

A meningococcus elleni védőoltásról

Beszélgetés dr. Kulcsár Andreával

Az elmúlt hónapokban előfordult tragikus kimenetelű agyhártyagyulladás- esetek eddig talán soha nem tapasztalt érdeklődést váltottak ki a médiában és ennek következtében a szülőkhöz és az oltóorvosokhoz is a meningococcus elleni védőoltások iránt. Ez adja az aktualitását, hogy a témában beszélgetésre kérjük Dr. Kulcsár Andreát, a Szent László Kórház Védőoltási Szakambulanciájának vezetőjét, a HGYE tiszteletbeli tagját. A főorvosnővel a Hírvivő szerkesztőségének nevében Kovács Ákos, a szakmai-tudományos munkacsoport vezetője beszélgetett.

■ Szomorú, hogy gyermekeknek kell meghalniuk ahhoz, hogy a betegség és annak megelőzése egy időre a laikus közönség érdeklődésének fókuszába kerüljön. Egyesületünket is számtalan telefonos, elektronikus és személyes megkeresés érte el, az oltóorvosok, a szakmai döntéshozók, a szülők és média részéről egyaránt. Igyekeztünk legjobb tudásunk szerint megfelelni a feladatnak, több alkalommal nyilatkoztunk különböző televíziós csatornákon, elektronikus és nyomtatott felületeken. Egyes vélemények szerint a HGYE-nek nem kis szerepe volt abban, hogy az „ügy” elérte az emberek figyelmének ingerküszöbét. Hogyan látja mindezt az infektológus, a védőoltási szakember? Milyen tanulsággal szolgál ez az egész „össznépi nekibuzdulás”, van-e esetleg a jövő számára is megfontolandó üzenete számokra?

K. A.: Első gondolatom, hogy szomorú, hogy a prevenciós szemlélet hiányában áldozatok kellene ahhoz, hogy mindannyian személyes feladatként kezeljük az elérhető védőoltási gyakorlatot. Személyesen úgy gondolom, hogy az elmúlt tíz évben sokat és sokszor tanítottalak benneteket, hogyan kell alkalmazni a védőoltásokat. Mindent elkövettem, hogy mindenki megismerje

azokat a fertőzéseket, amelyeket muszáj elkerülni, senkit nem szabad kitenni a betegségnek, ha az megelőzhető. A mostani helyzet is rávilágít, hogy egyedül nem megy. Ha csapatként dolgozunk, akkor többet érhetünk el.

■ A társadalmi érdeklődés hullámverése a döntéshozók legmagasabb szintjét is elérte. Lázár János, a Miniszterelnökséget vezető miniszter egy kormányinfón feltett kérdésre válaszolva elmondta, hogy az ügyben már érkezett civil kezdeményezés a kormányhoz a házi gyermekorvosok részéről. Ezeket továbbították az egészségügyi államtitkárnak, így jelenleg az ő véleményére várnak, de „a kormány kész megvenni azt a pár oltást is”. Egy országos oltási programban gondolkodva óvatos és közelítő becslések szerint ez a „pár oltás” is több milliárd forintba kerülne. A betegség hazai incidenciáját és mortalitását számításba véve durván kb. 1–2 milliárd forintot kellene fizetnünk egy-egy gyermek életének megmentéséért. Jelenleg tudásunk szerint csak az Egyesült Királyságban van országos oltási program a B szerocsoport ellen, így Magyarország lenne a második ilyen ország Európában. Elsősorban természetesen szakmai, és nem gazdasági szempontokat mérlegelve, véleményed szerint lenne indokoltsága és realitása egy ilyen országos oltási programnak Magyarországon?

K. A.: Nehezet kérdezel, ellenben én könnyen válaszolok, mert a döntéshozó nem én vagyok. Persze, mindenképpen nyereség volna, ha mindenki megkaphatná a B szerocsoport elleni oltást is. Ha lehetőség van rá, akkor azonnal. Ha nem akarok populáris lenni, akkor azonban azt kell mondanom, hogy egy teljes populációt érintő oltási program elindításának komoly szakmai előkészítés az egyik feltétele. Az anyagi lehetőségeinkről szerintem nem én vagyok az egyetlen, aki nem tud nyilatkozni, csak

gondolom, hogy nem reális kívánság jelenleg a program. A hazai epidemiológiai helyzet, az évi 30-40 MenB-megbetegedés önmagában nem teszi lehetővé, hogy indokolt legyen az oltási program bevezetése. Tudnunk kellene az egyes korcsoportok baktériumhordozó állapotát. Tudtommal a SOTE mikrobiológiai tanszéke végez vizsgálatot, azonban az Országos Epidemiológia Központ nem használja az adatokat. Nemcsak az oltóanyag költségét kell figyelembe venni, hanem a mikrobiológiai változások alakulásának vizsgálati költségét is. És azt se felejtjük el, hogy a megbetegedésnek van egy speciális életkori prevalenciája. Ha nincs konkrét vizsgálatunk, hogy határozzuk meg az oltandók körét? Csecsemők és serdülők? Vagy csecsemők és fiatal felnőttek? Annak ellenére, hogy az esetszám szerencsére igen kevés, azért mindig lesz egy-egy olyan a megbetegedettek között, aki éppen nem tartozott semmilyen életkori rizikócsoportba, és így az immunizáltak körébe sem. Értük ki lesz a felelős? Tudom, hogy a legegyszerűbb volna az államilag biztosított oltóanyag, de nem várhatunk minden megoldást felülről. A feladatunkat abban látom pillanatnyilag, hogy tájékoztassunk mindenkit a betegségről és a megelőzés lehetőségéről.

■ A Hírvivő egyik fontos feladata szakmai információk továbbítása, megosztása. Ha megengeded, kihasználnánk az alkalmat, és megkérdeznénk a véleményedről néhány, éppen a meningococcus-vakcinákkal kapcsolatban felmerült, hozzánk beérkezett szakmai kérdéssel is. A hirtelen megnövekedett oltási hajlandóságra a hazai piac nem volt, nem is lehetett felkészülve. Ennek következtében a vakcina hirtelen eltűnt a gyógyszertárak polcairól. A gyártó szerint a 2017. évi készlet tíz nap alatt fogyott el. Ennek a vakcinának a gyártási ideje nem néhány nap, nem is néhány hét. Azonnali készletfeltöltés tehát aligha várható. Hogyan nyugtathatjuk meg



azokat a szülőket, akik a már megkezdett, de befejezni nem sikerült immunizálás hatékonysága miatt aggódnak? Van-e arra tudományos adat, hogy vajon milyen mértékű védettséget jelent egy ilyen „csonka” oltási sorozat?

K. A.: Az oltási sémák optimális intervallumokat jelentenek és egyben a két oltás közötti minimum időközt, ami az immunválasz kialakulásához feltétlenül szükséges. A megkezdett oltási sor folytatása több okból is eltolódhat. Ha betegség vagy szabadságolás miatt tolódik az oltási sor, vagy ha az oltóanyag ellátási hiánya miatt késünk, az immunválasz akkor is létrejön. Eleve minden oltott páciens saját immunrendszerének válaszkészségén is múlik, hogy milyen mértékű lesz az immunválasz. Minden egyes beadott oltás többet jelent, mint a semmi. Nyilván vannak vizsgálatok azzal kapcsolatban, hogy egy oltás után mekkora immunogenitás várható, de felesleges százalékokat emlegetni. Sokan azt a közel 80%-os várható hatékonyságot is kevésnek tartják, ami a teljes oltási sorral várható. De sokkal fontosabb, hogy minden aggódó szülővel tudatni kell, hogy a járványhelyzet nem változott. Az oltás most is annyira szükséges és javasolt, mint egy évvel vagy öt évvel ezelőtt.

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet főigazgatójának nyilatkozata szerint az intézet folyamatosan figyelemmel kíséri a készleteket, és több gyógyszer-nagykereskedővel felvették a kapcsolatot, arra kérve a cégeket, hogy keressenek külföldi forrásokat, hogy a magyarországi jelenleg extrém mértékű igényeket ki lehessen elégíteni. Nyilatkozatában a főigazgató a háziorvosok és gyermekorvosok közreműködését kéri abban, hogy a rendelésnél a megkezdett oltási sorok folytatását prioritásként kezeljék, új oltási sort csak indokolt esetben indítsanak. Józan szakmai ésszel végiggondolva, szakmai és etikai megfontolások alapján egyaránt, ebben a helyzetben éppen ellenkezőleg kellene cselekedni, vagyis akit csak lehet, és ezt igényli, legalább egy oltással immunizálni, és ha majd lesz elegendő vakcina, az oltási sorozatot folytatni. Mi erről a véleményed, van-e információd arról, hogy történik-e megfelelő szakmai egyez-

tetés egy-egy ilyen nyilatkozat elhangzása előtt?

K. A.: Azzal értek egyet, hogy aki igényli, annak az oltási sort el kell indítani. Szakmailag is ez indokolt, mert soha nem tudható, hogy az oltott aktuális immunválasza mekkora mértékű. A teljes oltási sorok nemcsak a pillanatnyi védettség kiteljesedését szolgálják, hanem a lehetséges leghosszabb távú hatás elérését is. Mivel az immunrendszer nem felejt, a rövid távú késlekedésnek nincs hátránya. A kérdés második felére vonatkozóan én csak azt tudom, hogy sajnos hazánkban igazán hiteles szakmai munkacsoport nincs kijelölve. A járványügyi szakemberek mellett a döntéshozóknak mikrobiológusokat, immunológusokat, vakcinológusokat is meg kellene hallgatni. A hazai szakemberek mellett folyamatosan konzultálni kellene a tapasztalattal rendelkező külföldi szakemberekkel. Az Egyesült Királyság epidemiológiai szakemberei felajánlották a segítségüket, de tudtommal eddig ezt nem vettük igénybe.

Az év elejétől a meningococcus C elleni vakcinák kétéves életkor alatt térítésmentesen rendelhetők. Az OEK információi szerint ugyanakkor az eddig hazánkban fertőzést okozó B és C szerotípus mellett több ízben igazolták az Y és a W135 szerotípus kóroki szerepét is, ez utóbbi fertőzés halálos megbetegedéshez is vezetett. Nem indokolja-e ez a tény a szakember szerint az eddig javasolt oltási gyakorlat újragondolását, és a 4 komponensű kombinált oltóanyag alkalmazását fiatalabb életkorban is? Információjuk van arról, hogy több kolléga javasolja a csecsemőkorban megkezdett meningococcus C oltási sorozat egy- és kétéves kor között beadandó harmadik oltását a kombinált oltóanyaggal befejezni. Mi a véleményed erről a gyakorlatról? Immunológiai szempontból alkalmas a kombinált vakcina C komponense a MenC-oltások boosterelésére?

K. A.: Nem indokolt a 4 komponensű oltóanyag alkalmazása serdülőkor előtt. Még abban az országban, ahol a megbetegedés incidenciája megkívánta ennek beillesztését a nemzeti immunizációs programba – az Egyesült Királyságban történt ez is –, a kombinált oltást a fiatal serdülőkorúaknál, 9–10

éveseknél, a 16–18 évesen középiskolát elhagyóknál vezették be, mert a megbetegedések leginkább ebben az életkorban fordulnak elő. Nem indokolt gyakorlat a 4 komponensű oltást használni kisdedkorban hazánkban sem, bár immunológiai szempontból egyébként alkalmas lenne booster oltásnak. Az epidemiológiai jellemzőnket figyelembe véve ebben az életkorban a C és B szerocsoport elleni küzdelemre kell fókuszálni. Egyéni indikáció természetesen lehet, mondjuk, ha a család Afrikába utazik, vagy Szaúd-Arábiába... Nem kell azonban átesnünk a ló túloldalára! A 4 komponensű oltást 9–10 éves korban adva booster oltásnak, vagy akkor kezdett immunizálásra javaslom.

Tudjuk, hogy MenC-oltást követő protektív ellenanyagszint, ami a védettség jelenleg ismert legjobb indikátora, 3–5 év alatt jelentősen csökken. Ennek alapján, többek között a Te szakmai ajánlásodat követve javasoljuk a MenC-oltások 5 évente történő újraoltását egészen 25 éves korig. Ez azonban sem az Epinfoban, sem egyéb módszertani levélben nem olvasható, vagyis jelenleg „off label” gyakorlat. Van remény arra, hogy egy modern, aktualizált „hivatalos” oltási ajánlás a közeljövőben elérhetővé válik az oltóorvosok számára?

K. A.: Az alkalmazási leiratokban mindig van egy olyan kitétel, hogy mindenkor a helyi ajánlásokat kell követni. Mint említettem, hazánkban sajnos nincs olyan munkacsoport, amelyik a téma szakértőit összefogva közös konszenzust alkotna. A védőoltások nem terápiás készítmények, amelyeknek konkrét adagolási javaslata van. Ha nem vesszük figyelembe a helyi epidemiológiai viszonyokat, az immunológiai jellemzőket, amelyek befolyásolják az oltóanyag hatástartamát és hatékonyságát, akkor a páciensünk védettsége nem biztosított. Megtisztelő, ha követitek a javaslataimat. A nemzetközi irodalmat és ajánlásokat követem, és a hazai epidemiológiai helyzethez adaptálom az olvasottakat. Mielőtt bármit javaslok, kikérem nemzetközi szakértők véleményét. A véleményem megalapozott. Amíg hazánkban nem lesz megfelelő nyájimmunitás, az egyének védettségéről kell gondoskodnunk.

Köszönjük a beszélgetést!