys. pacjentów), wykazano większą skuteczność szczepionki wysokodawkowej w porównaniu ze standardową w kontekście wpływu na redukcję ryzyka hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego (redukcja o 12,7%) oraz liczbę hospitalizacji z powodu zapalenia płuc (redukcja o 20,9%) i liczbę hospitalizacji z jakiegokolwiek przyczyny (redukcja o 8%) [44]. Duńskie badanie DANFLU-1 również wykazało większą skuteczność szczepionki wysokodawkowej w porównaniu do standardowej, wyrażoną 64% niższym ryzykiem hospitalizacji z powodu grypy i zapalenia płuc oraz o 49% niższym ryzykiem zgonu [45]. Najnowsza metaanaliza Skaarup i wsp. [46], opublikowana w maju 2024 roku, uwzględniająca 5 prac i w sumie ponad 105 tys. pacjentów, potwierdziła przewagę szczepionki wysokodawkowej nad standardową. Stosując nową szczepionkę, uzyskano 23,5% redukcję ryzyka hospitalizacji z powodu grypy i zapalenia płuc oraz 7% redukcję ryzyka hospitalizacji z dowolnej przyczyny. Nie odnotowano istotnych różnic dla zgonu z dowolnej przyczyny. Należy także podkreślić, iż potwierdzono profil bezpieczeństwa szczepionki wysokodawkowej [47–49], i że jest ona aktualnie zalecana dla pacjentów po 60 roku życia w wielu krajach europejskich, w tym także w Polsce [50].

PODSUMOWANIE

Autorzy niniejszego stanowiska są przekonani, iż argumenty przemawiające za zasadnością corocznego szczepienia przeciwko grypie oraz szczepień rekomendowanych w ramach kalendarza szczepień dla osób dorosłych są oczywiste. Kwestie bezpieczeństwa i skuteczności szczepień w ogóle, a w szczególności przeciwko grypie, w kontekście redukcji ryzyka zachorowania oraz ciężkiego przebiegu infekcji, nie są jednak tematem przewodnim tego dokumentu. Szczepienia nie powinny być widziane jako wyszukana, niebezpieczna procedura dostępna nielicznym, lecz jako filar działania mającego na celu przedłużenie życia i poprawę jego jakości, podobnie jak niepalenie, ruch czy zdrowa dieta. Pacjent powinien otrzymać jasny komunikat o zasadności szczepienia zgodnie z aktualnym schematem. Przekaz ustny i zapis w dokumentacji w formie zalecenia dopełnia wystawienie recepty na odpowiednią szczepionkę. To jest docelowy model działania — zwłaszcza w populacjach szczególnych, do których należą pacjenci

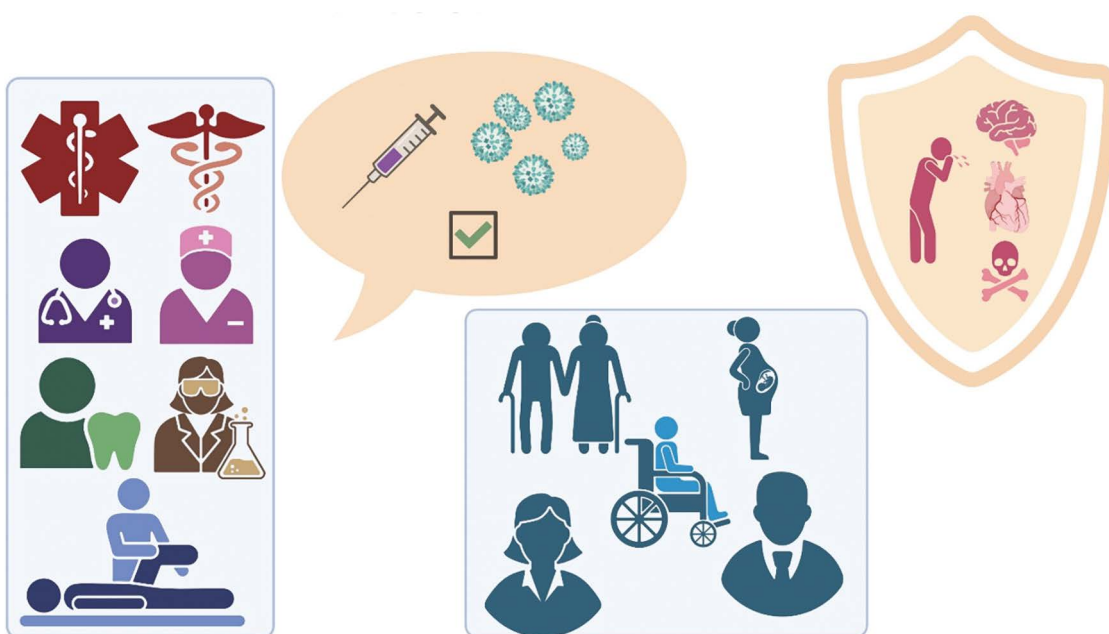
obciążeni schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Dysponujemy wystarczającą ilością dowodów płynących z różnego rodzaju badań i metaanaliz, aby „dodatkową korzyść sercowo-naczyniową” związaną z faktem szczepienia przeciwko grypie uznać za potwierdzoną. Na chwilę obecną kluczowe wydaje się więc znalezienie odpowiednich narzędzi komunikacji, porozumienia na wielu płaszczyznach. W środowisku lekarskim konieczne jest uświadomienie, iż rzetelne informowanie o zalecanych szczepieniach profilaktycznych jest naszym wspólnym, niezależnym od reprezentowanej specjalizacji, obowiązkiem. Komunikat potwierdzający zasadność szczepienia, zwłaszcza w populacjach pacjentów obciążonych przewlekłymi schorzeniami — wzmacniany przez kolejnych specjalistów sprawujących opiekę nad pacjentem, podkreślany przekazem ustnym, wpisem w dokumentacji czy wreszcie wystawieniem recepty — ma realną szansę zmiany sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju. Adresatem tego komunikatu jest pacjent. Konieczna jest jednak również rzetelna komunikacja w obrębie samego środowiska medycznego — lekarzy różnych specjalizacji, ale także przedstawicieli innych zawodów medycznych: pielęgniarek i pielęgniarzy, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i farmaceutów (**Rycina centralna**). Nowe regulacje umożliwiające zaszczepienie się w aptece mogą okazać się przełomowe dla skutecznego zwiększania odsetka wyszczepialności. Wreszcie kluczowa jest komunikacja pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych a decydentami i instytucjami odpowiedzialnymi za kształtowanie systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Ciągłego podkreślania wymaga oczywista dla nas i potwierdzona prawda, iż możliwość zapobiegania infekcjom jest kwintesencją profilaktyki, interwencją skierowaną do osób zdrowych, inwestycją, której efekty zdrowotne, finansowe i społeczne oceniać należy w perspektywie lat, a nie pojedynczych kadencji piastowania urzędów politycznych. Szczepienie przeciwko grypie to jedna z najlepiej przebadanych interwencji medycznych na przestrzeni ostatnich dekad — interwencja bezpieczna, skuteczna, powszechnie dostępna i zapewniająca korzyści przewyższające wyłącznie redukcję ryzyka zachorowania na grype.

Piśmiennictwo

Piśmiennictwoznajdujesięw „PolishHeartJournal”: PolHeart J. 2025; doi: 10.33963/v.phj.109619, dostęp online: https://journals.viamedica.pl/polish_heart_journal/article/view/109619

Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni jednomyślnie przekazywać wszystkim pacjentom aktualne informacje dotyczące wskazań do szczepień przeciw grypie oraz korzyści płynących z corocznych szczepień



Rycina centralna. Zasada jednomyślnej narracji dotyczącej zasadności, skuteczności i bezpieczeństwa szczepienia przeciwko grypie