

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

z dnia 16 czerwca 2015 rok

W dniu 16 czerwca br. w sali konferencyjnej 0.16 w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego odbyło się posiedzenie Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, w którym uczestniczyli członkowie Rady, Dyrektorzy Departamentów/Biur Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz zaproszeni goście (listy obecności w załączeniu). Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak – Przewodniczący Rady przywitał członków Rady Sanitarno-Epidemiologicznej oraz gości i przedstawił program posiedzenia. Poinformował, że p. Marek Posobkiewicz - Główny Inspektor Sanitarny nie mógł uczestniczyć w spotkaniu ze względu na inne ważne obowiązki ale w zastępstwie została oddelegowana zastępująca Głównego Inspektora Sanitarnego p. Izabela Kucharska - Dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi.

I. Zgodnie z porządkiem obrad - **dr hab. n. med. Lucjan Szponar prof. nzw. Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie**, wygłosił prezentację nt. „Strategia zmniejszania ryzyka zagrożenia zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym”. Podkreślił, że współcześnie, podstawą do realizacji w skali populacyjnej skutecznych programów działań prewencyjnych w zakresie zdrowia publicznego winna być zawsze diagnoza sytuacji. W obszarze sposobu żywienia i stanu odżywienia kobiet w wieku prokreacyjnym dotyczy to częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka zagrażających zdrowiu populacji w wieku 15-44 lat oraz w wieku 45-49 lat. Badania obejmują również ocenę stanu odżywienia tej samej populacji kobiet nie będących w ciąży. W Polsce, brak jest dotąd takiej diagnozy, która opierałaby się o badanie reprezentatywne dla kraju, z zastosowaniem metod z zakresu epidemiologii opisowej, analitycznej i molekularnej. Zaznaczył, że do przygotowania diagnozy nad sposobem żywienia i stanem odżywienia populacji kobiet w wieku prokreacyjnym wykorzystano wyniki własnych badań Instytutu Żywności i Żywienia z lat 1991; 1993; 2000, posiadających wiele cech reprezentatywności w skali Kraju. Oceną objęto 5192 całodzienne diety, w tym 1472 dotyczyły kobiet ciężarnych. Uzyskane na przestrzeni 9 lat wyniki opublikowano jako całość w opracowanej monografii pod redakcją dr hab. Lucjana Szponara. Zbiór tych danych, jako syntetyczna całość, zebrany z zastosowaniem tej samej metodologii stał się podstawą do budowy założeń do strategii dalszych poszukiwań naukowych z omawianego obszaru, w drugiej i trzeciej dekadzie XXI wieku. Współczesna diagnoza tego rodzaju obejmująca sposób żywienia i stan odżywienia, z zastosowaniem metod epidemiologii opisowej, analitycznej i molekularnej, w stosownych proporcjach jest zdaniem autora rozprawy niezbędna. Udowodniono bowiem, w kilku ostatnich dekadach, że większość składników odżywczych, podawana we właściwych ilościach oraz proporcjach, wzmacnia zdecydowanie kondycję zdrowotną kobiety w wieku prokreacyjnym oraz jej płodu, również w aspekcie stabilności genomu. Badania własne autora opisane w monografii należą do najbardziej

reprezentatywnych w skali kraju, na przestrzeni kilku ostatnich dekad. Mobilizującym tłem dla podjęcia tych badań, była także dramatycznie niekorzystna w aspekcie stanu zdrowia publicznego, sytuacja demograficzna Polski, wymagająca zdecydowanej zmiany, m. in. poprzez oddziaływanie na wzmacnianie potencjału zdrowia omawianej populacji poprzez sposób żywienia oraz prawidłowy stan odżywienia.

Następnie omówił następujące główne osiągnięcia poznawcze z dotychczas przeprowadzonych badań:

1. Udowodniono, że wysoki odsetek (>50,0% zbioru całodziennych diet) o zawartości energii z tłuszczów ogółem (powyżej 35%) posiada charakter powtarzalny. Wystąpił w każdym z trzech przeprowadzonych badań, zarówno u kobiet nie będących w ciąży, jak i ciężarnych. Wykazano, że w ostatnim badaniu miał miejsce zdecydowany niedobór długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-3, dokozaheksaenowego (DHA) oraz ikozapentaenowego (EPA). Towarzyszył temu dalece wyższy, aniżeli tolerowany (do 7% energii całodziennego diety), udział energii z nasyconych kwasów tłuszczowych. Podwyższa to jednoznacznie ryzyko występowania zaburzeń gospodarki lipidowej, chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy typu 2 oraz otyłości;
2. Udowodniono dwukrotnie wyższą zawartość sodu, aniżeli poziom wystarczającego spożycia (AI 1500 mg/os./d) sodu z całodzienną dietą, w dominującej części całodziennych diet, tak u kobiet nie będących w ciąży, jak i ciężarnych, jednego z wysoce znaczących żywieniowych czynników ryzyka, m.in. choroby nadciśnieniowej;
3. Udowodniono niższą niż zalecana zawartość jodu w dietach (głównie w populacji kobiet ciężarnych), zwiększając ryzyko zaburzeń funkcjonowania gruczołu tarczowego, a u płodów i noworodków – również zaburzeń rozwoju fizycznego i umysłowego;
4. Wykazano niską zawartość żelaza w dietach ciężarnych, co sprzyja wzrostowi ryzyka niedokrwistości na tle jego niedoboru, podwyższa ryzyko przedwczesnego porodu, niskiej urodzeniowej masy ciała i obniżenie stanu zdrowia noworodka. Niedobór tego składnika podczas ciąży redukuje jego zapasy u płodu i w pierwszym roku życia, a także niekorzystnie wpływa na dalszy rozwój dziecka w dalszych latach;
5. Udowodniono, w odniesieniu do populacji kobiet w wieku prokreacyjnym, niższe niż zalecane pobranie z dietą w skali populacyjnej witaminy D, potwierdzone metodami analitycznymi, w wielośrodkowych badaniach klinicznych, m.in. w Łodzi, opublikowanych w 2012 r. Dane te potwierdzają wysokie ryzyko zaburzeń gospodarki mineralnej kości, rozwoju krzywicy u dzieci oraz wzrost ryzyka rozwoju osteoporozy w wieku średnim;
6. Wykazano w odniesieniu do populacji kobiet w wieku prokreacyjnym nie będących w ciąży i ciężarnych, niższe niż zalecane pobranie z dietą, wapnia, co szczególnie przy niskiej zawartości witaminy D w pożywieniu oraz wysokiej fosforu, co podwyższa ryzyko zaburzeń gospodarki mineralnej, szczególnie układu kostnego, a także prawdopodobnie wzrost ryzyka występowania otyłości, wynikającej z niedoboru omawianego składnika odżywczego. Na przestrzeni pierwszej dekady XXI wieku sytuacja ta, wysoce prawdopodobnie, nie uległa zmianie;

7. Wykazano niższe niż wystarczające (AI) pobranie z diety, w skali populacyjnej: błonnika pokarmowego, głównie w dietach kobiet nie będących w ciąży, co zdecydowanie zwiększa ryzyko otyłości brzusznej oraz cukrzycy typu drugiego;

8. Wykazano dalece niższą niż zalecana zawartość folianów w dietach kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce, przy towarzyszącej w części diet niskiej zawartości ryboflawiny, wit B6 oraz B12. Stwierdzone niedobory folianów w dietach kobiet w Polsce zwiększają ryzyko wad cewy nerwowej u noworodków oraz podwyższają ryzyko zaburzeń stabilności genomu ze wszystkimi ujemnymi konsekwencjami zdrowotnymi tego faktu.

Profesor L Szponar podkreślił, że wykazany powyżej żywieniowym czynnikiem ryzyka zagrażającym zdrowiu kobiet w wieku prokreacyjnym towarzyszyło narastanie częstości występowania otyłości, głównie u badanych powyżej 45 r.ż.

Na podstawie sformułowanych kilkudziesięciu ustaleń i wniosków szczegółowych, z poszczególnych części badań oraz 4 wniosków z całości opracowanej monografii przedstawił wniosek końcowy - przytaczając, **„że trzykrotne wyniki badań populacji kobiet w wieku prokreacyjnym, z zastosowaniem jedynie metod epidemiologii opisowej z lat 1991, 1993 oraz 2000, przy niepełnej reprezentatywności prób, a jednocześnie stwierdzeniu wielu wad w sposobie żywienia i stanie odżywienia, wpływających na stan zdrowia nie będących w ciąży i ciężarnych, udowodniły konieczność przeprowadzenia, nie zrealizowanego dotąd w Polsce badania z wykorzystaniem we właściwych proporcjach nowoczesnych metod epidemiologii opisowej, analitycznej i molekularnej oraz przedstawienie stosownym organom programu dalszych działań”**.

Poinformował, że nawiązano kontakt z Instytutem Matki i Dziecka a następnie został opracowany wstępny projekt pn. „Podstawy naukowe strategii zmniejszania ryzyka zagrożenia zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym, ciężarnych oraz nie będących w ciąży” na okres 3 lat realizacji od 01.09.2016 do 30.08.2018. Następnie omówił zadania projektu, jednocześnie wymieniając głównych wykonawców:

Kierownika Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Dyrektora IMiD dr n. med. Tomasz Maciejewski; przy współudziale dr hab. med. Lucjana Szponara/IZŻ i innych pracowników tego Instytutu.

Celem planowanych badań jest diagnoza częstości występowania w populacji kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce, żywieniowych oraz wybranych, innych czynników ryzyka, w stylu życia, zagrażających zdrowiu ciężarnych i ich potomstwu, oraz kobiet nie będących w ciąży. Epidemiologiczna diagnoza częstości występowania w/w grup czynników ryzyka zagrażających zdrowiu omawianej populacji zostanie dokonana, z zastosowaniem metod epidemiologii opisowej, analitycznej i molekularnej. Istotne znaczenie w pogłębieniu tej diagnozy, szczególnie w odniesieniu do narastania częstości występowania otyłości mogą mieć badania podstawowe, co najmniej dwu pokoleniowe, na myszach i szczurach, w aspekcie poznania jednego z najważniejszych mechanizmów między generacyjnego przenoszenia cech otyłości, z wykorzystaniem badań neurofizjologicznych na poziomie podwzgórza, układu dopaminergicznego oraz systemu nagrody.

W podsumowaniu zaznaczył, że dokonana diagnoza ułatwi opracowanie strategii i skwantyfikowanie zbioru działań interwencyjnych o charakterze poznawczym i aplikacyjnym, eliminujących sukcesywnie zagrożenia zdrowia kobiet i ich potomstwa, oraz usuwanie czynników ryzyka u kobiet okresu prekonceptyjnego, ciąży oraz co najmniej 6 miesięcznego okresu karmienia piersią.

Ustalono, aby w latach 2016-2018 przez dwa lata, w jednym wyznaczonym dniu, od września 2016 r, do sierpnia 2018 r. przebadać wszystkie, w skali kraju ciężarne i ich nowonarodzone dzieci w szpitalach, a nie będące w ciąży w odpowiednio wyznaczonych placówkach leczenia otwartego.

W metodologii badań z zastosowaniem epidemiologii opisowej częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka w składzie całodziennej diety winien zostać wykorzystany FFQ /food frequency Questionnaire/ lub wywiad /24 hour recall method/.

W ocenie stanu odżywienia populacji winny zostać wykorzystane, stosowany dotychczas zakres pomiarów antropometrycznych oraz pomiarów impedancji .

Zbiór badań analitycznych stanu odżywienia, oraz na poziomie molekularnym, zaproponowano wstępnie w monografii /Szponar L.2013/.

Pan prof. Szponar wspomniał, że szacowany wstępnie, koszt realizacji programu, nie powinien przekroczyć kwoty 20 milionów zł +3mln zł na aparaturę, w tym do pomiarów antropometrycznych + 2mln zł na uruchomienie stosownego zaplecza bioinformatycznego.

Grupą odniesienia do populacji ciężarnych, będą kobiety niebędące w ciąży, pochodzące z tych samych przychodni rejonowych, z których pochodziły rodzące w szpitalach objętych badaniem. Oszacowano, iż zbiór kobiet rodzących w szpitalach wyniesie od 2500-3000 kobiet. Podobną liczebność będą stanowiły kobiety niebędące w ciąży.

Ogółem badaniem może być objętych około 5000 kobiet w wieku prokreacyjnym oraz około 2500 noworodków.

Łącznie populacja badanych, w całym projekcie nie przekroczy 7500 osób.

Ocena w zakresie częstości występowania EDCHs w środowisku, zostanie dokonana wyłącznie w odniesieniu do populacji kobiet niebędących ciąży.

W przygotowaniu projektu zostaną wykorzystane:

- doświadczenia z dotychczasowych badań własnych,
- doświadczenia USA z programu - Prevalence of Selected Maternal Behaviors and Experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS),
- doświadczenia Norwegii - Program MoBa (Mother-Baby),
- doświadczenia z realizacji programu międzynarodowego - EARNEST (The Early Nutrition Programming Project (EARNEST)): /2005-2010/,
- doświadczenia z realizacji programu ALSPAC – (Avon Longitudinal Study of Parents and Children),
- doświadczenia z badań realizowanych przez GIS oraz IMW w Lublinie.

Podstawowym aktualnie zagadnieniem jest pozyskanie środków finansowych na realizację omawianego programu począwszy od II połowy 2016 r .

W istniejącej sytuacji, wydaje się, że rok 2015 winien być przeznaczony na szereg prac przygotowawczych do złożenia projektu badawczego w NCBR (Narodowe Centrum Badań i Rozwoju) w pierwszym kwartale 2016r.

Program przewiduje:

- nawiązanie współpracy międzynarodowej;
- opracowanie szczegółowego harmonogramu prac nad projektem;
- upowszechnienie, w stosownych gremiach w kraju w 2015 r. założeń programu realizacyjnego, projektu na lata 2016-2018.

Pan Profesor Szponar na zakończenie swojego wystąpienia zaznaczył, że biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia ostatnich lat z realizacji przez GIS Projektu "Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" oraz z realizacji Strategii Bezpieczeństwa Żywności przez GIS i IŻŻ, uprzejmie poprosił Radę Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Głównego Inspektora Sanitarnego o aktywne poparcie realizacji prezentowanego dzisiaj przedsięwzięcia. Jednocześnie ogłosił, że przyjęto hipotezę, że środki finansowe na realizację omawianego projektu zostaną pozyskane z NCBR oraz być może grantu z EFSA lub Komisji Europejskiej.

Dyskusja.

Przewodniczący Rady, prof. A. Wojtczak podziękował p. prof. L. Szponarowi za przedstawienie tez swojej pracy oraz aktualnej wiedzy związanej z projektem i podkreślił, że projekt ten podejmuje bardzo poważną problematykę występowania żywieniowych czynników ryzyka, zagrażających zdrowiu populacji kobiet w wieku prokreacyjnym .

Pan prof. M. Jarosz podziękował p. prof. L. Szponarowi za ciekawy wykład oraz podkreślił, że zaobserwował pozytywne zjawisko w naszym kraju, że zaczynamy się bać otyłości. Wspomniał, że co czwarte dziecko ma nadwagę i otyłość, na Mazowszu już jest 30% dzieci z nadwagą i otyłością, a 2/3 dzieci zawdzięcza swoją otyłość nieprawidłowemu stylowi życia matki w ciąży. Dodał, że tworzy program działania Komisji Żywności i Żywienia ramach Rady i chciałby żeby w tym działaniu znalazły się przede wszystkim działania interwencyjne.

Pan prof. L. Markuszewski zaznaczył, że program przedstawiony przez prof. L. Szponara jest fantastyczny, że będzie wykonanych 7,5 tys. badań i dodał, że interesujące jest to jak będą wyglądały punkty na mapie polski i kto będzie uczył ludzi jak przeprowadzać te badania, żeby była jednorodność pomiarów oraz kto będzie prowadził te badania.

Pan prof. A. Zieliński zwrócił uwagę, że to badanie jest bardzo szeroko zakrojone i nie jest całkiem jasne jakich zmiennych, w jakim okresie będziecie Państwo poszukiwać, ponieważ tło badań, które p. prof. L. Szponar był uprzejmy przedstawić jest niesłychanie szerokie oraz opiera się na osiągnięciach innych krajów. Następnie wspomniał, że powtarzanie podstawowych wyników byłoby bardzo trudne bo niektóre rzeczy są doskonale znane i już

stosowane w działaniach interwencyjnych zdrowia publicznego. Prof. A. Zieliński wyraził swoje zdanie, że w tym przypadku byłoby rozsądne żeby jasno sprecyzować założenia pracy pod względem przedstawienia dokładniejszych zmiennych ale także pokazanie tej części prospektywnej, jak to będzie dalej działało.

Pan prof. L. Szponar podziękował za postawione pytania i zgodził się z wypowiedzią prof. Wysockiego, że to badanie ma charakter badania przekrojowego ale w zamierzeniu powinno być to badanie długofalowe. Po pierwsze zwrócił uwagę, że 70 lat po wojnie takiego badania w ogóle nie przeprowadziliśmy i wspominał na przykładzie otyłości, że są różne doniesienia m.in. prof. Czaplńskiego z 2013 r., które mówią o wzroście występowania otyłości w Polsce i jednocześnie jest tam wskazany niższy poziom otyłości aniżeli w wykrytym badaniu epidemiologicznym gdzie wyszkoleni pracownicy badali. Prof. L. Szponar zaznaczył, że stworzenie takiej bazy danych ma kluczowe znaczenie dla początków tego co powinno być realizowane. Również wspominał, że strategia doboru miejsc badania szpitali zostanie dobrana w sposób losowy z odpowiednimi parametrami uwzględniającymi sytuację demograficzną i sytuację w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

II. Pani Naczelnik Jolanta Prochaska – Naczelnik w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS przedstawiła propozycje zmian w projekcie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2016, dyskutowane podczas posiedzenia KECHZiB – RSE w dniu 26 maja 2015 r.:

1. Doprecyzowanie i ujednolicenie terminologii dotyczącej nazw schematów szczepienia (podstawowe i przypominające), zwłaszcza w odniesieniu do szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, poprzez wprowadzenie wyraźnego terminologicznego rozróżnienia pomiędzy dawkami szczepienia podstawowego (pierwotne i uzupełniające) i dawkami szczepienia przypominającego. Konieczność terminologicznego rozróżnienia pomiędzy dawkami szczepienia podstawowego i przypominającego wynika z obserwowanego problemu z rozróżnianiem, przez środowisko medyczne, czwartej dawki uzupełniającej szczepienia podstawowego od szczepienia przypominającego; tym samym uwzględniono uwagę Pana prof. Jacka Wysockiego wniesioną do PSO.
2. Wprowadzenie szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi w 14 roku życia w miejsce szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi szczepionką (Td).
3. RSE postulowała o wprowadzenie szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi w 14. roku życia z uwagi na sytuację epidemiologiczną krztuśca w Polsce (rekomendacja uwzględniona w priorytetach zmian PSO), w szczególności w związku z kontynuacją szczepień ochronnych w 6. roku życia szczepionką ze zmniejszonym komponentem krztuśca (u tej grupy osób, RSE wskazała za niezbędne przeprowadzenie w przyszłości szczepienia ochronnego dawką przypominającą).
4. Zastąpienie szczepionki atenuowanej poliwalentnej tOPV (1,2,3 typ wirusa), stosowanej do szczepienia przypominającego przeciwko poliomyelitis w 6. roku życia, szczepionką inaktywowaną IPV (typ 1, 2, 3 wirusa polio) – z wyraźnym wskazaniem w PSO, że

szczepienia szczepionką tOPV należy stosować do wyczerpania zapasów lecz nie później, niż do dnia 31 marca 2016 roku.

W maju br. podczas 68 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, przyjęto Rezolucję w sprawie poliomyelitis (Resolution Poliomyelitis for WHA 68), której jednym z najistotniejszych elementów jest wezwanie krajów członkowskich WHO do wycofania z użytku trójwalentnej żywej szczepionki doustnej przeciw polioliomyelitis tOPV i zastąpienie jej szczepionką dwuwalentną bOPV lub rezygnacja ze szczepień szczepionką żywą na rzecz szczepionki inaktywowanej IPV, co stanowi jeden z elementów programu eradykacji poliomyelitis. W związku z tym decyzja Komisji Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej podjęta podczas posiedzenia w dniu 25 lutego 2015r. o kontynuacji szczepień szczepionką poliwalentną tOPV (zawierającą 1,2,3 typ wirusa) traci wobec ww. stanowiska WHO na aktualności.

5. Zamieszczenie alternatywnego schematu szczepień w 2. roku życia z uwzględnieniem szczepionek wysokoskojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi (DTP), inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b (HiB), poliomyelitis (IPV) - DTPa-IPV-HIB (5w1), który jednocześnie stanowił będzie wytyczną dotyczącą stosowania szczepionek wysokoskojarzonych do realizacji szczepień obowiązkowych przeciw błonicy tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis i inwazyjnym zakażeniom *H. influenzae*, również w przypadku jeśli tego typu szczepionkę skojarzoną zakupią rodzice dziecka. Jego stosowanie będzie uzależnione od możliwości zakupu przez Ministra Zdrowia tego typu szczepionki.
6. Uzupełnienie wskazań do szczepień zalecanych o wskazania służące realizacji strategii kokonowej:
 - a) przeciw krztuścowi - u osób z otoczenia noworodków i małych niemowląt a także u kobiet w ciąży lub planujących ciążę,
 - b) przeciw pneumokokom - u osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 5. roku życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekle chorymi,
7. Ujednolicenie zapisów odnoszących się do czasu 15 dniowej obserwacji weterynaryjnej zwierząt podejrzanych o wściekliznę upoważniającej do wstrzymania się od przeprowadzenia szczepienia osoby narażonej – jako odnoszącej się wyłącznie do psów i kotów (wystąpienie w związku z tym o opinię do Państwowego Instytutu Weterynarii w Puławach),
8. Zastąpienie określenia: „cykl szczepień” określeniem: „schemat szczepień”, dostosowując je do terminologii określonej w Leksykonie epidemiologicznym (wydanym pod redakcją dr hab. J. Bzdęgi oraz prof. dr hab. W. Magdzika, prof. dr hab. D. Naruszewicz-Lesiuk i prof. dr hab. A. Zielińskiego),
9. Wprowadzenie priorytetów zmian do PSO (przyjętych przez polskich ekspertów do realizacji na lata 2016 – 2020), takich jak:
 - a) powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom u dzieci do 2 roku życia oraz rozszerzenie obowiązku szczepień przeciw pneumokokom na inne grupy osób narażonych na zakażenie,

- b) szczepienia przeciwko meningokokom z gr B i C u dzieci z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności,
 - c) powszechne szczepienia przeciwko ospie wietrznej całej populacji dzieci,
 - d) powszechne szczepienia przeciwko rotawirusom,
- może zostać zrealizowane po dokonaniu zmiany obowiązujących przepisów prawa (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych).

III. Pan prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki – Przewodniczący Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu przedstawił wnioski z posiedzenia Komisji z dnia 26 maja br., dotyczące Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016:

1. Doprecyzowanie i ujednoczenie terminologii dotyczącej nazw schematów szczepień poprzez terminologiczne rozróżnienie dawek szczepienia podstawowego (pierwotne i uzupełniające) i szczepienia przypominającego.
2. Wprowadzenie i doprecyzowanie zapisów wynikających z decyzji dotyczącej zastąpienia szczepionki atenuowanej poliwalentnej tOPV (1,2,3 typ wirusa) szczepionką inaktywowaną IPV (typ 1, 2, 3 wirusa polio), poprzez m. in. wskazanie, że trójwalentną szczepionkę tOPV należy stosować do wyczerpania zapasów lecz nie później, niż do dnia 31 marca 2016 roku.
3. Dostosowanie zapisów w związku z wprowadzeniem szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi w 14. roku życia - szczepionką dTap w miejsce szczepienia szczepionką Td,
4. Zamieszczenie alternatywnego schematu szczepień w 2. roku życia z uwzględnieniem szczepionek wysokoskojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi (DTP), inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b (HiB), poliomyelitis (IPV) - DTPa-IPV-HIB (5w1).
5. Uzupełnienie wskazań do szczepień zalecanych o wskazania służące realizacji strategii kokonowej:
 - a) przeciw krztuścowi - u osób z otoczenia noworodków i małych niemowląt, a także u kobiet w ciąży lub planujących ciążę,
 - b) przeciw pneumokokom - u osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 5. roku życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekłe chorymi,
6. Ujednoczenie zapisów odnoszących się do czasu 15 dniowej obserwacji weterynaryjnej zwierząt podejrzanych o wściekliznę upoważniającej do wstrzymania się od przeprowadzenia szczepienia osoby narażonej – jako odnoszącej się wyłącznie do psów i kotów,
7. Zastąpienie w PSO określenia: „cykl szczepień” określeniem: „schemat szczepień”.

IV. Otwarcie dyskusji:

Pani Izabela Kucharska – Dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi poinformowała odnośnie możliwości realizacji priorytetu wprowadzenia powszechnych szczepień przy użyciu szczepionek wysoko skojarzonych, że aktualnie są dwa kluczowe elementy. Pierwszym z nich jest zmiana na stanowisku Ministra Zdrowia i w związku z tym potrzeba spotkania z nowym Szefem resortu w celu przedyskutowania kwestii kształtu Programu Szczepień Ochronnych. Natomiast druga, to trwająca dyskusja prowadzona przez Departament Matki i Dziecka MZ z oferentami, producentami szczepionek odnośnie możliwości dostaw, w aspekcie zaburzeń w produkcji i trudności w dostępności do szczepionek przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z acelularnym komponentem krztuśca. Pani Dyrektor dodała również, że trwają rozmowy z firmami odnośnie możliwości dostarczenia szczepionek na rynek polski, ponieważ jak wiadomo cała Europa ma z tym problem, natomiast my jako kraj nie jesteśmy obsługiwani w pierwszej kolejności, ponieważ mamy plan finansowania programu szczepień krótkoterminowy. Następnie Pani Dyrektor wspomniała o podjętych poważnych pracach mających na celu znalezienie innych konkretnych odpowiednich źródeł finansowania dla PSO. Kolejnym poruszonym przez Panią Dyrektor zagadnieniem była informacja dotycząca zgody Ministra Zdrowia na rozpoczęcie procedowania rozporządzenia wprowadzającego szczepienia przeciwko odrze (rozporządzenie MZ w sprawie metod zapobiegania odrze) – co stanowi kluczowy element w realizacji programu eradykacji WHO.

Pani prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz odniosła się do wypowiedzi Pani Dyrektor I. Kucharskiej dotyczącej problemu ze szczepionką przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. Wspomniała, że ostatnio była na przetargu w zamówieniach publicznych, podczas którego wytworzyła się dyskusja na temat dotychczasowego planowania zakupu szczepionek w naszym kraju na okres jednego roku, a nie na dłużej niż na rok. Pani prof. W. Hryniewicz uważa, że Rada Sanitarno-Epidemiologiczna powinna ponownie wystąpić do Ministra Zdrowia żeby planować zakup szczepionek dłużej niż na jeden rok.

Prof. nzw. dr hab. n. med. T. Jackowska- Krajowy Konsultant ds. Pediatrii w swojej wypowiedzi odniosła się do Programu Szczepień Ochronnych zaznaczając, że powinien być on tak ułożony żeby brał pod uwagę różne warianty, np. żeby zapis w 6. roku życia umożliwił zastosowanie szczepionki czterowalentnej (dTap). Następnie Pani prof. T. Jackowska zaznaczyła, że zapis w PSO o grypie w brzmieniu: „począwszy od szóstego miesiąca życia” powinien brzmieć: „po ukończeniu 6 miesiąca życia”, ponieważ wiek od szóstego miesiąca życia interpretuje się tak, że jest to pięć miesięcy i jeden dzień, natomiast szczepionka jest zarejestrowana po szóstym miesiącu życia. Następnie Pani prof. T. Jackowska zapytała dlaczego zmiana szczepionek tOPV nastąpi od pierwszego kwietnia, a nie od pierwszego stycznia 2016 r.

Prof. dr hab. n. med. E. Bernatowska zapytała czy Główny Inspektorat Sanitarny podejmie jakieś kroki odnośnie realizacji szczepień przeciwko pneumokokom w grupach ryzyka? Następnie zasugerowała, że jeśli nie wiemy co zrobić ze szczepionkami, znane są takie przykłady, że jeżeli firma która nie chce zabrać z powrotem szczepionek, którym okres ważności się kończy, to wówczas rząd czy ludzie, którzy o tym decydują powinni przestać współpracować z taką firmą.

Prof. dr hab. n. med. A. Zieliński odnosząc się do wypowiedzi p. prof. E. Bernatowskiej podkreślił, że jeśli chodzi o naciski firm farmaceutycznych to nie zdarzyła mu się taka sytuacja. Następnie zadał pytanie czy naprawdę zaniechanie przemysłu szczepionek w Polsce jest rozwiązaniem trwałym, czy my zawsze musimy opierać się na obcym przemyśle i czy nasz przemysł nie jest w stanie przynajmniej częściowo wejść z powrotem w produkcję szczepionek.

Pani Izabela Kucharska – Dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi podziękowała za bardzo ważne uwagi do Programu Szczepień Ochronnych. Zaznaczyła, Główny Inspektorat Sanitarny aktualnie opracowuje różne warianty kosztowe Programu Szczepień Ochronnych w celu przedłożenia ich do Ministrowi Zdrowia do 30 czerwca 2015 roku. Następnie Dyrektor I. Kucharska odniosła się do pytania dotyczącego terminu wykorzystania szczepionki atenuowanej poliwalentnej tOPV (1,2,3 typ wirusa) przeciwko poliomyelitis, który jest określony do końca I kwartału 2016 roku, a nie do końca tego roku, tłumacząc, że wynika to z dokonanych zakupów i podjętych już zobowiązań dotyczących zakupów, a także terminów ważności szczepionek oraz prowadzonej polityki.

Pani Dyrektor I. Kucharska zaakcentowała, że rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów odnośnie pneumokoków przyjmuje z wdzięcznością. Wspomniała również o prowadzonych rozmowach z Ministerstwem Zdrowia w związku z proporcją zakupu szczepionek przeciwko pneumokokom i argumente, którym posługuje Główny Inspektorat Sanitarny, tj. analizą zużycia, którą prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Prof. dr hab. n. med. A. Wojtczak zaznaczył, że na kolejnym spotkaniu poruszany będzie temat Programu Szczepień Ochronnych i wtedy RSE będzie dyskutowała nad merytorycznymi detalami. *Zaproponował, że za zgodą członków RSE zostanie opracowane stanowisko w formie uchwały RSE odnośnie konieczności wieloletniego planu zakupu szczepionek oraz priorytetów, w tym dotyczące wprowadzenia szczepień przeciwko pneumokokom populacji dzieci do lat dwóch.*

Następnie Przewodniczący Rady wystosował prośbę do członków RSE o opinię przedstawionych wniosków przez Pana prof. dr hab. n. med. Mirosława J. Wysockiego – Przewodniczącego Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu.

Członkowie Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej jednogłośnie przegłosowali propozycję uchwały oraz przyjęli wnioski z posiedzenia Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i

Bioterroryzmu.

V. Prof. dr hab. n. med. A. Zieliński wygłosił prezentację na temat „Ruchów antyszczepionkowych”.

Na początku zaznaczył, że elementem walki z ruchami antyszczepionkowymi jest to, co uzyskaliśmy dzięki szczepieniom. Dużym sukcesem jest pojawienie się pierwszej szczepionki i niemal największym sukcesem medycyny jest wykorzenienie ospy prawdziwej. W tej chwili bo praktycznie od 1998 r. nie mamy zgonów z powodu odry. Problemem walki z ruchami antyszczepionkowymi jest to, że tam gdzie zwyciężyliśmy z chorobą zakaźną nie mamy kłopotów i rodzice nie widzą w sąsiedztwie tego, że dzieci chorują. Poziom zachorowań jest bardzo niski czasem zerowy natomiast poziom zaszczepienia jest odpowiednio bardzo wysoki. Pan prof. A. Zieliński wyjaśnił, że w skład ruchów antyszczepionkowych wchodzi ludzie, którzy występują w oskarżeniach sądowych jako eksperci pacjentów. Następnie przytoczył pewien przykład, że dziennikarz wspomniał o takim przypadku, że sąd amerykański orzekł, iż szczepionka jest szkodliwa i wywołuje autyzm. Natomiast Pan prof. A. Zieliński odpowiadając na zarzuty dziennikarza wyjaśnił, że to nie sąd amerykański orzekł, że szczepionka jest szkodliwa tylko adwokat skarżącego przekonał sędziego, że tak jest.

Pan prof. A. Zieliński podsumowując swoje wystąpienie podkreślił, że lekarz pierwszego kontaktu oraz lekarz pediatra jest najskuteczniejszym przynosicielem informacji na temat szczepień i zwalczaniu ruchów antyszczepionkowych. Zaznaczył, że jeśli lekarze pierwszego kontaktu nie zaangażują się w promocję szczepień i zwalczanie ruchów antyszczepionkowych to informacje podawane ogólnie wobec nieświadomości metodologicznej społeczeństwa nie będą nigdy skuteczne.

Dyskusja:

Prof. dr hab. n. med. W. Hryniewicz zaznaczyła, że były prowadzone różne dyskusje gdyż w każdym typie prasie czy w internecie przeważają negatywne informacje i ciągle jest za mało pozytywnych informacji na temat szczepień. Wspomniała, że może ktoś powinien śledzić te negatywne artykuły, żeby pojawiał się w następnym numerze drugi artykuł, który to w odpowiedni sposób skomentuje.

Dr hab. Aneta Nitsch-Osuch podzieliła się z wnioskami, które były przedstawione na konferencji międzynarodowej w Genewie w zeszłym roku, w której uczestniczyli przedstawiciele między innymi WHO i która była poświęcona ruchom antyszczepionkowym. Podczas konferencji przedstawiono między innymi wykres, który pokazuje jak statystycznie zachowują się populacje krajów europejskich z którego wynika, że jednak nadal 60-80% są to osoby, które wierzą w szczepienia, popierają szczepienia, szczepią siebie i swoich najbliższych. Natomiast rośnie liczba osób tj. 10-20%, które pytają, wątpią oraz rodziców, którzy nie szczepią noworodka w pierwszej dobie życia czy w pierwszym roku życia dziecka ale nie są to zadeklarowani przeciwnicy szczepień.

Pani dr hab. A. Nitsch-Osuch zaznaczyła, że konkluzja z całej tej konferencji była taka, że

lekarze i osoby, które powinny promować te szczepienia powinny zwrócić się do tych pacjentów, którzy popierają szczepienia by podtrzymać ich poparcie, zainteresowanie i dobre opinie ale także poświęcenie dużej uwagi osobom, które wątpią i pytają żeby ich przekonać.

Prof. dr hab. n. med. A. Wojtczak na zakończenie dyskusji na temat ruchów antyszczepionkowych podkreślił, że są dwa kluczowe elementy. Pierwszym z nich jest to, że lekarz i pielęgniarka są pierwszą linią do promowania szczepień, gdyż jeżeli oni nie będą przekonani i nie będą oddziaływali na środowisko to nikt inny nie poprawi tej sytuacji. Natomiast drugim ważnym aspektem jest to, że osoby, które są przekonane o szkodliwości szczepionek stanowią pewną sektę, do których nic nie przemówi ani prasa, telewizja oraz radio.

VI. Pan dr hab. n. med. Piotr Tyszko, prof. nzw. WUM, Sekretarz Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w zastępstwie Przewodniczącego, prof. dr hab. n. med. Jerzego T. Marcinkowskiego przedstawił informację odnośnie przebiegu prac Komisji ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody (BZW).

Na początku wspomniał, że odbyły się trzy posiedzenia Komisji ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody BZW. Na pierwszym spotkaniu w dniu 22 stycznia 2015 r. Komisja przyjęła plan pracy na obecną kadencję, zakładający kontynuację i zintensyfikowane działań na rzecz wprowadzenia w Polsce zaleceń WHO dotyczących objęcia dostaw wody pitnej systemem zarządzania ryzykiem i przygotowywanych projektów Komisji Europejskiej w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Komisja przypomina, że *system zarządzania ryzykiem to jest system, który nie analizuje jakość wody w kranie w momencie kiedy konsument tę wodę pobiera ale system zarządzania ryzykiem jakością wody to jest monitorowanie wszystkich etapów pobierania, produkcji, uzdatniania wody czyli od źródła do konsumenta.*

Drugie posiedzenie Komisji odbyło się 23 marca br. poruszonym tematem była „Ochrona źródeł wody jako pierwsza bariera minimalizująca zagrożenia”. W trakcie spotkania referaty wygłosili znakomici eksperci między innymi prof. Andrzej Witkowski – Przewodniczący Stowarzyszenia Hydrogeologów Polskich, prof. Beniamin Więzik – Wiceprezes Stowarzyszenia Hydrologów Polskich i inni przedstawiciele instytucji i środowisk z tego obszaru.. Przedstawili oni swoje doświadczenia i problemy, z którymi się spotykają w kontekście wyznaczania, ustanawiania i nadzorowania stref ochronnych ujęć wody, obszarów ochronnych Głównych Zbiorników Wód Podziemnych oraz spójnej ochrony zasobów wody wykorzystywanej obecnie lub w przyszłości do celów zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia. Wnioski z posiedzenia potwierdziły i wsparły działania Departamentu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody, Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Ministra Zdrowia związane z wprowadzaniem do projektu ustawy Prawo wodne obligatoryjności terenów ochrony bezpośredniej ujęć wody oraz wprowadzania identyfikacji zagrożeń i oceny ryzyka przy wyznaczaniu terenów ochrony pośredniej.

Pan dr P. Tyszko wspomniał, że Komisja BZW trzykrotnie występowała z apelami i ostatecznie Minister Środowiska wprowadził do projektu uwagi, jednak nie wszystkie zgłoszone przez Ministra Zdrowia dotyczące stref ochronnych.

Trzecie posiedzenie Komisji odbyło się 12 czerwca 2015 r., w trakcie konferencji naukowo-technicznej „Aktualne zagadnienia w uzdatnianiu i dystrybucji wody”. Konferencja była zorganizowana przez członka Komisji prof. Izabelę Zimoch z Politechniki Śląskiej i przedstawicieli przedsiębiorstw wodociągowych z szeregu miast, które już wprowadziły system zarządzania ryzykiem. Przedstawiciele tych miast zwracali uwagę na braki i błędy legislacyjne, brak wsparcia merytorycznego i finansowego, częsty brak współpracy i zrozumienia potrzeb ze strony innych interesariuszy takich jak gminy, inwestorzy, administratorzy budynków, odbiorcy wody.

W wypowiedziach wszyscy zwracali uwagę na potrzebę integracji środowisk i wspólne wypracowanie polityki i strategii państwa w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak wygłosił krótki komentarz podkreślając, że Komisja ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody działa bardzo energicznie. W swoich przedsięwzięciach wyszła poza ramy uprawnień zarówno Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Rady Sanitarno-Epidemiologicznej i poszła w kierunku praktyki zdrowia publicznego. Komisja ta związała się z Ministerstwem Środowiska i za zgodą RSE przygotowała pewien projekt odnośnie stref ochronnych ujęć wody, który został przedstawiony Ministrowi Środowiska i Ministrowi Zdrowia.

VII. Dr Małgorzata Czerniawska - Ankiersztejn – Przewodnicząca Zespołu ds. Suplementów Diety, przedstawiła informacje z przebiegu prac Zespołu, podkreślając jego rolę i zadania:

- przy weryfikacji niektórych składników, oszacowanie czy produkt jest bezpieczny i czy można go zakwalifikować do grupy suplementów diety;
- w opracowaniu listy składników roślinnych z uwzględnieniem ich maksymalnych dawek w suplementach diety;
- określenie maksymalnych dawek witamin i składników mineralnych w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety
- przy opracowaniu koncepcji edukacji świadomego odbiorcy

Przedstawiono propozycję umieszczenia komunikatów w formie informacji publicznej GIS na stronach internetowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej.


Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak, podziękował Przewodniczącym za przedłożenie sprawozdań z posiedzenia Komisji ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Wody i Zespołu ds. Suplementów Diety. Zaznaczył, że do tej pory rozpoczęły pracę trzy Komisje oraz w najbliższym czasie rozpoczną działania kolejne Komisje.

Następnie Przewodniczący Rady serdecznie podziękował wszystkim uczestnikom za udział w posiedzeniu. Podkreślił, iż będzie przygotowana uchwała Rady Sanitarno-Epidemiologicznej i zaproponował kolejne posiedzenie RSE na wrzesień br.

VIII. Wnioski:

1. Należy opracować uchwałę RSE odnośnie konieczności opracowania wieloletniego planu zakupu szczepionek oraz priorytetów, w tym dotyczące wprowadzenia szczepień przeciwko pneumokokom populacji dzieci do lat dwóch;
2. Rada Sanitarno-Epidemiologiczna rekomenduje propozycje zmian w Projekcie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016 w następującym zakresie:
 - a) doprecyzowanie i ujednolicenie terminologii dotyczącej nazw schematów szczepień poprzez terminologiczne rozróżnienie dawek szczepienia podstawowego (pierwotne i uzupełniające) i szczepienia przypominającego.
 - b) wprowadzenie i doprecyzowanie zapisów wynikających z decyzji dotyczącej zastąpienia szczepionki atenuowanej poliwalentnej tOPV (1,2,3 typ wirusa) szczepionką inaktywowaną IPV (typ 1, 2, 3 wirusa polio), poprzez m. in. wskazanie, że trójwalentną szczepionkę tOPV należy stosować do wyczerpania zapasów lecz nie później, niż do dnia 31 marca 2016 roku.
 - c) dostosowanie zapisów w związku z wprowadzeniem szczepienia przypominającego przeciw krztuścowi w 14. roku życia - szczepionką dTap w miejsce szczepienia szczepionką Td.
 - d) zamieszczenie alternatywnego schematu szczepień w 2. roku życia z uwzględnieniem szczepionek wysokoskojarzonych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi (DTP), inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b (HiB), poliomyelitis (IPV) - DTPa-IPV-HIB (5w1).
 - e) uzupełnienie wskazań do szczepień zalecanych o wskazania służące realizacji strategii kokonowej:
 - przeciw krztuścowi - u osób z otoczenia noworodków i małych niemowląt, a także u kobiet w ciąży lub planujących ciążę,
 - przeciw pneumokokom - u osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 5. roku życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekle chorymi.
 - f) ujednolicenie zapisów odnoszących się do czasu 15. dniowej obserwacji weterynaryjnej zwierząt podejrzanych o wściekliznę upoważniającej do wstrzymania się od przeprowadzenia szczepienia osoby narażonej – jako odnoszącej się wyłącznie do psów i kotów.
 - g) zastąpienie w PSO określenia: „cykl szczepień” określeniem: „schemat szczepień” oraz dookreślenie wieku do stosowania szczepionki przeciwko grypie poprzez zastosowanie zapisu: „po ukończeniu szóstego miesiąca życia”.

Protokolowała: Kinga Barczuk

.....


.....
Dr hab. n. med. Piotr Tyszko

Sekretarz

Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

Przewodniczący

Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

.....

Prof. dr hab. Andrzej Wojtczak

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak

Przewodniczący

Rady Sanitarno-Epidemiologicznej