

Szczepionki: A co z dziećmi w wieku szkolnym z obniżoną odpornością?



P⁺ C PHYSICIANS
FOR INFORMED
CONSENT

Dostępne w innych językach na stronie
[physiciansforinformedconsent.org/
immunocompromised-schoolchildren](http://physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren)



1. KIM JEST OSOBA Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ?

Dzieci z obniżoną odpornością mają osłabiony układ immunologiczny, który uniemożliwia im optymalne zwalczanie infekcji samemu. W konsekwencji są bardziej narażone na powikłania chorób zakaźnych i wymagają dodatkowych środków bezpieczeństwa i metod leczenia.



2. CZY DZIECI Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ MOGĄ CHODZIĆ DO SZKOŁY?

Dzieci z poważnie obniżoną odpornością są zbyt podatne, aby przebywać w miejscach publicznych i nie mogą chodzić do szkoły. Jednakże dzieci, które nie mają poważnie obniżonej odporności, mogą uczęszczać do szkoły, o ile lekarz wyrazi zgodę.



Dzieci z poważnie obniżoną odpornością nie mogą uczęszczać do szkoły, ponieważ są zbyt podatne na zachorowania, aby przebywać w miejscach publicznych.



3. CZY DZIECI W WIEKU SZKOLNYM Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ MOGĄ BYĆ SZCZEPIONE?

Dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością mają możliwość otrzymania wszystkich szczepień zatwierdzonych dla dzieci w Stanach Zjednoczonych, z wyjątkiem szczepionek zawierających żywego wirusa (takich jak szczepionki przeciwko odrze, śwince, różyczce czy ospie wietrznej).¹ Chociaż szczepienia zazwyczaj zapewniają ochronny poziom przeciwciał u dzieci z obniżoną odpornością,²⁻⁶ badania kliniczne bezpieczeństwa szczepionek zazwyczaj wykluczają osoby z obniżoną odpornością.⁷ Ponadto szczepionki nie zostały ocenione pod kątem potencjalnej rakotwórczości,



4. CZY STAN SZCZEPIEŃ INNYCH DZIECI W WIEKU SZKOLNYM STANOWI ISTOTNE ZAGROŻENIE DLA DZIECI W WIEKU SZKOLNYM Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ?

Stan szczepień innych dzieci w wieku szkolnym nie stanowi istotnego zagrożenia dla dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością z następujących powodów (Tabela 1):

- Niektóre szczepionki nie zapobiegają rozprzestrzenianiu się bakterii lub wirusów, przeciwko którym je zaprojektowano.
- Nie wszystkie choroby zakaźne są zaraźliwe.
- Niektóre choroby zakaźne nie rozprzestrzeniają się w szkołach.
- Niektóre choroby zakaźne rzadko powodują powikłania u dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością.
- Immunoglobuliny (osocze zawierające przeciwciała) są dostępne dla dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością narażonych na pewne choroby zakaźne.



Dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością nie są narażone na znaczące ryzyko w związku ze stanem szczepień innych dzieci w wieku szkolnym.

Tabela 1: Dlaczego stan szczepień innych dzieci w wieku szkolnym nie stanowi znaczącego ryzyka dla dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością?



Niektóre szczepionki nie zapobiegają rozprzestrzenianiu się bakterii lub wirusów, przeciwko którym je zaprojektowano.

Dzieci zaszczepione szczepionką DTaP, przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (kokluszowi), lub inaktywowaną szczepionką przeciw polio (IPV) mogą zostać zarażone bakterią powodującą błonicę, bakterią krztuśca lub wirusem polio i rozprzestrzeniać je na innych, nawet przy lekkich objawach lub ich braku.⁹⁻¹¹ Nie stwierdzono znaczącego ograniczenia rozprzestrzeniania się grypy przy stosowaniu szczepionek przeciw grypie (TIV i LAIV).^{12,13}



Nie wszystkie choroby zakaźne są zaraźliwe.

Tęžec nie jest chorobą zaraźliwą, co oznacza, że w żadnych warunkach nie przenosi się z jednej osoby na kolejną.¹⁴



Niektóre choroby zakaźne nie rozprzestrzeniają się w szkołach.

Zapalenie wątroby typu B nie przenosi się przez pocałunek, uścisk, trzymanie dłoni, kasłanie, kichanie lub używanie tych samych sztućców,¹⁵ a główne drogi przenoszenia zapalenia wątroby typu B (kontakty seksualne, stosowanie narkotyków dożylnych lub poród przez zakażoną matkę)¹⁶ nie występują w szkołach. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) jest przenoszony drogą płciową, przez co nie rozprzestrzenia się w szkołach.¹⁷ Pałeczka grypy typu B (Hib) zazwyczaj roznosi się wśród dzieci w wieku przedszkolnym, głównie u dzieci w wieku 3 lat lub młodszych.¹⁸



Niektóre choroby zakaźne rzadko powodują powikłania u dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością.

Śmiertelne przypadki świnki są bardzo rzadkie u dzieci w wieku szkolnym (1 przypadek śmierci na 100 000 zachorowań na świnkę),¹⁹ do tego zaobserwowano, że dzieci z obniżoną odpornością w przypadku świnki powracają do zdrowia tak jak ogólna populacja.²⁰ Największe ryzyko związane z krztuścem i różyczką występuje u niemowląt i dzieci w łonie matki i nie stwierdzono, aby obniżona odporność była istotnym czynnikiem ryzyka dla powikłań krztuśca lub różyczki u dzieci w wieku szkolnym.²¹



Immunoglobuliny (osocze zawierające przeciwciała) są dostępne dla dzieci w wieku szkolnym z obniżoną odpornością narażonych na pewne choroby zakaźne.

Immunoglobuliny (IG) są dostępne jako profilaktyka poważnych objawów u dzieci z obniżoną odpornością narażonych na odrę lub różyczkę (IG nie stanowi ochrony dla płodów matek zarażonych różyczką).^{22,23} Immunoglobuliny przeciwko wirusowi ospy wietrznej (VIG) są dostępne jako profilaktyka poważnych objawów u dzieci z obniżoną odpornością narażonych wirusa ospy wietrznej.²⁴ Immunoglobuliny przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B (HBIG) i przeciwko wirusowi tężca (TIG) są również dostępne dla dzieci z obniżoną odpornością.¹

Wszystkie dokumenty odniesienia są dostępne na stronie physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren.

Informacje te zostały przedstawione wyłącznie w celach informacyjnych i nie powinny być interpretowane jako indywidualna porada medyczna.

ODNIESIENIA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP): use of vaccines and immune globulins in persons with altered immunocompetence. MMWR. 1993 Apr;42(No. RR-04).
2. Ercan TE, Soykan LY, Apak H, Celkan T, Ozkan A, Akdenizli E, Kasapçopur O, Yildiz I. Antibody titers and immune response to diphtheria-tetanus-pertussis and measles-mumps-rubella vaccination in children treated for acute lymphoblastic leukemia. J Pediatr Hematol Oncol. 2005 May;27(5):273-7.
3. Feldman S, Gigliotti F, Shenep JL, Roberson PK, Lott L. Risk of *Haemophilus influenzae* type b disease in children with cancer and response of immunocompromised leukemic children to a conjugate vaccine. J Infect Dis. 1990 May;161(5):926-31.
4. Hodges GR, Davis JW, Lewis HD Jr, Siegel CD, Chin TD, Clark GM, Noble GR. Response to influenza A vaccine among high-risk patients. South Med J. 1979 Jan;72(1):29-32.
5. Moss WJ, Clements CJ, Halsey NA. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. Bull of the World Health Organ. 2003;81(1):62,64.
6. Barbi M, Bardare M, Luraschi C, Zehender G, Clerici Schoeller M, Ferraris G. Antibody response to inactivated polio vaccine (E-IPV) in children born to HIV positive mothers. Eur J Epidemiol. 1992 Mar;8(2):211-6.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. 5th ed. Miller ER, Haber P, Hibbs B, Broder K. Chapter 21: surveillance for adverse events following immunization using the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. 1,2.
8. U.S. Food and Drug Administration: vaccines licensed for use in the United States. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; [updated 2018 Feb 14; cited 2018 Feb 27]. <https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm093833.htm>.
9. Miller LW, Older JJ, Drake J, Zimmerman S. Diphtheria immunization. Effect upon carriers and the control of outbreaks. Am J Dis Child. 1972 Mar;123(3):197-9.
10. Warfel JM, Zimmerman LI, Merkel TJ. Acellular pertussis vaccines protect against disease but fail to prevent infection and transmission in a nonhuman primate model. Proc Natl Acad Sci USA. 2014 Jan 14;111(2):787-92.
11. Cuba IPV Study Collaborative Group. Randomized, placebo-controlled trial of inactivated poliovirus vaccine in Cuba. N Engl J of Med. 2007 Apr 12;356(15):1536-44.
12. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 2;(6)CD005187:2.
13. Ohmit SE, Petrie JG, Malosh RE, Cowling BJ, Thompson MG, Shay DK, Monto AS. Influenza vaccine effectiveness in the community and the household. Clin Infect Dis. 2013 May;56(10):1363.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 344.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Protect your baby for life: when a pregnant woman has hepatitis B. October 2010. <https://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/PDFs/HepBPerinatal-ProtectWhenPregnant.pdf>.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 154-5.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 177.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 120.
19. **Before the mumps vaccine was licensed in 1967, nearly everyone contracted mumps in childhood. In 1966, there were 43 mumps deaths out of 4 million cases (the average size of a birth cohort in the 1960s): about 1 mumps death per 100,000 mumps cases.**
 - Wagenvoort JH, Harmsen M, Boutahar-Trouw BJ, Kraaijeveld CA, Winkler KC. Epidemiology of mumps in the Netherlands. J Hyg (Lond). 1980 Dec;85(3):313-26.
 - Centers for Disease Control and Prevention. Reported cases and deaths from vaccine preventable diseases, United States, 1950-2013. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E3.
20. de Boer AW, de Vaan GA. Mild course of mumps in patients with acute lymphoblastic leukaemia. Eur J Pediatr. 1989 Jun;148(7):618-9.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 262,263,265,325,326.
22. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2013 Jun;62(RR-04):17,24.
23. Young MK, Cripps AW, Nimmo GR, van Driel ML. Post-exposure passive immunisation for preventing rubella and congenital rubella syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 9;(9)CD010586:3.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Varicella-zoster immune globulin for the prevention of chickenpox: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR. 1984 Feb;33(7):84-90,95-100.