



Przełom w walce z malarią w Afryce

Jędrzej Czerep

Z początkiem br. pierwsze państwa afrykańskie rozpoczęły programy szczepień dzieci na malarię. Było to możliwe dzięki dopuszczeniu przez WHO do użycia – po latach badań – pierwszych dwóch preparatów. Choć problemem pozostają moce produkcyjne fabryk szczepionek i logistyka dostaw, rozpoczęcie szczepień daje nadzieję na jakościowy skok w walce z malarią – najbardziej śmiertelnością chorobą w Afryce.

Malaria, choroba wywoływana przez pierwotniaki przenoszone przez komary, stanowi największy problem zdrowotny w Afryce – w 2022 r. zanotowano 233 mln przypadków (94% wszystkich na świecie) i 580 tys. zgonów, z których 75% dotyczyło dzieci do 5 lat. Dotąd przeciwdziałanie malarii opierało się na prewencji – stosowaniu środków odstrasżających i moskitier przeciw komarom przenoszącym malarię oraz unikaniu przebywania w pobliżu stojącej wody będącej ich siedliskiem. Poskutkowało to spadkiem śmiertelności dzieci w ostatnich dwóch dekadach. Jakościową zmianę, podobnie jak wcześniej w przypadku opanowania polio, może przynieść upowszechnienie szczepień, które są wdrażane przez państwa pod auspicjami WHO. Organizacja zakłada, że jeśli programy szczepień okażą się sukcesem, zachorowania i przypadki śmiertelne mogą do 2030 r. zmaleć o 90%, co także odciąży szpitale i zmniejszy wydatki rodzin chorych.

Prace nad szczepionką. Pierwszą szczepionką, którą WHO w lipcu 2022 r. autoryzowała jako bezpieczną, wydajną i odpowiedniej jakości (*prequalified*), była RTS,S opracowana przez brytyjską GSK i amerykański Walter Reed Army Institute of Research. Prace nad nią trwały ok. 30 lat. Badania laboratoryjne wskazywały, że może ona ograniczać o 40% zachorowania, zwłaszcza ciężkie. Jest przeznaczona przede wszystkim dla dzieci do piątego roku życia. Po pięciu latach szeroko zakrojonych testów klinicznych (w Burkina Faso, Gabonie, Ghanie, Kenii, Malawi, Mozambiku i Tanzanii) w 2019 r. ruszył pilotażowy program szczepień RTS,S w Malawi, Ghanie i Kenii, gdzie jest szczególnie dużo zachorowań. W jego ramach, przy wsparciu WHO, UNICEF i Gavi – międzynarodowej sieci organizacji [działających na](#)

[rzecz szczepień w państwach rozwijających się](#), w ciągu 4 lat zaszczepiono 2 miliony dzieci. W tej grupie liczba ciężkich przypadków malarii spadła o 30%, a zgonów o 13%. W połączeniu z innymi środkami chroniącymi przed komarami zachorowania spadły nawet o 2/3. Podczas tego etapu potwierdzono bezpieczeństwo szczepionki, a także pozytywne nastawienie lokalnych społeczności. Autoryzacja (*prequalification*) przez WHO umożliwia zamawianie preparatu przez UNICEF na potrzeby programów szczepień wspieranych przez agendy ONZ. W przypadku RTS,S konieczność dodania chemicznego środka wspomagającego system immunologiczny ogranicza możliwości produkcji do ok. 18 mln dawek rocznie, co uniemożliwi realizację ok. 60 mln zamówień z państw najbardziej dotkniętych malarią.

Drugą szczepionkę dopuszczoną przez WHO w grudniu 2023 r. – R21 – opracował Jenner Institute Uniwersytetu w Oksfordzie. Jej skuteczność szacowana jest na ponad 75%, a produkcja jest prostsza i tańsza. Koszt wytworzenia jednej dawki wynosi ok. 2–4 dol. (wobec ok 10 dol. w przypadku RTS,S). Jest też prostsza w użyciu – podaje się 3 dawki w ciągu 4 tygodni (w przypadku RTS,S w 12 tygodni), a czwarta jest zalecana po roku (w RTS,S konieczna). Dzięki umowie twórców R21 z indyjskim Serum Institute – o największej na świecie mocy produkcyjnej szczepionek – możliwe będzie dostarczenie 100 mln dawek rocznie. Może to zrównoważyć niedobory w dostawach RTS,S. Choć dostępne początkowo dane wskazywały, że R21 jest skuteczniejsza od RTS,S, WHO ocenia obecnie, że użycie każdej z tych szczepionek przynosi zbliżone efekty.

BIULETYN PISM

Wdrożenie szczepień. Pod koniec 2023 r. Benin, Burkina Faso, Burundi, Kamerun, Demokratyczna Republika Konga, Ghana, Kenia, Liberia, Malawi, Niger, Sierra Leone i Uganda otrzymały pierwsze transze szczepionek – 18 mln dawek RTS,S do użycia do 2025 r. Kamerun jako pierwszy rozpoczął z ich udziałem powszechny program szczepień dzieci. Towarzyszyła mu państwowa akcja informacyjna dostosowana do specyfiki regionu oraz wsparcie logistyczne. Doświadczenia te były później wykorzystywane w szkoleniach WHO dla służb medycznych m.in. w Ghanie.

Na podstawie wczesnych szacunków skuteczności i potencjału masowej produkcji szczepionka R21 została z kolei zatwierdzona m.in. przez Nigerię, Ghanę i Burkina Faso jeszcze przed pełnym dopuszczeniem do obrotu przez WHO. Jako pierwsze szczepienia tym preparatem rozpoczęły w lipcu br. Wybrzeże Kości Słoniowej, Sudan Południowy, a później Republika Środkowoafrykańska (RŚA). To ostatnie państwo jako pierwsze wprowadziło go do rutynowego programu szczepień dzieci (obejmującego też inne szczepionki).

Ogółem do końca 2024 r. liczba państw afrykańskich prowadzących lub inicjujących powszechne szczepienia na malarię zbliży się do 20. Państwa różnią się w sposobach wdrażania szczepień. O ile np. w Kamerunie program objął od razu cały kraj, o tyle w Nigerii został rozpoczęty w dwóch prowincjach z perspektywą rozszerzenia na kolejne. Przygotowaniom i rozpoczęciu akcji towarzyszą szeroko zakrojone kampanie informacyjne z udziałem lokalnych dziennikarzy, influencerów i liderów społeczności. Wsparcie finansowe Gavi zmniejsza koszt ponoszony przez rządy państw do ok 0,2 dol. za dawkę dowolnej szczepionki.

Trudności. Konieczność podania kilku dawek tworzy ryzyko niedopełnienia pełnej procedury, zwłaszcza na trudno dostępnych obszarach wiejskich. Innym wyzwaniem jest przechowywanie preparatu, który wymaga temperatury od 2 do 8°C. Mają w tym pomóc dostarczane przez agendy ONZ lodówki zasilane panelami słonecznymi oraz urządzenia monitorujące temperaturę czy specjalne kontenery do transportu szczepionek, udostępniane przez agendę Unii Afrykańskiej – Afrykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (Africa CDC).

Problemem może być też nieufność społeczna, potęgowana zwłaszcza przez rozpowszechnianie dezinformacji przy wykorzystaniu komunikatorów i mediów społecznościowych. Egountchi Behanzin – popularny prorosyjski i wspierający junty wojskowe influencer francusko-togijski – organizuje liczne konferencje prasowe, przedstawiając szczepienia jako podejrzany eksperyment medyczny. Przy okazji ministerialnego szczytu Rosja–Afryka w listopadzie br. wiceprzewodnicząca Dumy Państwowej Irina Jarowaja insynuowała, że USA produkują w Afryce broń biologiczną. Jednak wbrew tym głosom nawet rządy państw o antyzachodniej orientacji zdecydowanie wspierają

programy szczepień – np. prezydent RŚA Faustin-Archange Touadéra określił kampanie antyszczepionkowe mianem „infodemii”.

Ryzyko niesie też możliwa rezygnacja ze stosowania innych środków ochronnych (np. moskitier) przez osoby przekonane, że szczepionka zapewni pełną ochronę. W trakcie programu pilotażowego nie stwierdzono jednak tego efektu, prawdopodobnie dzięki intensywnym kampaniom informacyjnym.

Ocena i perspektywy. Powszechność malarii w Afryce, bardzo wysoka śmiertelność wśród małych dzieci oraz uciążliwość codziennej ochrony przez chorobą powodują, że rozpoczęcie szczepień stanowi długo oczekiwany przełom. Z tego powodu nie należy spodziewać się, by chaos informacyjny znacząco obniżył pozytywne nastawienie lokalnych społeczności. Wyzwaniem pozostaje szybkie zwiększenie produkcji szczepionek RTS,S, sytuację polepsza jednak wejście do użytku R21 od połowy br. i współpraca z indyjskim producentem. Daje to realną perspektywę szybkiego osiągnięcia powszechności szczepień małych dzieci, radykalnego obniżenia śmiertelności dzieci do piątego roku życia i poprawy wydolności systemów opieki zdrowotnej.

Logistyka programów szczepień wymaga przekraczania politycznych podziałów. Dotyczy to np. Kamerunu, gdzie w części anglojęzycznej (w kraju dominuje francuski) występują silne nurty separatystyczne, co w 2017 r. doprowadziło do wybuchu niewygaszonego do dziś konfliktu zbrojnego. Podobnie część terytorium RŚA kontrolują lokalne grupy zbrojne. Robocza współpraca władz państwowych, organizacji międzynarodowych i antyrządowych ugrupowań w prowincjach może powodować obniżanie napięć w tych i podobnych strefach konfliktu.

Aby program odniósł sukces, konieczne jest utrzymanie stabilnego finansowania instytucji multilateralnych przez największych donatorów, zwłaszcza USA, które w 2023 r. wpłaciły na UNICEF 1,4 mld dol., co pokryło 15,7% jej rocznego budżetu. Administracja Donalda Trumpa może być niechętna kontynuacji wsparcia w takim zakresie. Choć szczepionki przeznaczone są przede wszystkim dla dzieci z obszarów malarycznych, popyt na nie będzie rósł także wśród osób podróżujących. Państwa zachodnie, w tym Polska, powinny unikać [gromadzenia dawek na własne potrzeby \(te są minimalne\)](#), aby nie spowalniać walki z malarią w państwach afrykańskich oraz uniknąć negatywnych konsekwencji politycznych takich praktyk, jak miało to miejsce w czasie pandemii COVID-19. Polska mogłaby też rozważyć np. wprowadzenie zachęt podatkowych dla rodzimych przedsiębiorców, by włączyli się w produkcję szczepionek, co działałoby na korzyść jej wizerunku na Globalnym Południu.