

Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Αττικής Ε.ΕΛ.ΠΑΙΔ.ΑΤΤ.



Μη κερδοσκοπικό σωματείο

Έδρα: Αλκμάνος 15, Αθήνα 11528

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Βάρναλη 7, 151 21 Πεύκη

Τηλ: 6944-307208 FAX: 210-8053797

Email: enos.elpaidatt@gmail.com

Email Επιστημονικής Επιτροπής: eper@eelpaidatt.gr

www.padiatroi-attikis.gr

Αθήνα 12/10/2016

ΠΡΟΣ: Υπουργό Υγείας

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, μέλη μας Παιδιάτρους

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ, κ. Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε και μέλη της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών

Η μηνιγγίτιδα και η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος αποτελούν μία σημαντική απειλή, τόσο για το γονιό όσο και για τον κλινικό παιδίατρο. Αυτό οφείλεται στις ιδιαιτερότητες της νόσου που χαρακτηρίζεται από **δυσκολία στη διάγνωση, ταχεία εξέλιξη και ιδιαίτερη βαρύτητα**.

Σήμερα, χάρη στην εκτεταμένη εφαρμογή των εμβολιασμών, έχουμε καταφέρει να μειώσουμε σημαντικά την επίπτωση της νόσου, τόσο από το μηνιγγιτιδοκοκκο οροομάδας C όσο και από τις οροομάδες A,W και Y. Στη χώρα μας, η κύρια αιτία μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας παραμένει η οροομάδα B, η οποία ευθύνεται για το 86,6% των περιπτώσεων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου στην Ελλάδα για το 2015¹.

Διανύουμε πλέον το 4^ο έτος παγκόσμιας κυκλοφορίας του πολυαναμενόμενου εμβολίου έναντι της οροομάδας B, το οποίο με βάση τα επιστημονικά δεδομένα, αναμένεται να καλύπτει το 90% των στελεχών της οροομάδας B που κυκλοφορούν στη χώρα μας².

Κατά την τελευταία αναθεώρηση του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων (Ιανουάριος 2015), αποφασίστηκε η μη ένταξη του εμβολίου στο Χρονοδιάγραμμα και κατά συνέπεια η μη αποζημίωσή του, λόγω σταθερά χαμηλής επιδημιολογίας³.

Αντιλαμβανόμαστε τους λόγους που σήμερα επιβάλλουν τη χρήση αυστηρότερων και ευρύτερων κριτηρίων για τη λήψη αποφάσεων που συνεπάγονται οικονομική επιβάρυνση της Πολιτείας. **Θεωρούμε όμως ότι είναι σημαντικό να επανεξετασθεί το θέμα της ένταξης του εμβολιασμού αυτού στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ).**

Το σκεπτικό μας προκύπτει από την κλινική εμπειρία και από τις γνώσεις που αποκομίζουμε μέσα από την στενή αλληλεπίδραση που έχουμε με τα παιδιά και τις οικογενειές τους, και βασίζεται στους παρακάτω άξονες:

1. Η πολύ σοβαρή επιβάρυνση της υγείας που προκαλείται από το νόσημα αυτό δεν μπορεί να μετρηθεί μόνο με βάση τον αριθμό των περιστατικών.
 - Η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα και σηψαιμία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνητότητας σε σχέση με άλλα νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό (10,5%, έναντι 7,5% από τη διφθερίτιδα,

6% από την πνευμονιοκοκκική πνευμονία και 3,5% από την πολιομυελίτιδα)⁴. Το κόστος από το θάνατο ενός προηγούμενως υγιούς παιδιού δεν μπορεί να μετρηθεί με οικονομικούς όρους.

- Ένα ποσοστό 20-30% των ατόμων που επιβιώνουν εμφανίζει μόνιμες επιπλοκές όπως κώφωση, νοητική υστέρηση, ακρωτηριασμούς μελών, κλπ.⁵ Αυτό σημαίνει εφ'όρου ζωής κόστη για την οικογένεια, ειδική εκπαίδευση, επιβάρυνση των δημοσίων δομών υγείας αλλά και «αόρατες» επιπτώσεις όπως, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της οικογένειας και ψυχολογική επιβάρυνση. Καταστάσεις που ζούμε από πολύ κοντά όλοι εμείς που περιθάλπουμε τα παιδιά αυτά .
- **Η νόσος εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση σε βρέφη κάτω του 1 έτους⁶, άρα πλήττει πληθυσμούς με αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης άνω των 70 ετών, κάτι που επίσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αν σκεφτούμε τη συμβολή που θα είχε το άτομο αυτό στην κοινωνία.**

2. **Η μη ένταξη του εμβολίου αυτού στο ΕΠΕ και η έλλειψη ξεκάθαρων συστάσεων για τη χρήση του από την Πολιτεία, οδηγεί την Παιδιατρική κοινότητα σε διαφορετικές προσεγγίσεις του συγκεκριμένου εμβολιασμού, που επηρεάζονται από την προσωπική εμπειρία του παιδίατρο με περιστατικά μηνιγγιτίδας, την ανησυχία για τη νομική του κάλυψη, τις οικονομικές συνθήκες της περιοχής και της οικογένειας, τον αριθμό των παιδιών σε μια οικογένεια, κλπ. Η πολυφωνία αυτή μεταξύ των παιδιάτρων έχει ως συνέπεια τη δημιουργία σύγχυσης στους γονείς και τελικά τη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη.**
3. **Ουδείς μπορεί να υπολογίσει το επίπεδο της ευθύνης που επιβαρύνει έναν παιδίατρο όταν αρρωστήσει ένα παιδί από νόσημα για το οποίο υπάρχει εμβόλιο. Η ευθύνη δεν είναι μόνο νομική και με οικονομικές ενδεχομένως συνέπειες αλλά και συναισθηματική. Η μη ένταξη του εμβολίου στο ΕΠΕ δεν αποτελεί δικαιολογία απέναντι στο γονέα που χάνει το παιδί του.**
4. **Το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε κρίση, επιβάλλει ακόμα περισσότερο να επενδύουμε σε μέτρα πρόληψης προκειμένου να διασφαλίσουμε την προστασία των πιο αδύναμων μελών της κοινωνίας.**

Στη σημερινή Ελλάδα της κρίσης, θεωρούμε ανεπίτρεπτο να έχουμε παιδιά δύο ταχυτήτων, που ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα των γονέων τους προστατεύονται περισσότερο ή λιγότερο από τα άλλα, όταν μάλιστα πρόκειται για ένα τόσο σοβαρό νόσημα.

Η χαμηλή επίπτωση μίας νόσου δεν μας εμποδίζει να αποζημιώνουμε φάρμακα, όπως στην περίπτωση των σπάνιων νοσημάτων, γιατί θα πρέπει να μας εμποδίζει να προστατέψουμε ακόμα και μόνο ένα παιδί που είναι υγιές;

Κατόπιν όλων αυτών αιτούμαστε:

- Ένταξη του εμβολίου στο ΕΠΕ για όλα τα βρέφη και παιδιά έως την ηλικία των 4 ετών – ή τουλάχιστον για τον πρώτο χρόνο ζωής - τα οποία αποτελούν την ηλικιακή ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά νόσησης από μηνιγγιτιδόκοκκο.
- Ένταξη του εμβολίου στο ΕΠΕ για ομάδες υψηλού κινδύνου για μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, όπως άτομα που:
 - 1) Έχουν ανατομική ασπληνία ή υπολειτουργία του σπληνός
 - 2) Πάσχουν από ανεπάρκεια του συμπληρώματος, της προπερδίνης, του παράγοντα D ή πάσχουν από πρωτοπαθή ανεπάρκεια των αντισωμάτων
 - 3) Πάσχουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού
 - 4) Νόσησαν πρόσφατα από γρίπη

- 5) Εργάζονται σε εργαστήρια ερευνητικά ή διαγνωστικά και διαρκώς έρχονται σε επαφή με μηνιγγιτιδόκοκκο
- 6) Στρατιωτικό προσωπικό σε καταυλισμούς σε περιόδους ασκήσεων
- 7) Όσοι είχαν κοντινή επαφή με άτομο που νόσησε από μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο. Ο εμβολιασμός με το εμβόλιο για τον μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β συνιστάται να γίνεται, προκειμένου να ελεγχθεί μια επιδημία, αν το στέλεχος που την προκάλεσε περιέχεται στο εμβόλιο.
- a) Σε οικία που συγκατοικούν πολλά άτομα
 - b) Άμεση επαφή με το στόμα ή την μύτη του πάσχοντος (πχ φιλί)
 - c) Παιδιά και προσωπικό παιδικών σταθμών, καταυλισμών κλπ

Η πρότασή μας αυτή, για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι σε πλήρη συμφωνία με την πρακτική εφαρμογής εμβολιασμού έναντι του μηνιγγιτιδόκοκκου τύπου Β σε άλλες χώρες (πχ ΗΠΑ, Ην, Βασίλειο, Καναδά κλπ). Πρακτική που θα έπρεπε κατά την άποψή μας να έχει ήδη εφαρμοστεί μέσα από την προηγούμενη απόφαση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, η οποία αποφάσισε την μη ένταξη του εμβολίου αυτού στον γενικό πληθυσμό.

- Αποζημίωση καθολική ή μερική για τις ομάδες που προαναφέραμε.
- Στην περίπτωση μη αποζημίωσης (παραμένει το πολύ σοβαρό πρόβλημα των οικογενειών δύο ταχυτήτων), έστω ένταξη στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών με την υποσημείωση ότι δεν αποζημιώνεται από την πολιτεία, προκειμένου να τακτοποιηθεί η ασυμφωνία μεταξύ των Παιδιάτρων και η σύγχυση μεταξύ των γονιών.

Σε αναμονή της απάντησής σας

Ο Πρόεδρος

Κ. Νταλούκας

Ο Γραμματέας

Δ. Φούσκας

Βιβλιογραφία

1. G. Tzanakaki . Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας: Απολογισμός Έργου 2015
2. Tzanakaki G, et al. *BMC Microbiol.* 2014;14:111
3. Διάγνωση: ΑΔΑ:Ω5Ν7465ΦΥΟ-Ε9Ν, Εμβολιασμός μηνιγγιτιδόκοκκου Β
4. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html#chapters>
5. Wright ,et al. *Pediatr Drugs* (2013) 15:49–58 DOI 10.1007/s40272-012-0006-0
6. G. Tzanakaki . Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας : Απολογισμός Έργου 2013