

Необходимост от имунизация срещу грип на медицинските специалисти

Международни аспекти на проблема

Доц. Нина Гачева

Българска асоциация по превенция и контрол на нозокомиалните инфекции „БулНозо“

Резюме

Налице са публикувани данни, доказващи ползата от ваксинацията срещу грип на медицинските специалисти по отношение на резултатността от лечението на пациентите и отсъствията от работа на специалистите, както и за ограничаване на разпространението на грипната инфекция сред персонала. В тази статия е представен преглед на фактите и дискусиите по въпроса за необходимостта от ваксинация срещу грип на здравния персонал, потенциалните пречки за обхващане с имунизация, респ. причините, поради които имунизацията се приема от медицинските специалисти, силните страни и слабостите на различните стратегии, прилагани или препоръчвани за подобряване на имунизационния обхват на персонала. Изяснява се нуждата от приемане на национални цели за постигане на определено ниво на имунизацията срещу грип и въвеждане на комплексни интервенционни мерки в съответствие с последните препоръки на Съвета на ЕС, според които крайната цел е да се достигне имунизационно покритие от 75% до грипния сезон на 2014–2015 г.

Ключови думи: медицински специалисти, грип, ваксинален обхват.

The rationale for influenza vaccination of healthcare personnel: International aspects of the problem

Nina Gotcheva

Bulgarian Association for Prevention and Infection Control – BulNoso

Abstract

Despite the documented benefits of healthcare personnel (HCP) influenza vaccination on patient outcomes, HCP absenteeism, and on reducing influenza infection among staff, vaccination coverage has remained low. This article presents an overview of the facts and discussions on the rationale for influenza vaccination of HCP, the potential barriers to, and reasons for HCP acceptance of influenza vaccination and on the strengths and weaknesses of different strategies used or recommended for improvement of the vaccine acceptance rate in clinicians. The need of establishing national targets for influenza vaccination rate and implementation of multi-component interventions is clarified in line with the recent EC recommendations for a goal of 75% vaccination coverage by the 2014–2015 influenza season.

Key words: healthcare personnel, influenza, vaccination coverage.

Увод

Съвременната наука и практика несъмнено доказват, че имунопрофилактиката с грипни ваксини представлява сигурна и високоефективна мярка за защита от заболяването и свързаните с него усложнения. Същевременно нозокомиалното разпространение на грип по веригата пациент-персонал-пациент остава до голяма степен подценявано. Само ограничен брой срезови и проспективни проучвания дават представа за заболяемостта от грип и грипозодобни заболявания сред медицинските специалисти,^{5, 6, 11, 22} още повече, че инфекцията при значителна част от персонала може да протече леко или субклинично. Медицинският персонал (МП) може да бъде заразен от пациентите и на свой ред да предаде грипната инфекция на пациенти или свои колеги. Особено висок е рискът от заразяване по време на грипни епидемии – съобщавани са до 59% болни от грип сред персонала, докато средният показател за засягане на възрастното население по данни на СЗО е 5–10%.^{17, 23}

Многократно по-високият показател при МП се обяснява с факта, че той се среща с многобройни източници на зараза, не само при обичайните контакти в дома и обществото, но и при директния контакт с пациентите. В зависимост от честотата и интензивността на този контакт, степента на риска от грипна инфекция варира за различните категории здравни служители, като остава най-висока при тези, заети с ежедневни грижи за пациентите.²

Прогресът на националните програми за ваксинация срещу грип е предмет на наблюдение и оценка от страна на СЗО. Според публикувано през 2005 г. проучване, което обхваща 56 страни,²¹ за периода 1997–2003 г. е постигнато

значително нарастване на потреблението на грипни ваксини почти навсякъде, като най-високо ниво на ваксинационно покритие (разпределени дози на 1 000 жители) се установява в Канада (344), Република Корея (311), САЩ (286) и Япония (230). В повечето страни има конкретни препоръки за имунизирани на възрастните и рисковите групи с определени хронични заболявания, но реимбурсиране чрез национални и социални фондове е осигурено само в някои от тях.

Целта на представения кратък преглед е да очертае актуалността на проблема за имунизацията срещу грип на МП и да обобщи препоръките на международно значими институции, както и постиженията на водещите страни на този етап.

Необходимост от имунизацията срещу грип на МП

Необходимостта от имунизацията на медицинските специалисти^{6, 10, 20} следва да се разглежда в няколко аспекта:

1. *Епидемиологичен аспект* – МП с грипна инфекция (клинично проявена или субклинична) представлява източник на зараза, който е особено ефективен предвид съществуващите в здравното заведение условия за улеснено предаване на тази респираторна инфекция: многобройните близки контакти при грижи за пациентите и тяхната понижена имунна защита, в резултат от основното заболяване и/или проведени диагностични и лечебни процедури.

С имунизацията срещу грип на МП се постига определен епидемиологичен ефект – предотвратява се предаването на инфекцията на пациентите и се създава високо ниво на имунна прослойка („колективен имунитет“), което ограничава разпространението на грип в съответното заведение.

Публикувани са резултати от проучвания, които показват връзката между високото ниво на ваксинално покритие сред МП и пониската нозокомиална заболяемост от грип.^{16, 18} При наблюдение, проведено в една специализирана болница в продължение на 12 грипни сезона (1987–2000 г.), е установено съществено увеличение на обхвата с грипна ваксинация на МП (от 4% през 1987–1988 г. на 67% за 1999–2000 г.), съпроводено от значително намаление на лабораторно доказаните случаи на грип при персонала – от 42% през 1990–1993 г. до 9% за 1997–2000 г. и на нозокомиалния грип при пациентите – от 32% до 0%, съответно.

2. *Общомедицински аспект* – приложението

на ваксината осигурява индивидуална защита на самите медицински специалисти, при които се очаква високо ниво на постваксинален имунитет, тъй като се касае за здрави, имунокомпетентни индивиди; едновременно с това, имунизацията на МП косвено защитава пациентите, които поради основното си заболяване не могат да бъдат ваксинирани или да отговорят адекватно на ваксинацията, а носят висок риск от усложнения (деца до 2-годишна възраст, пациенти над 65 години, имунокомпрометирани или с хронични заболявания).

3. *Социално-икономически аспект* – с имунизацията срещу грип се редуцира заболяемостта на МП, намаляват се отсъствията от работа и се гарантира нормалното функциониране на здравните заведения, което се отразява благоприятно върху всички сфери на обществото, особено в критичните условия на епидемичен подем; наред с това, положителният пример на медицинските специалисти е най-мощното средство за убеждаване на другите групи от населението в ползата от масовата ваксинация срещу грип; с икономически анализи се доказва, че ваксинацията може да редуцира както директните, така и индиректните разходи, като >70% от предотвратените загуби са резултат от значителното съкращаване на разходите, свързани с намалена трудова продуктивност.^{3, 14}

Въз основа на тези предпоставки, имунизацията на МП се разглежда като най-ефикасният елемент в системата от мерки за безопасност на пациента и защита на персонала, без да се омаловажават останалите мерки за контролиране на грипната инфекция, които следва да се прилагат успоредно: стриктна хигиена на ръцете и спазване на респираторния етикет, вкл. поставяне на маска на лицата с грипозобна симптоматика, носене на адекватни средства за лична защита от персонала, кохортно настаняване на пациентите, недопускане на болни от персонала или посетителите в здравното заведение, антивирусна профилактика и лечение.

Обхващане на МП с ваксинация срещу грип – препоръки и постижения

В голям брой публикации и документи на различни здравни институции и научни сдружения се обсъждат подробно причините, поради които МП приема или не приема ваксинацията срещу грип:^{4, 7–10, 13, 19, 20}

■ *Най-честа бариера за имунизацията се оказват недостатъчните познания за тежестта на заболяването и/или естеството на ваксината:*

подценяване на болестните прояви и усложненията, свързани с грипната инфекция, необоснован страх от странични ваксинални реакции или от недостатъчна ефективност на ваксината; понякога се изтъква липсата на време и удобни имунизационни пунктове, доверието в хомеопатичните лекарства.

■ *Основните фактори, благоприятстващи вземането на решение за ваксиниране, Включват:* предишна ваксинация, предишно заболяване от грип, възраст над 45 години и свързаното с възрастовия фактор осъзнаване на необходимостта от лична защита, съзнанието за професионална отговорност по отношение на пациентите, както и практическите аспекти, напр. осигуряване на безплатна ваксина и лесен достъп до имунизационния екип.

Въз основа на посочените проучвания и анализи, чрез които се установяват причините за недостатъчно имунизационно покритие на МП и факторите, подкрепящи решението за имунизация срещу грип, са разработени национални, регионални и локални (за болничните заведения) стратегии, които най-често включват следните подходи:^{8, 10, 13, 15}

■ *Обучителни програми (табл. 1) и организиране на имунизационни кампании.*

■ *Водещият пример на лидерите* – ваксиниране на старшия МП, ръководители, признати експерти и личности в областта на здравеопазването.

■ *Осигурен достъп* – подходящо време и място за имунизационните пунктове, безплатна ваксина и поощрителни бонуси.

■ *Публикуване на информация за достигнатото ниво на имунизационно покритие* – по отделения и болнични заведения.

■ *Включване на този показател в системата за оценка на качеството*, като част от болничната програма за контрол на инфекциите, свързани със здравните грижи.

■ *Изискване на удостоверен с подпис писмен отказ от ваксинация.*

■ *Регламентиране на изискването за задължителна ваксинация на МП срещу грип, аналогично на това за хепатит В.*

В резултат от практическото приложение на такава политика, нарастващ брой болнични корпорации и здравни организации в САЩ съобщават трайно висок обхват с ваксинация на МП (до 98%), ниво, което надхвърля поставената цел от 90% според националната стратегия Здраве за населението – 2020.^{8, 15, 20}

В Европа, според препоръките на Съвета на ЕС от 22 декември 2009 г. относно ваксинацията срещу сезонен грип:

„...Държавите-членки се насърчават да приемат и прилагат национални, регионални или местни планове за действие или политики, чиято цел е повишаване на ваксиналния обхват срещу сезонния грип, така че да се достигне възможно най-скоро, за предпочитане най-късно до зимния сезон на 2014–2015 г., обхват на ваксиниране 75% сред „хората в напреднала възраст“, а при възможност и сред другите рискови групи. **Държавите-членки се насърчават да подобряват ваксиналния обхват сред здравните работници.**”

Грип	Ваксинация срещу грип
<ul style="list-style-type: none"> Ежегодни епидемии - късна есен до ранна пролет Грип А подтиповете периодично причиняват пандемии, засягащи до 50% от населението; последната през 2009 г. е причинена от пандемичния А Н1Н1 Възприемчивостта е висока, контагиозният индекс достига 96–100% Засяга всички възрасти, с най-висока заболяемост сред децата Тежко протичане и смъртни случаи предимно сред възрастните ≥65 години, деца под 2 години и пациенти с хронични заболявания; тежко протичане със смъртен изход е възможно при бременни Най-честите усложнения са: първични вирусни и вторични бактериални пневмонии, следвани от сърдечно-съдовите и на ЦНС увреждания, вкл. менингити и енцефалити При пандемичния грип А Н1Н1 през 2009 г. се увеличава честотата на усложненията и сред здравото възрастно население на 19–64 години 	<ul style="list-style-type: none"> Ежегодната ваксинация с актуалните щамове за сезона е най-ефективна профилактична мярка Сезонната тривалентна ваксина съдържа инактивирани грипни вируси: по 1 щам от грипни вируси А (Н3 Н2), А (Н1Н1) и грип В Ваксината е инактивирана и следователно не може да причини заразяване, прилага се след навършване на 6-месечна възраст Ваксината се получава от кокоши ембриони и затова най-значимото противопоказание за приложение е свръхчувствителност към яйца Постваксиналните реакции са леки и бързопреходни, предимно местни Изработване на защитни антитела се постига за 2–3 седмици, по тази причина може да се очаква ефект и от закъсняла имунизация през ноември-декември Антивирусните препарати са само допълнение към ваксинацията и са ефективни като лечебно средство или за екстрена химиопрофилактика на контактните

Табл. 1. Грип – важни факти за заболяването и ваксинацията

В заключение, значимостта на проблема и подходите за неговото решаване могат да бъдат обобщени така:

- С имунизацията на МП се постига предотвратяване и контрол на нозокомиалното разпространение на грипната инфекция.

- Имунизацията срещу грип на медицинските специалисти е основен елемент в системата за защита на пациента и предпазване на персонала и следователно представлява тяхна лична и на съответното здравно заведение отговорност в професионален и етичен план.

- Медицинските специалисти са основна движеща сила за ваксинация и на пациентите и следва да имат:

- осигурена информация/обучение за заболяването и ваксинацията;

- ясни цели и стимули с оглед на про-активното им действие за идентифициране и ваксинация на рисковите пациенти.

- Повечето автори подчертават важността на факта да се внедряват комплексни, многокомпонентни политики и програми, които винаги са по-успешни, защото обединяват ползата от многостранното атакуване на проблема.

- Досегашният опит на САЩ, където има най-стабилни постижения в това отношение, потвърждава необходимостта от регламентиране на изискването за ваксинация срещу грип на МП, вкл. като условие при постъпване на работа.

Литература

1. Грун. В кн.: Инфектология, ред. Б. Илиев, Г. Митов, М. Пачев. София, 2001; 189–198.
2. Bolyard EA, et al. *Am J Infect Control* 1998; 26:289–354.
3. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, et al. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284:1655–63.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim results: Influenza A (H1N1) 2009 and Monovalent Seasonal Influenza Vaccination Coverage Among Healthcare Personnel – United States August 2009 – January 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Recommendations and Report 2010; 59:357–362. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5912a1.htm>
5. Elder AG, O'Donnell B, McCruden EA, et al. Incidence and recall of influenza in a cohort of Glasgow healthcare workers during the 1993-4 epidemic: results of serum testing and questionnaire. *BMJ* 1996; 313(7067):1241–2.
6. European Scientific Working group on Influenza (ESWI) Flu Centre. Why should health care workers be vaccinated?
7. Heimberger T, Chang HG, Shaikh M, et al. Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza: Why are they not getting vaccinated? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995; 16:412–5.
8. HHS Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections: Influenza vaccination of healthcare personnel. US Department of Health & Human Services. www.hhs.gov. Accessed 24 February 2011.
9. Hofmann F, Ferracin C, Marsh G, Dumas R. Influenza vaccination of healthcare workers: A literature review of attitudes and beliefs. *Infection* 2006; 34:142–7.
10. Influenza Vaccination of Healthcare Personnel. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2006; 55(RR-2):1–12.
11. Lester RT, McGeer A, Tomlinson G, Detsky AS. Use of, effectiveness of, and attitudes regarding influenza vaccine among house staff. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 24:839–44.
12. Meier et al. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19:834–842.
13. National Foundation for Infectious Disease. Improving influenza vaccination rates in healthcare workers: Strategies to increase protection for workers and patients. Bethesda, Maryland 2004.
14. Nichol KL. Cost-Benefit Analysis of a Strategy to Vaccinate Healthy Working Adults Against Influenza. *Arch Intern Med* 2001; 161:749–759.
15. Polgreen PM, YiYi Chen, Beekmann S et al. Elements of influenza vaccination programs that predict higher vaccination rates: Results of an emerging infections network survey. *Clin Infect Dis* 2008; 46 (1):14–19.
16. Potter J, Stott DJ, Roberts MA, et al. Influenza vaccination of healthcare workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. *J Infect Dis* 1997; 175:1–6.
17. Salgado CD, et al. *Lancet Infect Dis* 2002; 2:145–55.
18. Salgado CD, Giannetto ET, Hayden FG, Farr BM. Preventing nosocomial influenza by improving the vaccine acceptance rate of clinicians. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25:923–8.
19. Stephenson JP, Roper JP, Nicholson KG. Healthcare workers and their attitudes to influenza vaccination. *Commun Dis Public Health* 2002; 5:247–52.
20. Talbot TR, Babcock H, Caplan AL, et al. Revised SHEA Position Paper: Influenza vaccination of healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010; 31(10):000–000.
21. The Macroeconomics of Influenza Vaccination (MIV) Study Group. *Vaccine* 2005; 23:5133–43.
22. Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, et al. Effectiveness of Influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281:908–913.
23. WHO. Influenza Vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record* 33; 19 August 2005.