

Rada Sanitarno-Epidemiologiczna
Komisja Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu

Prof. Dr. T. Szkodę oraz zespół dr. Szuepniei
- o bieżącym stanie Sierbskiego

Prof. A. Zieliński

Warszawa, 08.04.2009 r.

- protokół z dnia 20.04.2009 r. Nr. 055 -

Addendum do sprawozdania z posiedzenia Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w dniu 4 marca 2009 r. w związku z następującymi pytaniami postawionymi przez dr T. Szkodę (GIS):

1. „jakim schematem mają być szczepione dzieci nie należące do grup ryzyka (2 dawki w 1 roku życia i 3 dawka w 2 roku życia = 2+1) czy też schematem bardziej kosztownym 3+1 tak jak grupy ryzyka?
2. wskazane wydaje się zarekomendowanie jakie szczepionki skojarzone i w jakim schemacie dawkowania należy zastosować w PSO od 2011 roku. Jeżeli takiej rekomendacji nie będzie trudno będzie wyliczyć koszty i przedstawić to Ministrowi Zdrowia.
3. potrzebne też jest stanowisko czy stosować szczepionki zawierające tiomersal u noworodków? czy należy określić granicę wieku poniżej której nie stosujemy tiomersalu?

Odpowiedzi:

Ad. 1. Szczepionki powinny zostać zastosowane zgodnie ze schematem szczepienia zalecanym przez wytwórcę.

Ad.2. Sprawę należy przedyskutować dokładnie na posiedzeniu Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej po uprzednim dobrym przygotowaniu stanowisk.

Ad.3. Stanowisko odnośnie stosowania szczepionek zawierających tiomersal zostało przedstawione przez prof. A. Zielińskiego na posiedzeniu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w dniu 27.03.2009 r. i zgodnie z ustaleniami ma ono zostać zamieszczone na stronie internetowej GIS.

KANCELARIA	
Głównego Inspektoratu Sanitarnego	
4402	16 KWI. 2009
Data wpływu	

Przewodniczący
Prof. dr hab. K. Chomiczewski

Krzysztof Chomiczewski

Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w dniu 4 marca 2009 r.

W posiedzeniu Komisji, któremu przewodniczył Prof. K. Chomiczewski wzięło udział: 4 przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), 6 przedstawiciele Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), 2 przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS-MSWiA), 2 przedstawiciele Pediatrycznej Grupy Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych (PGE), 2 przedstawiciele Instytutu Biotechnologii Surowic i Szczepionek BIOMED z Krakowa oraz po 1 przedstawicielu Narodowego Instytutu Leków (NIL) i Biura WHO w Polsce. Tematem obrad była *Strategia rozwoju Propozycje Programu Szczepień Ochronnych na rok 2010*.

Rozpoczynając obrady przewodniczący Komisji przedstawił cel posiedzenia jako wypracowanie jednolitego stanowiska w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2010 przez Komisję Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej oraz Pediatryczną Grupę Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych, które mogłoby być wiążące dla GIS.

Dr P. Stefanoff (NIZP-PZH) przedstawił propozycje zmian w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) w 2010 r. jako stanowisko Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH. Dr P. Stefanoff zwrócił uwagę, że na kalendarz szczepień ma coraz większy wpływ integracja europejska, która wymusza integrację europejskich systemów zdrowia publicznego m.in. w zakresie gromadzenia danych w nadzorze epidemiologicznym, formułowania definicji przypadków i wyraża się w funkcjonowaniu Europejskiego Centrum Nadzoru nad Chorobami Zakaźnymi – ECDC. Postęp w zakresie integracji europejskiej wyraża się również w postaci prezentacji aktualnych danych i materiałów m.in. na temat stosowanych w EU szczepień na stronach sieci tj. EUVEC-NET i VENICE. Informacje te pozwalają na porównanie PSO w różnych krajach. Przegląd kalendarzy europejskich wskazuje, że w prawie wszystkich krajach stosowane są szczepionki skojarzone (z wyjątkiem: Polski, Bułgarii i Cypru) zawierające bezkomórkowy komponent krztuścowy (z wyjątkiem: Polski, Słowacji, Bułgarii, Malty i Cypru). Większość krajów EU (z wyjątkiem Polski, Malty i Cypru) stosuje szczepionki IPV zamiast OPV, co związane jest z wprowadzeniem szczepionek skojarzonych. Ze względu na stosowanie szczepionek skojarzonych, zgodnie z zasadą integracji europejskiej, kalendarze szczepień różnych krajów stają się porównywalne. Dr P. Stefanoff omawiając problemy aktualnego PSO, stosowanego w Polsce, zwrócił uwagę na potrzebę sformułowania oficjalnego zalecenia odnośnie ograniczenia stosowania szczepionek zawierających śladowe zawartości tiomersalu, zastosowania w PSO szczepionek skojarzonych, doprecyzowania zapisów dotyczących stosowania skojarzonej szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) w 11 i 12 r.ż., szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w 14 r.ż., a także zapisów o kwalifikacji do szczepienia przeciw ospie wietrznej oraz pneumokokom w grupach ryzyka. Dr P. Stefanoff podkreślił, że w pierwszych 2 latach życia zgodnie z obowiązującym PSO dziecko otrzymuje 14 wkluc (w czasie 3 wizyt w 1 r.ż. wykonywane są 3 wklucia), co często powoduje rezygnację z oferowanych bezpłatnych szczepionek na korzyść indywidualnych zakupów szczepionek skojarzonych przez rodziców. Wśród kolejnych zalet wprowadzenia szczepień skojarzonych dr P. Stefanoff wymienił: uproszczenie schematu szczepień oraz zwiększenie akceptowalności szczepień. Wprowadzenie szczepionek skojarzonych, związane z koniecznością przejścia na bezkomórkowy komponent przeciw krztuścowi jest również podyktowane lepszym profilem bezpieczeństwa szczepionki bezkomórkowej w porównaniu ze szczepionką pełnokomórkową przeciw krztuścowi. Ponadto dr P. Stefanoff powiedział, że w celu dostosowywania się do pewnych standardów możemy zrezygnować ze szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B w pierwszej dobie życia. Argumenty przemawiające za wprowadzeniem szczepionki IPV zamiast OPV zdaniem dr P. Stefanoff dotyczą: bezpieczeństwa, również związanego z mniejszym ryzykiem krążenia zmutowanych szczepów pochodzenia

szczepionkowego oraz łatwiejszego w tym przypadku wykazania eradykacji poliomyelitis, kiedy nie wykaże się szczepów pochodzenia szczepionkowego w ściekach (dr P. Stefanoff wyjaśnił, że dostępnych jest niewiele danych o tym, że takie szczepy mogą krążyć, szczególnie w populacjach o wysokim poziomie zaszczepienia, a w Finlandii pomimo stosowania szczepionki IPV wykazuje się obecność importowanych szczepów wirusa). Zastosowanie szczepionki IPV wiąże się ze zmniejszeniem liczby krążących szczepów szczepionkowych, nie mniej jednak nie zapobiegnie to importowi szczepów wirusa. Zdaniem dr P. Stefanoff argumentem „przeciw” zastosowaniu IPV pozostaje bliskość krajów byłego bloku wschodniego, w których powszechnie stosowana jest szczepionka OPV. Ten fakt w przypadku zastosowania szczepionki IPV wskazuje na większe ryzyko indukcji niedostatecznej odporności jelitowej i może prowadzić do możliwości odnotowania zwiększonej częstości krążenia poliovirusów pochodzących zza wschodniej granicy. Dr P. Stefanoff określił bezpieczeństwo szczepionki OPV jako wystarczające, ze względu na fakt, że minimalne ryzyko VAPP pojawia się po podaniu trzeciej dawki. Zdaniem dr P. Stefanoffa z PSO powinien zostać usunięty zapis o szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B w 14 r.ż. wobec faktu, że w 2010 roku ostatnie roczniki 14-latków nie objętych szczepieniem podstawowym zostaną zaszczepione, powodując że w 2010 r. wszystkie dzieci przejdą pełen cykl szczepień.

Zasadność wprowadzenia powszechnych szczepień przeciw *S. pneumoniae* jest związana z wywoływaniem przez ten drobnoustrój ciężkich zachorowań. Zdaniem dr P. Stefanoffa niezbędne jest usprawnienie niedawno rozpoczętego nadzoru celem uzyskania pełnych danych na temat liczby zakażeń w populacji i oceny jakie jest obciążenie chorobą społeczeństwa. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw *S. pneumoniae* na podstawie analiz wykonanych w innych krajach wydaje się opłacalne, gdyż zapobiega powikłaniom, których leczenie jest kosztowne. Sens włączenia tego szczepienia do kalendarza po usprawnieniu nadzoru epidemiologicznego będzie widoczny, kiedy znane będzie pokrycie poszczególnymi serotypami dla szczepionek: 10- i 13-walentnej.

Dr P. Stefanoff wskazał na potrzebę rozważenia wprowadzenia powszechnych szczepień przeciw ospie wietrznej, zauważwszy, że w przypadku 1-dawkowego schematu podawania dochodzi do większej liczby zachorowań w starszych grupach wieku. Dodatkowo dr P. Stefanoff zwrócił uwagę na potrzebę rozważenia rozszerzenia PSO w grupach osób dorosłych i powołał się w tym zakresie na zalecenia ACIP, które w zależności od wskazań medycznych dotyczą: kobiet w ciąży, osób z zaburzeniami odporności, zakażonych HIV, z chorobami przewlekłymi (cukrzycą, chorobami serca), z asplenią, przewlekłymi schorzeniami wątroby, niewydolnością nerek oraz personelu medycznego. Zalecenia ACIP w zakresie szczepień kobiet w ciąży obejmują: dawkę przypominającą Td lub TdaP, szczepienie przeciw grypie, szczepienie przeciw *S. pneumoniae*, szczepienie przeciw *N. meningitidis*, szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B i A. Podsumowując swoje wystąpienie, dr P. Stefanoff podkreślił, że proponowane zalecenia odnośnie rozszerzenia PSO dotyczą rezygnacji ze szczepionek zawierających tiomersal, wprowadzenia szczepionek wysoko-skojarzonych z bezkomórkowym komponentem przeciw krztuścowi, rezygnacji z podawania dawki szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B bezpośrednio po urodzeniu oraz w 14 r.ż., wzmożenia działań w celu przywrócenia działalności konsultacyjnych poradni szczepień lub innej formy placówek referencyjnych oraz rozważenia powszechnego wprowadzenia szczepionki przeciw *S. pneumoniae*.

Prof. K. Chomiczewski poinformował, że otrzymał od zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego - dr P. Bilińskiego pismo z prośbą przedstawienia członkom Komisji problematyki związanej z zawartością związków rtęci w preparatach szczepionkowych stosowanych w Polsce z ewentualną możliwością wystąpienia działań niepożądanych związanych z toksycznym działaniem rtęci. Dr P. Biliński w swoim piśmie poprosił o wyrażenie przez ekspertów Komisji odpowiedzi na poniższe pytania: czy należy wycofać z narodowego PSO preparaty zawierające związki rtęci i czy należy wycofać ze stosowania wszystkie preparaty szczepionkowe zawierające związki rtęci. Przewodniczący Komisji poinformował, że na jednym posiedzeniu, członkowie Komisji nie są w

stanie zając się kalendarzem szczepień oraz zawartością tiomersalu w szczepionkach. Ponadto ze względu na brak danych literaturowych o szkodliwości szczepionek zawierających tiomersal Prof. K. Chomiczewski po konsultacji z Prof. A. Zielińskim zdecydował, że na ten temat nie odbędzie się specjalne posiedzenie Komisji.

Dr M. Kisiel (PIS-MSWIA) omówił narastającą psychozę wśród rodziców dzieci autystycznych oraz z innymi podobnymi schorzeniami w wyniku szerokiej dostępności przesłanek pseudonaukowych podważających bezpieczeństwo stosowania szczepień.. Liczba rozpoznawanych przypadków autyzmu wzrasta w Polsce, powodując, że tym samym wzrasta liczba rodziców dzieci autystycznych ulegających tej psychozie przy jednoczesnym wzroście liczby osób, które generalnie unikają szczepień.

Prof. K. Chomiczewski przypomniał, że tematowi związku stosowania szczepionek zawierających tiomersal z występowaniem autyzmu poświęcone było ostatnie posiedzenie Rady Sanitarno Epidemiologicznej, gdzie również przedstawiono spekulacje i pseudonaukowe przesłanki dla niestosowania szczepień. Ze względu na brak danych aby zawartość tiomersalu obecna w szczepionkach była szkodliwa dla zdrowia, Prof. K. Chomiczewski wyraził nadzieję, że uczestnicy posiedzenia upoważnią kierownictwo Komisji do przedstawienia oficjalnego stanowiska w tej sprawie.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że doc. dr hab. B. Bucholc z Zakładu Badania Surowic i Szczepionek (ZBSS) NIZP-PZH przygotowała opracowanie w zakresie danych dotyczących zawartości tiomersalu w szczepionkach oraz jego szkodliwości. Prof. A. Zieliński przypomniał, że w aspekcie istniejących dowodów naukowych tiomersal występujący w szczepionkach nie jest czynnikiem ryzyka. Niepokój społeczny istniejący wśród rodziców jest podsyćany przez ludzi, którzy czerpią z tego zyski, jak np. w USA słynne są procesy, w których uczestniczył dr Walkiefield. Prof. A. Zieliński powiedział, że przerażającym pozostaje stanowisko neurologów, którzy wstrzymując się od wykonywania szczepień u dzieci autystycznych pozbawiają ich możliwości szczepień.

Prof. W. Magdzik (PZH-NIZP) przypomniał, że tiomersal jest drugim czynnikiem wprowadzającym niepokój w zakresie stosowania szczepionek. Pierwszym takim czynnikiem było BSE. Prof. W. Magdzik wyraził stanowisko, że szczepionki powinny być wolne od wszelkich substancji lub czynników do których istnieje obawa że mogą być niekorzystne dla zdrowia.

Dr. T. Szkoda (GIS) przedstawił problemy związane z PSO w, które wymagają wyjaśnienia, doprecyzowania lub zajęcia oficjalnego stanowiska. Pierwszym omawianym problemem była potrzeba wprowadzenia zmian w zapisach w stosunku do treści obowiązującego aktu prawnego - Załącznika do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2009 r. (Dz.Urz.MZ z dnia 1 października 2008 r., Nr 11, poz. 76), ze względu na narastające problemy z jego interpretacją odnotowywane w GIS. Zgodnie z obowiązującą od grudnia nową ustawą, do końca października powinien zostać opublikowany nowy kalendarz szczepień. GIS w sprawie ewentualnych uwag do PSO na 2010 r. wysłał 82 zapytania do konsultantów krajowych, przy czym, odpowiedzi udzieliło 11 (chirurgii ogólnej, inżynierii medycznej, immunologii klinicznej, medycyny transportu, medycyny sądowej, neurochirurgii, neurologii dziecięcej, onkologii klinicznej, periodontologii, toksykologii klinicznej oraz urologii).

Prof. A. Dobrzańska (PGE) zadała pytanie, czego dotyczyły wysłane zapytania, ze względu na fakt, że zapytań takich nie otrzymała.

Dr T. Szkoda (GIS) następnie przedstawił potrzebę precyzyjnego określenia grup ryzyka w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom i ospie wietrznej, ułatwiających kwalifikowanie dzieci do szczepień przez lekarzy POZ oraz tym samym potrzebę doprecyzowania zapisów w tym względzie w oparciu o propozycje konsultanta krajowego w zakresie immunologii klinicznej.

Potrzeba ta wynika z częstego zgłaszania przez rodziców do GIS trudności w kwalifikacji do szczepienia przez POZ i tym samym częstego odsyłania rodziców do PSSE, Ministerstwa Zdrowia, GIS itp. Następnie dr T. Szkoda przedstawił dane dotyczące zużycia szczepionek przeciw *S. pneumoniae* w ostatnim kwartale 2008 r w stosunku do zaplanowanego. Niewielkie zużycie szczepionek nasuwa potrzebę oceny prawidłowości w kwalifikacji dzieci do szczepień (przy określeniu kto powinien tę kwalifikację przeprowadzać). Dodatkowo zdaniem dr T. Szkozy należy w obecnej sytuacji oszacować jaka jest szansa zużycia preparatu oraz czy nie podjąć decyzji o zmniejszeniu zakupów w tym czasie. Dr T. Szkoda przypomniał, że w ustawie znajduje się zapis, mówiący o tym, że odroczenie szczepienia może nastąpić po konsultacji specjalistycznej, przy czym ustawa nie wskazuje organizatora czy wykonawcy takich konsultacji. Dodatkowo dr T. Szkoda podkreślił potrzebę precyzyjnego określenia schematów szczepień w przypadku decyzji o powszechnym wprowadzeniu szczepień przeciw *S. pneumoniae* w naszej populacji. Określenie zapisów o schematach szczepień dla całej populacji oraz w grupach ryzyka jest niezbędne celem właściwego planowania kalendarza i zakupów.

Następnie, dr T. Szkoda zwrócił uwagę, że kolejny problem stanowi interpretacja zapisów w kalendarzu dotyczących szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce w zakresie: szczepień wykonywanych w 11 i 12 r ż dziewczynek, które nie były szczepione oraz szczepień w 10 rż w przypadku wcześniejszego podania dawki szczepionki. Obecne w kalendarzu zapisy dotyczące szczepienia przeciw MMR w 11 roku życia mówią, że „szczepieniu podlegają wyłącznie dziewczęta nie szczepione w 10 roku życia”, a w 12 rż., że: „szczepieniu podlegają wyłącznie dziewczęta nie szczepione w 10 lub 11 roku życia”, a ponadto funkcjonuje zapis o brzmieniu: „dzieci, które otrzymały dwie dawki skojarzonej szczepionki potrójnej przeciw odrze, śwince i różyczce w poprzednich latach życia, nie wymagają podawania trzeciej dawki tej szczepionki w 10, 11 lub 12 roku życia”. Dr Szkoda zaproponował zmianę obecnych zapisów przez dodanie informacji dotyczących szczepienia dzieci w 10 rż. w postaci: „szczepieniu w 11 lub 12 roku życia podlegają wyłącznie dzieci nie szczepione w 10 roku życia”, ponadto dodaniu zapisu: „wykonane w 7 roku życia szczepienie preparatem monowalentnym przeciw odrze nie jest przeciwwskazaniem do zaszczepienia preparatem skojarzonym przeciw odrze, śwince i różyczce w 10, 11 lub 12 roku życia” oraz „dawkę przypominającą szczepionki skojarzonej przeciw odrze, śwince i różyczce w 11 i 12 roku życia należy wykonać wyłącznie u dziewcząt nieszczepionych w 10 i 11 roku życia”.

W zakresie szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, zdaniem dr T. Szkozy, wyjaśnienia wymagają szczepienia podstawowe u gimnazjalistów, niezbędne jest określenie zaleceń co do schematu kontynuowania szczepień u dzieci, którym podano jedną lub dwie dawki szczepionki (co przy braku poradni konsultacyjnych obecnie powoduje różne praktyki kwalifikacji do szczepień przez wykonywanie badań poziomu przeciwciał) oraz określenia zaleceń co do kontynuowania szczepień w przypadku młodzieży po 15 rż, u której cykl szczepienia rozpoczęto dawką 10 ug. Obecny zapis PSO odnośnie szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w 14 rż (3-krotnie w cyklu 0; 1; 6 miesięcy) stanowi: „Szczepienie należy podać młodzieży w gimnazjum (I lub II klasa). Nie należy szczepić osób uprzednio zaszczepionych podstawowo przeciw WZW typu B w ramach szczepień zalecanych lub obowiązkowych. Nie przewiduje się podawania dawek przypominających”. Dr T. Szkoda przytoczone zapisy proponuje zastąpić następująco: „Szczepienie należy podać młodzieży w gimnazjum (I lub II klasa). Szczepieniom podstawowym podlega młodzież z roczników do 1986 r. Nie należy szczepić osób uprzednio zaszczepionych podstawowo (3 dawki) przeciw WZW typu B w ramach szczepień zalecanych lub obowiązkowych. Nie przewiduje się podawania dawek przypominających” oraz „Szczepienia młodzieży w 14 roku życia (gimnazjaliści): Szczepienie należy wykonać dawką dla dzieci lub dla dorosłych w zależności od wieku dziecka i zaleceń producenta w cyklu: 0; 1; 6 miesięcy w czasie nauki w I lub II klasie. Szczepienia zaleca się rozpoczynać wiosną uczniom klasy I podając przed wakacjami dwie dawki, a dawkę trzecią – jesienią (w klasie II)”.

Dr T. Szkoda wskazał, że niezbędne jest jednoznaczne stanowisko konsultantów krajowych w dziedzinach chorób zakaźnych, medycyny pracy i epidemiologii dotyczące badania poziomu przeciwciał i podawania dawek przypominających w przypadku szczepienia przypominającego

przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u pracowników i uczniów sektora medycznego ze względu na szereg krążących niejasności. Istnieje potrzeba omówienia, czy stanowisko to powinno znaleźć się w kalendarzu czy powinno funkcjonować jako oddzielne zalecenie. Obecnie funkcjonujący zapis dotyczący szczepień pracowniczych mówi, że „szczepienia pracownicze z wyjątkiem szczepień przeciw WZW typu B pracowników wykonujących zawód medyczny, które to szczepienia jako obowiązkowe są finansowane z budżetu Ministra Zdrowia, szczepienia ochronne wykonywane pracownikom zatrudnionym lub podejmującym pracę na stanowiskach, których wykaz podany jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005 roku w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach (Dz. U. Nr 250, poz. 2113) są szczepieniami finansowanymi w całości przez pracodawców”.

Dr T. Szkoda odnosząc się do szczepienia przeciw gruźlicy zwrócił uwagę, że po likwidacji poradni konsultacyjnych problemy zaczynają się poza oddziałem noworodkowym (np. w przypadku powrotu do kraju). Problemy te zgłaszane są przez rodziców dzieci w ośrodkach POZ, którzy odsyłani są często do PSSE, MZ, GIS ze względu na fakt, że lekarze POZ nie czują się kompetentni do kwalifikacji do wykonania szczepienia, które np. było wcześniej odroczone. Stąd praktycznie poza oddziałami noworodkowymi nie ma dostępu do szczepień BCG. Zgodnie z aktualną wiedzą, odstąpiono od oceny wielkości bliźny poszczepiennej oraz obowiązkowej rewakcytacji dzieci i młodzieży. Z tego powodu u każdego dziecka należy na podstawie dokumentacji medycznej sprawdzić wykonanie szczepienia BCG, a jeśli szczepienie to nie było wykonane, należy w możliwie najkrótszym terminie podać jedną dawkę szczepionki BCG śródskórnie. Zalecenie to nie dotyczy dzieci, które ukończyły 15 lat- czyli np. jako nieszczepione przyjechały do Polski. Szczepienie to jest odraczane w przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie ze względu na masę (wykonuje się po osiągnięciu masy ciała powyżej 2000 g), które następnie w celu realizacji schematu szczepień trafiają do POZ. Właśnie w takich przypadkach niezbędne jest określenie jednolitego zalecenia, które określi potrzebę i zasadność przesłania szczepionki 10-dawkowej do POZ lub niezbędności przywiezienia dziecka do powiatu w celu zaszczeplenia (zalecenie zatem powinno rozważyć koszt nieużytych 9 dawek wobec możliwości rezygnacji rodzica ze szczepienia dziecka w przypadku konieczności podróży). Zdaniem dr T. Szkoły, lepszym rozwiązaniem byłoby wydanie zalecenia o konieczności wykonania takiego szczepienia w miejscu zamieszkania dziecka.

Kolejnymi problemami są: określenie zakresu rezerwy epidemicznej na przyszły rok przez weryfikację dotychczasowej rezerwy przeciwepidemicznej, wypracowanie stanowiska odnośnie stosowania szczepionek zawierających tiomersal oraz utworzenie niefunkcjonującego od kilku lat w Polsce Krajowego Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis.

Przewodniczący Komisji otworzył dyskusję nad propozycjami zmian w PSO na 2010 r odnośnie jego modyfikacji i kierunków rozwoju kalendarza na przyszłość.

Dr T. Szkoda (GIS) nadmienił, że w sprawie stanowiska odnośnie stosowania szczepionek zawierających tiomersal, ocenę taką na zlecenie Ministerstwa Zdrowia może wykonać Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Prof. K. Chomiczewski nadmienił, że Rada Sanitarna jest ustawowym organem doradczym Ministra Zdrowia, a Komisja jest organem doradczym Głównego Inspektora Sanitarnego, przy czym uwagi Komisji przyjmuje Główny Inspektor Sanitarny i przekazuje Ministrowi Zdrowia.

Prof. W. Hryniewicz (NIL) nie zgodziła się ze zdaniem dr P. Stefanoffa, wyjaśniając, że liczba szczepów *S. pneumoniae* przysyłanych do ośrodka referencyjnego pneumokoków jest duża i odnotowano wysoki przyrost liczby izolatów w stosunku do lat ubiegłych. Prof. W. Hryniewicz powiedziała, że ośrodek jest w pełni przygotowany do udzielenia odpowiedzi na pytanie w jakim zakresie szczepionka 13-walentna będzie pokrywała sytuację szczepów izolowanych w kraju.

Obecnie pokrycie dla inwazyjnych izolatów wynosi ok. 74%, a dla szczepów wieloantybiotykoopornych przekracza 95%. Dodatkowo ośrodek referencyjny wprowadził sieć VINET, czyli wzmocniony nadzór nad inwazyjnymi zakażeniami. Prof. W. Hryniewicz jest zwolennikiem wprowadzenia szczepionki przeciw ospie wietrznej opartym na 2-dawkowym schemacie podawania dla grup ryzyka, później – dla całej populacji. Zasadność wprowadzenia szczepień przeciw ospie wynika m. innymi z obecnie obserwowanego ogromnego wzrostu zakażeń inwazyjnych *S. pyogenes* ze zgonami jako powikłania po ospie wietrznej.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) przypomniał, że w przypadku szczepień przeciw ospie wietrznej i pneumokokom dla grup ryzyka został wypracowany konsensus.

Prof. W. Hryniewicz (NIL) wyjaśniła, że w przypadku ospy wietrznej konsensus ten dotyczy podania 1-dawki, natomiast jej zdaniem powinno zastosować się schemat 2-dawkowy i rozważyć wprowadzenie tych szczepień w całej populacji.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) przypomniał, że ograniczona liczba szczepień przeciw ospie wietrznej powoduje zagrożenie przesunięcia się zachorowań do starszych grup wieku. Dr P. Grzesiowski kwestionował możliwości przesunięcia zachorowań pomimo konsensusu. Przeszkodą wprowadzenia tych szczepień są ograniczenia finansowe, dlatego musimy pominąć problem przesunięcia zachorowań. Zdaniem Prof. A. Zielińskiego, sugestia prof. W. Hryniewicz powinna wejść do ustaleń konsensusu, w celu zastosowania dwóch dawek w schemacie szczepienia przeciw ospie wietrznej w grupach ryzyka. Natomiast w przypadku szczepień przeciw pneumokokom w grupach ryzyka niska kwalifikacja przez lekarzy do grup ryzyka wydaje się być powodem małego zużycia szczepionek. Prof. A. Zieliński podejrzewa, że zgłaszalność dzieci z grup ryzyka jest prawdopodobnie zasadniczym powodem niskiego zużycia szczepionek, dlatego konieczne jest wyszukiwanie czynne dzieci z grup ryzyka, tzn. lekarze którzy orzekają grupy ryzyka powinni zalecać wykonanie szczepienia. Prof. A. Zieliński przypomniał swój apel o zebranie podpisów w celu przywrócenia poradni konsultacyjnych ds. szczepień oraz otrzymane wyjaśnienie, że przyczyną zamknięcia poradni było nie podanie konsultacji w sprawie szczepień w wypełnianej przez pracowników ankiecie.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że członkowie PGE zawsze byli za poradniami specjalistycznymi i nigdy nie wyrażali odmiennych opinii.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) wyjaśnił, że jego apel o składanie podpisów w sprawie przywrócenia poradni konsultacyjnych wystosowany na kongresie Towarzystwa Wakcynologicznego, który prowadziła Prof. E. Bernatowska został pominięty milczeniem. Prof. Zieliński powiedział, że został poinformowany, że Ministerstwo Zdrowia rozesłało ankiety do poradni konsultacyjnych i z tych ankiet nie wynikało, że poradnie zajmują się konsultowaniem (z wyjątkiem ankiety pani dr. Czajki), co dało podstawę do likwidacji tych przychodni. Prof. A. Zieliński powiedział, że jeżeli nie jest obecnie możliwe przywrócenie działania tych poradni, należałoby wskazać lub opracować system umożliwiający konsultacje lekarskie w miejscu zamieszkania w celu zakwalifikowania dziecka do odpowiedniej grupy ryzyka. Zdaniem Prof. A. Zielińskiego problem kwalifikowania do grupy ryzyka jest problemem, ale znacznie mniejszym niż czynne wyszukiwanie dzieci, które należą do grupy ryzyka.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że lekarze którzy kwalifikują dzieci z grup ryzyka są lekarzami specjalistami z danej dziedziny (neonatology, kardiologów, onkologów, immunologów, chirurgów, neurologów). Zapotrzebowanie na szczepionki przeciw pneumokokom było oparte o wywiad (tj. sanepidy zwracały się do lokalnych jednostek z zapytaniem o zapotrzebowanie), dlatego zamawiający powinni zużyć zamówione zapotrzebowanie.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że z wypowiedzi Prof. E. Bernatowskiej wynika, że do grup ryzyka kwalifikują fachowcy od danej jednostki chorobowej, dlatego należałoby zobligować tych, którzy kwalifikują do grup ryzyka aby wysyłali dzieci do punktów szczepień (lekarz rodzinny) celem zaszczepienia.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że obecnie nie ma punktów szczepień, a np. w IP-CZD dzieci kieruje się do lekarzy rodzinnych z zaświadczeniem że dziecko należy zaszczepić.

Prof. A. Zieliński zwrócił uwagę, że chodzi o wypracowanie szczelności tego systemu, żeby dzieci zakwalifikowane do grupy ryzyka przez lekarza specjalistę np. onkologa czy neurologa, trafiały z zaświadczeniem do lekarza, który ma ich zaszczepić. Błąd systemu wynika z faktu, że lekarz, który kwalifikuje do grupy ryzyka nie wysyła jednocześnie na szczepienie.

Prof. W. Hryniewicz (NIL) powiedziała, że dane o małym zużyciu szczepionki przeciw pneumokokom dotyczą tylko 3 miesięcy, a planowanie wykonane zostało na okres roku

Dr T. Szkoda (GIS) wyraził pogląd, że w tej sprawie nie byłby aż tak optymistyczny, gdyż problemem jest fakt, że dzieci nie są kwalifikowane w POZ.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) odpowiedział, że w tej kwestii powinniśmy być optymistyczni jak Pani Prof. W. Hryniewicz i robić wszystko aby zmobilizować specjalistów do kierowania dzieci na szczepienia.

Dr T. Szkoda (GIS) powiedział, że niewykorzystana szczepionka nie może zostać przekazana z POZ do magazynu ze względu na zakończenie łańcucha chłodniczego.

Prof. E. Bernatowska (PGE) nadmieniła, że istnieje potrzeba dotarcia do specjalistów, którzy nie widzą konieczności szczepień (np. niektórzy onkolodzy). Drugą grupą są lekarze POZ, którzy nie chcą wykonywać szczepień.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) wystosował prośbę do PGE o opracowanie dokładnej instrukcji o szczepieniach w grupach ryzyka w celu dostarczenia lekarzom informacji, które budzą niejasności, a są zbyt szczegółowe aby uwzględnić je w kalendarzu szczepień.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że PGE opracowała konsensus immunoprofilaktyki w stanach zaburzonej odporności, przy czym gdyby taka instrukcja miała powstać to powinna powstać w oparciu o współpracę z GIS.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) wyjaśnił, że instrukcja opracowana przez PGE, zostałaby dostarczona przez GIS w terenie.

Dr T. Szkoda (GIS) nadmienił jednak, że stacja sanitarna nadzoruje przeprowadzenie szczepienia, a kwalifikacja i wykonanie szczepień pozostaje w rękach lekarzy.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że GIS dysponuje ogromnym aparatem, aby taką instrukcję dostarczyć w terenie.

W. Dębiński (GIS) potwierdził, że jeżeli taka instrukcja powstanie Państwowa Inspekcja Sanitarna ją roześle do odpowiednich miejsc.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że PGE jest w stanie przygotować taką instrukcję zawierającą jednostki chorobowe i wyjaśnienie, gdzie dzieci należy kierować.

Dr T. Szkoda (GIS) powiedział, że dzieci należałoby kierować do powiatowych stacji, przy czym zastanawiał się, czy nie można byłoby wykorzystać konsultantów krajowych wojewódzkich.

Prof. E. Bernatowska (PGE) przypomniała, że jest wojewódzkim z zakresu immunologii klinicznej.

Prof. A. Zieliński (NIZP-PZH) powiedział, że konsultant wojewódzki powinien w razie konieczności udzielać konsultacji, ale jednak odległość od miejsca zamieszkania może mieć tutaj decydujące znaczenie.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że PGE przygotowuje taką ulotkę, a GIS pomoże ją rozpowszechnić i zobowiązała się do jej opracowania.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że adresatami tej ulotki mają być lekarze specjaliści, którzy powinni kwalifikować dzieci do odpowiednich grup ryzyka oraz lekarze pierwszej pomocy, którzy wykonają szczepienie dzieci zakwalifikowanych do grup ryzyka.

Brak identyfikacji osoby, Poznań. Zadano pytanie, czy lekarze pierwszego kontaktu, którzy sprawują opiekę nad dzieckiem, w przypadkach kiedy lekarz specjalista nie dokona takiego wyboru, mogą skierować dziecko do szczepień?

Prof. E. Bernatowska (PGE) odpowiedziała, że tacy lekarze mogą kwalifikować do grup ryzyka w oparciu o swoją wiedzę.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) zapytał Prof. E. Bernatowską o przyczyny zastrzeżeń co do przesunięcia pierwszej dawki szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B z noworodkowego okresu?

Prof. A. Bernatowska (PGE) wyjaśniła, że przyczyną jest brak nadzoru nad ciężarnymi, powodujący brak wiedzy o tym, które ciężarne są zakażone, a które nie.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) przyznał, że ten argument jest słuszny przy czym w Polsce nie obserwuje się zakażeń wrodzonych. Prof. E. Bernatowska odpowiedziała, że wynika to z faktu, że noworodki są szczepione. Prof. A. Zieliński podkreślił, że ze względu logistycznych, szczepienie BCG jest wykonywane w szpitalu, z tych samych względów badanie matek w kierunku zakażenia wirusem wirusowego zapalenia wątroby typ B mogłoby być wykonane w szpitalu, co pozwoliłoby na przesunięcie szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B z okresu noworodkowego na później i umożliwiłoby zastosowanie szczepionek skojarzonych z komponentem wzvB.

Prof. E. Bernatowska (PGE) wyjaśniła, że można zastosować szczepionki pentawalentne bez komponentu wzvB.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) zwrócił uwagę, że zastosowanie szczepionek pentawalentnych bez komponentu wzvB uniemożliwiłoby zastosowanie tego samego preparatu, który będzie kupowany na dużą skalę. Zastosowanie szczepionek skojarzonych z komponentem wzvB ponadto mogłoby zniwelować obawy rodziców, związane z zagrożeniem wystąpienia niepożądanych odczynów u tak małego dziecka.

Prof. K. Chomiczewski poprosił o wystosowanie konkretnych propozycji zmian w PSO na 2010 r.

Prof. W. Hryniewicz (NIL) powiedziała, że temat stosowania szczepionek skojarzonych powinien zostać poddany dyskusji, kiedy szczepionki skojarzone wejdą do PSO.

Doc. dr hab. W. Janaszek (PZH-NIZP) nadmieniła, że w sprawie stosowania szczepionek zawierających tiomersal Zakład Badania Surowic i Szczepionek NIZP-PZH wydał opinie dla Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, które są do wglądu. Opierając się na danych z piśmiennictwa należy stwierdzić, że nie ma bezpośredniej przyczynowej zależności stosowania szczepionek zawierających tiomersal z autyzmem, nie mniej jednak jako związek zawierający rtęć związek ten nie powinien być podawany niemowlętom, szczególnie po urodzeniu. Wytwórcy szczepionek kolejno zaczynają wycofywać tiomersal ze składu szczepionek. W zestawieniu 70 szczepionek przysyłanych do badania i zwalniania znajduje się 10-12 szczepionek zawierających tiomersal. Doc. W. Janaszek szczególną uwagę zwróciła na dwie szczepionki: DTP oraz Euvax i ze względu na fakt, że w najbliższym czasie ze względu na ograniczenia finansowe nie będzie można zastosować szczepionki z bezkomórkowym składnikiem przeciw krztuścowi, może warto zadać pytanie przedstawicielom wytwórni z Krakowa czy zamierzają wycofać tiomersal ze szczepionki DTP.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że ze względu na to, że nie stać nas na utrzymywanie pełnokomórkowego krztuśca, powinniśmy w 2011 r. wprowadzić do PSO szczepionki skojarzone. W przypadku usunięcia tiomersalu ze szczepionki pełnokomórkowej utrwalona zostanie w PSO szczepionka pełnokomórkowa, co uniemożliwi przejście na szczepionki skojarzone w następnych latach.

Prof. W. Hryniewicz (NIL) po przejrzeniu listy szczepionek przysyłanych do badania i zwalniania z ZBSS NIZP-PZH powiedziała, że niezbędne jest zajęcie się sprawą szczepionek nieswoistych i autoszczepionek, które są specyfikami z medycyny początku XX wieku.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) zaapelował do Przewodniczącego Komisji o zwołanie komisji zgodnie z sugestią Prof. W. Hryniewicz.

Prof. W. Magdzik (PZH-NIZP) powiedział, że poproszono go o przygotowanie referatu na temat stanu szczepień w Polsce oraz przyszłości PSO. Zaznaczył, że o szczepieniach myślą nie tylko lekarze, a niedociągnięcia w tym zakresie są widoczne i postrzegane przez inne grupy zawodowe. Prof. W. Magdzik odniósł się do szczepień przeciw polio, jako jednego z najbardziej zasadniczych tematów. W ostatnich latach polio było dość często zawlekane do różnych krajów na świecie, a Polska jest jedynym krajem w Europie, gdzie nie został powołany Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis. Szczepień IPV nie wprowadzono w Polsce w czasie, kiedy szczepionkę OPV stosowano w Wielkiej Brytanii, Czechach, Słowacji i Rosji, szczepionkę OPV i IPV jednocześnie na Liwie, Białorusi, Ukrainie i w Niemczech. Obecnie często zadawane jest pytanie, dlaczego inne kraje, które stosowały OPV przeszły na IPV, a Polska nadal stosuje OPV. Prof. W. Magdzik powiedział, że wielokrotnie rozmawiał z Rosjanami, również w Kaliningradzie na temat możliwości wprowadzenia w krajach byłej Rosji szczepionki IPV, uzyskując informacje, że nie jest to możliwe. Likwidacja poradni konsultacyjnych ds. szczepień jest zdaniem Prof. W. Magdzika dowodem na pogląd, że w szczepieniach wszystko co trzeba było zrobić zostało zrobione. Odnosnie nowych szczepionek, np. szczepionki HPV, Prof. W. Magdzik powiedział, że onkolodzy nie mają świadomości potrzeby wykonywania tego szczepienia. Prof. W. Magdzik powiedział, że swój referat rozpocznie od stwierdzenia, że największą bolączką na świecie jest brak szczepionki przeciw AIDS, wzwC i malarii.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) przypomniał, że wielokrotnie wystosowywał pisma do GIS i dalej do Ministerstwa Zdrowia o powołanie Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że konsensus dotyczy naszych obu stanowisk. PGE kierowany przez P. Prof. Dobrzańską przygotowała swoje oddzielne stanowisko. PGE proponuje do wykorzystania zapisy dotyczące np. szczepień przeciw wzv B o kontynuowaniu szczepienia do 25 rz, u osób, które nie były szczepione. W przypadku personelu medycznego, zdaniem Prof. E. Bernatowskiej, konieczne jest oznaczanie poziomu przeciwciał u personelu medycznego przed rozpoczęciem pracy na koszt pracodawcy. Dodatkowo PGE proponuje umieszczenie na stronie internetowej GIS spisu poradni konsultacyjnych ds. szczepień tj. przychodni chorób zakaźnych.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że nie jest konieczne oznaczanie poziomu przeciwciał u personelu medycznego przed rozpoczęciem pracy. Przeciwciała stanowią czubek góry lodowej, jeśli chodzi o uodpornienie na wzvB, a odporność może występować również przy braku przeciwciał ze względu na utrwaloną odpowiedź komórkową. Prof. A. Zieliński dodał, że szczepienia przeciw wzvB w Polsce dotyczą wszystkich dzieci, istnieje konieczność wykonywania szczepień uzupełniających, a grupami ryzyka są osoby starsze po 50 rz narażone na kontakty ze służbą zdrowia.

Dr T. Szkoda (GIS) zwrócił uwagę na potrzebę jednolitego rozwiązania tej sprawy w kraju, ale informacje na stronie GIS są raczej niepotrzebne.

Prof. E. Bernatowska (PGE) powiedziała, że sprawy tej nie da się od razu rozwiązać jednolicie, ale można w różny sposób jej pomóc i zaoferowała udostępnienie spisu poradni specjalistycznych w zakresie immunologii klinicznej, gdzie można posyłać dzieci celem uzyskania konsultacji w sprawie szczepień.

W. Dębiński (GIS) powiedział, że poradnie zostały zlikwidowane, przy czym to co mówi pani prof. E. Bernatowska jest prawdą - funkcjonujące obecnie poradnie specjalistyczne różnie się nazywają. Nieprawdą jest, że na terenie województwa takiej poradni nie ma. W. Dębiński powiedział, że przekaże Przewodniczącemu Komisji pismo z NFZ, wyjaśniające przyczynę likwidacji poradni. W. Dębiński poprosił o przygotowanie stanowiska w sprawie stosowania szczepionek zawierających tiomersal np. przez PGE i Komisję celem umieszczenia go na stronie internetowej GIS. W. Dębiński nadmienił, należy dobrze przemyśleć wycofywanie szczepionek zawierających tiomersal wobec rozpowszechnianej informacji o ich nieszkodliwości. Za najważniejszą sprawę W. Dębiński uznał powołanie Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis i poprosił o przygotowanie po raz kolejny oficjalnego i zdecydowanego stanowiska w tej sprawie.

Dr P. Stefanoff (PZH-NIZP) nadmienił, że raport taki można do WHO wysłać, przy czym oficjalnym wymaganie ze strony WHO jest jego wysłanie przez powołany Komitet Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis.

Prof. K. Chomiczewski poinformował, że na najbliższym posiedzeniu Rady w dniu 27 marca 2009 r. przygotowane zostanie stanowisko Rady Sanitarnej, adresowane bezpośrednio do Ministra Zdrowia o zdecydowanym brzmieniu w celu powołania takiego Komitetu.

W. Dębiński (GIS) wyraził nadzieję, że Ministerstwo po otrzymaniu tego stanowiska nie prześle go do GIS z adnotacją: „GIS wg kompetencji”. W. Dębiński poinformował Prof. E. Bernatowską, że zalecenia odnośnie wykonywania badania miana przeciwciał wzvB nie można umieścić w komunikacie, gdyż jest to badanie z zakresu medycyny pracy i nie ma nic wspólnego z PSO.

Prof. E. Bernatowska (PGE) wyraziła nadzieję, że uwagi PGE dotyczące nieprecyzyjnych zapisów odnośnie grup ryzyk szczepień zostaną uwzględnione.

Dr T. Szkoła (GIS) powiedział, że niezbędne jest także uwzględnienie stanowiska konsultanta krajowego w zakresie immunologii klinicznej.

Prof. A. Dobrzańska (PGE) zapytała dr T. Szkołę, czy może uwzględnić stanowisko PGE, a nie konsultanta ds. immunologii i zwróciła uwagę, że właściwym do określenia grup ryzyka nie jest konsultant krajowy ds. immunologii klinicznej, ale PGE.

W. Dębiński (GIS) przypomniał, że GIS współpracuje z PGE praktycznie na co dzień i jest wdzięczny za wszelkie uwagi, które w miarę możliwości stara się realizować, natomiast do tej pory nie podjęto decyzji, czy opinie konsultanta ds. immunologii klinicznej będą uwzględnione.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) powiedział, że w celu opracowania grup ryzyka Komisja zwróciła się przede wszystkim do pana prof. J. Wysockiego ze względu na fakt, że wykraczają one poza zakres zainteresowań pediatrycznych, dotycząc również osób dorosłych.

Prof. E. Bernatowska (PGE) zapytała czy zatem istnieje niedosyt co do określenia tych grup ryzyka.

Prof. A. Zieliński (PZH-NIZP) zapytał na jakiej podstawie Prof. E. Bernatowska uważa, że stanowisko GIS jest stanowiskiem Komisji i nadmienił, że Komisja prosiła Prof. J. Wysockiego, aby kierował tym opracowaniem.

Przewodniczący sformułował następujące końcowe wnioski z posiedzenia Komisji odnośnie proponowanych zmian w kalendarzu na 2010 r:

- 1. Kontynuowanie szczepień przeciw pneumokokom i ospie wietrznej w grupach ryzyka.**
- 2. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw pneumokokom.**
- 3. Wprowadzenie do PSO następujących uzupełniających zapisów dotyczących szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce wykonywanych w postaci:**
 - „szczepieniu w 11 lub 12 roku życia podlegają wyłącznie dzieci nie szczepione w 10 roku życia”
 - „wykonane w 7 roku życia szczepienie preparatem monowalentnym przeciw odrze nie jest przeciwwskazaniem do zaszczepienia preparatem skojarzonym przeciw odrze, śwince i różyczce w 10, 11 lub 12 roku życia”.
- 4. wprowadzenie do PSO następujących uzupełniających zapisów dotyczących szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w postaci:**
 - „Należy kontynuować szczepienia młodzieży w 14 rż w stosunku do tych osób, które nie były uprzednio szczepione”.
- 5. Przyjęcie kwalifikacji grup ryzyka zgodnie ze stanowiskiem PGE.**
- 6. Na posiedzeniu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej zostanie przedstawiony projekt stanowiska w sprawie stosowania szczepionek zawierających tiomersal przygotowany przez Zakład Badania Surowic i Szczepionek oraz Zakład Epidemiologii NIZP-PZH.**

7. Projekt stanowiska w sprawie konieczności powołania w Polsce Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis zostanie przygotowany przez Zakład Epidemiologii oraz Wirusologii NIZP-PZH.
8. Komisja rekomenduje wprowadzenie szczepionek skojarzonych z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym w 2011 r.



Sekretarz Komisji
dr hab. Anna Gzyl

Przewodniczący
Prof. dr hab. K. Chomiczewski



