

Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w dniu 24 września 2010r.

W posiedzeniu Komisji, której przewodniczył prof. K. Chomiczewski, wzięło udział 16 osób, w tym 1 przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia (MZ), 3 przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), 3 przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego MSWiA, 4 przedstawiciele NIZP-PZH, 2 przedstawiciele Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii (WIHE) oraz po 1 przedstawicielu Instytutu-Pomnika „Centrum Zdrowia Dziecka” (IP-CZD), Uniwersytetu Medycznego w Warszawie (AM) oraz Narodowego Instytutu Leków.

Prof. K. Chomiczewski zapoznał zebranych z listem Pani Minister E. Kopacz, która za pośrednictwem Głównego Inspektora Sanitarnego przedstawiła prośbę do Rady Sanitarno-Epidemiologicznej dotyczącą wprowadzenia zastępczego schematu wykonywania szczepień przeciw poliomyelitis w 6-tym r.ż., w przypadku braku możliwości zaszczepienia dzieci żywą szczepionką przeciw poliomyelitis (OPV), w związku z problemami zapewnienia ciągłości jej dostaw w pierwszym kwartale 2011r. Pani Minister wskazała realną możliwość przerwania w kraju szczepień przeciw poliomyelitis dzieci w 6-tym r.ż. po dniu 1 stycznia 2011r. i poprosiła o opinie Rady dotyczącą rozważenia możliwości tymczasowego przejścia na szczepienie szczepionką inaktywowaną przeciw poliomyelitis (IPV) lub podjęcie decyzji o wstrzymaniu wykonywania szczepień przeciw poliomyelitis u dzieci w 6-tym r.ż. do czasu zakupu i dostarczenia szczepionki OPV do Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Epidemicznych.

Prof. E. Bernatowska przedstawiła stanowisko Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia przesłane 15.09.2010r. do Ministra Zdrowia dotyczące propozycji skorygowanego schematu szczepień przeciw poliomyelitis w związku z ograniczeniami w dostępności szczepionki OPV, które wystąpiły w związku z brakiem oferenta na dostawę szczepionki. Prof. E. Bernatowska wskazała, że odpowiedź na zapytanie Minister Zdrowia dotyczyła dwóch obszarów interwencji:

1. Czy doraźnie z powodu braku szczepionki doustnej OPV należy kontynuować szczepienie IPV w grupie dzieci w 6 r.ż.?
2. Czy w perspektywie aktualnej sytuacji epidemiologicznej można docelowo wprowadzić do PSO w 6 r. ż. szczepienia preparatem IPV, czy pozostać przy OPV?

W odpowiedzi na pierwsze zapytanie Pediatryczny Zespół Ekspertów wskazał, że przerwanie realizacji PSO w zakresie poliomyelitis u dzieci w 6 r.ż. stanowi znacznie większe zagrożenie

zdrowia publicznego. Nie ma żadnego dodatkowego ryzyka związanego z podawaniem szczepionki inaktywowanej IPV dzieciom w 6 r. ż., gdyż szczepionka IPV stosowana jest od lat u młodzieży i osób dorosłych. W odpowiedzi na drugie zapytanie wskazano, że w zakresie strategii długofalowej, mającej na celu wycofanie stosowania w Polsce OPV w ramach PSO, należy podkreślić, że szczepionka zawierająca żywe wirusy polio jest jedynym preparatem skutecznym w eradykacji poliomyelitis. Po osiągnięciu eradykacji wirusa ŚOZ dopuszcza możliwość odejścia od powszechnych szczepień preparatem OPV na rzecz inaktywowanej szczepionki IPV. W związku z wieloletnią eradykacją dzikiego wirusa poliomyelitis na terenie Europy (w Polsce od 1982 roku), Pediatriczny Zespół Ekspertów wskazuje na możliwość przejścia w ramach PSO na szczepienia preparatem IPV z uwzględnieniem wytycznych ŚOZ. Uzasadniając stanowisko za zaprzestaniem szczepień OPV należy podkreślić, że w rzadkich przypadkach szczepionka OPV wywołuje ostre porażenia wiotkic (VAPP), które mogą wystąpić zarówno w populacji dzieci zdrowych jak i w grupach dzieci z niedoborami odporności. Obecnie ocenia się częstość takich przypadków na 2-4/1mln zaszczepionych dzieci (w Polsce oznacza to ok. 1-2 przypadki rocznie, na całym świecie ok. 250-500 przypadków rocznie). Dzięki wysokiemu procentowi wyszczepialności (w Polsce 90-95%) zagrożenie takie jest hipotetyczne. Istnieje ryzyko rozprzestrzeniania się wirusów szczepionkowych wydalanych ze stolcem przez osoby zaszczepione i występowania ognisk epidemicznych tej choroby (cVDPV). Na świecie od 2000r. opisano 5 ognisk epidemicznych, wywołanych krążącym wirusem szczepionkowym, łącznie zachorowało 31 dzieci (Hiszpania, Filipiny, Madagaskar, Chiny, Egipt). Ogniska epidemiczne występują częściej w krajach o niskim odsetku zaszczepionych dzieci w ramach powszechnych szczepień. Jednak należy pamiętać, że są to kraje gdzie procent wyszczepialności jest znacznie niższy.

Wśród argumentów przeciw zaprzestaniu szczepień OPV prof. E. Bernatowska powtórzyła za ŚOZ, że istnieje ryzyko ponownego pojawienia się transmisji zachorowań wywołanych przez dzikie lub szczepionkowe wirusy poliomyelitis, stąd też ważna jest współpraca międzynarodowa w zakresie wycofywania szczepionki OPV, aby nie dochodziło do przypadków zawleczenia wirusów krążących w środowisku do sąsiadujących ze sobą krajów. Prof. E. Bernatowska wskazała, że warunek ten jest spełniony, ponieważ w Europie wszystkie kraje stosują szczepionkę IPV. Z kolei wśród argumentów za zaprzestaniem szczepień OPV prof. E. Bernatowska wymieniła wysoką wyszczepialność i brak zagrożenia epidemiologicznego. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami ŚOZ, Pediatriczny Zespół Ekspertów wskazuje na konieczność zwiększenia czułości monitorowania przypadków poliomyelitis i wszystkich przypadków porażen wiotkich, utrzymanie powyżej 99% wyszczepialności

przeciw poliomyelitis i określenie finansowych możliwości przejścia na szczepienia powszechne wyłącznie szczepionką IPV. Obecna fala zachorowań na poliomyelitis na terenach republik byłego Związku Radzieckiego stanowi dla Europy hipotetyczne zagrożenie epidemiologiczne w aspekcie zawleczenia dzikiego wirusa, szczególnie wobec wysokiego poziomu zaszczepienia.

W ramach dyskusji dr P. Stefanoff przekazał informacje ze spotkania Regionalnego Komitetu Certyfikacyjnego w Kopenhadze, które odbyło się tuż po epidemii w Tadżykistanie. Polska została tam zakwalifikowana jako kraj wysokiego ryzyka importu zakażeń np. z Tadżykistanu ze względu na bardzo słabo działający system nadzoru nad porażeniami wiotkimi oraz brak Komitetu Eradykacji Poliomyelitis. Pomimo ponawianej od 5 lat prośby, wciąż nie powstał Komitet, stąd ŚOZ ocenia Polskę jako kraj, do którego może nastąpić zawleczenie. Prof. K. Chomiczewski i prof. E. Bernatowska przypomnieli, że Komitet istniał, miał dobre efekty, ale 5 lat temu został rozwiązany. Dr P. Stefanoff zaproponował aby powołanie Komitetu było jedną z rekomendacji Komisji. Prof. Chomiczewski zaproponował połączenie 1 i 3 punktu posiedzenia (w 3 punkcie memorandum Komisji Epidemiologicznej w sprawie powołania Komitetu ds. Eradykacji Poliomyelitis). Kontynuując dyskusję dr T. Szkoda powiedział, że w Głównym Inspektoracie Sanitarnym przygotowano projekt Zarządzenia Ministra Zdrowia, które zmieniałyby zarządzenia w sprawie powołania Komitetu Pandemicznego. Zmiana miała na celu powołanie nowych Komitetów zajmujących się eradykacją, przekształcenie w zespół ds. Chorób Zakaźnych, w ramach którego działałby Komitet Pandemiczny, Komitet ds. Poliomyelitis i Komitet ds. Odry i Różyczki. Prof. K. Chomiczewski powiedział, że za zgodą Komisji Epidemiologicznej razem z prof. A. Zielińskim w krótkim czasie przygotują memorandum w sprawie powołania Komitetu ds. Eradykacji Poliomyelitis i prześlą na ręce Pani Minister.

Dr T. Szkoda powiedział, że z rozmów z przedstawicielami firmy Glaxo, która jest jedynym producentem szczepionki żywej wynika, że firma będzie produkowała szczepionkę wysoce mrożoną, przechowywaną w niskich temperaturach zamiast szczepionki żywej przechowywanej w warunkach chłodniczych. Przekazał również informacje ze spotkania w Kopenhadze dotyczące zapasów szczepionki monowalentnej (typ 1 i 3). Nie wiadomo, czy to będzie szczepionka wysokomrożona. ŚOZ chce zapewnić zapasy na wypadek konieczności gaszenia ognisk epidemicznych, a jest to możliwe wyłącznie przy użyciu szczepionek żywych. Prof. E. Bernatowska powiedziała, że nie ma wytycznych ŚOZ aby robić zapasy w przypadku epidemii. Dr T. Szkoda przedstawił odmienną opinię wskazując, że podobnie jak miało to miejsce w przypadku ogłoszenia eradykacji ospy, zniszczono szczepy siewne i

pozbawiono się możliwości reagowania na przypadki zawleczone. Podkreślił, że wirus dziki krąży w Azji i w Afryce i jest możliwość zawleczenia. Wskazał, że dobrze byłoby posiadać niewielkie ilości szczepionki.

Prof. K. Chomiczewski poprosił o zgodę rozszerzenia spotkania w związku z prośbą Głównego Inspektora Sanitarnego aby w protokole Komisji było ponowne podkreślenie poparcia szczepień przeciw pneumokokom w PSO na 2011r. Prof. E. Bernatowska powiedziała, że Pediatryczny Zespół Ekspertów dostał niedawno plan szczepień na 2011r., uwagi zostaną przesłane do 27.09 do godz 12. Prof. E. Bernatowska wyjaśniła, że plan szczepień na 2011r. odnośnie grup ryzyka nie jest zgodny z obecnie obowiązującym, gdyż np. zawiera dysplazję oskrzelowo-płucną. Przedstawicielka GIS wyjaśniła, że przesłano dwa kalendarze szczepień, jeden zgodny z tym jaki jest w obecnym rozporządzeniu i nowy zgodny z zaproponowanym przez Pediatryczny Zespół Ekspertów. Prof. E. Bernatowskiej zapytała czy szczepionek wystarczy na rozszerzone grupy ryzyka? Przedstawicielka GIS odpowiedziała, że zapotrzebowanie na szczepionki do wojewódzkich i powiatowych stacji zostało wysłane pod kątem planowanych rozszerzonych grup ryzyka zgodnych z obecnie obowiązującym rozporządzeniem i zaproponowanych grup ryzyka, które wejdą w nowym rozporządzeniu.

Prof. D. Naruszewicz powróciła do tematu szczepionki przeciw poliomyelitis i zapytała czy planujemy pozostawienie w kraju OPV czy nie? Prof. K. Chomiczewski odpowiedział, że przez jakiś czas nie będzie szczepionki OPV, ale istnieje prawdopodobieństwo, że możemy ją mieć w późniejszym terminie. Pani Prof. D. Naruszewicz zapytała o przyszłość szczepionki OPV i odpowiedź na postulat Pediatrycznego Zespołu Ekspertów dotyczącego docelowego wprowadzenia szczepionki IPV. Pani J. Kujawa wyjaśniła, że szczepionka żywa, która jest obecnie w Centralnej Bazie Rezerw posiada termin ważności do 31.12.2010r. i firma zobowiązała się, że ilość szczepionki, która nie zostanie zużyta z tym terminem ważności zostanie wymieniona pod koniec pierwszego kwartału 2011r. Firma kontynuuje produkcję szczepionki żywej w 2011r. natomiast nie uzyskano informacji zwrotnej czy taka produkcja będzie kontynuowana w 2012r., firma przekazała jedynie zamiar wycofywania się z produkcji, ale nie podała daty zaprzestania produkcji. Pani prof. D. Naruszewicz ponowiła pytanie, czy szczepionka żywa ma pozostać, czy też nie i w związku z tym nie musimy podejmować rozmów z wytwórcą. Przedstawiciel MZ powiedziała, że zdaniem MZ zgodnie z programem szczepień szczepionka żywa powinna pozostać, ale MZ czeka na stanowisko Rady i Pediatrycznego Zespołu Ekspertów i się do niej przychyli. Prof. E. Bernatowska zapytała w czyim imieniu przekazywana jest taka informacja.

Pani J. Kujawa odpowiedziała, że wypowiada się jako urzędnik na podstawie stanowiska od zespołu ekspertów, wskazującego, że na chwilę obecną nic nam nie grozi możemy stosować szczepionkę IPV, a potem należy wrócić do OPV. Dr T. Szkoda zapytał czy MZ ma podejmować rozmowy z firmami w sprawie dostępności szczepionki żywej w kalendarzu szczepień np. za dwa, trzy lata. Przedstawiciel MZ odpowiedziała, że zgodnie z obowiązującym kalendarzem powinniśmy wrócić do OPV. Dr P. Stefanoff powiedział, że prof. E. Bernatowska wyraźnie podkreśliła, że Pediatryczny Zespół Ekspertów opowiada się za wyeliminowaniem OPV i wprowadzeniem IPV. Dr T. Szkoda zapytał czy MZ ma zapewnić zapas szczepionki żywej gdzieś zmagazynowanej, czy takiego zapasu nie potrzebujemy. Prof. E. Bernatowska powiedziała, że przed przygotowaniem opinii Pediatrycznego Zespołu Ekspertów dyskutowała tą kwestię z prof. A. Zielińskim i powiedziała, że przygotowywanie zapasów szczepionki jest niepraktykowane, ŚOZ nie daje takich wytycznych. Dr T. Szkoda podkreślił, że przedstawiciele ŚOZ na spotkaniu w Kopenhadze podkreślali, że będą się starali zapewnić zapasy monowalentnych szczepionek doustnych. Prof. A. Radzikowski wskazał, że w przychodniach pozostają zapasy niewykorzystanych szczepionek IPV, ponieważ rodzice często szczepią szczepionkami wysokoskojarzonymi oraz szczepionek przeciw pneumokokom, ze względu na bardzo wąskie grupy ryzyka. Dr P. Stefanoff powiedział, że przedstawia opinię uzgodnioną z prof. A. Zielińskim, że nie ma przeciwwskazań aby zastąpić szczepionkę OPV szczepionką IPV. Obecnie we wszystkich krajach Europy stosowane są jedynie szczepionki IPV. Dr T. Szkoda odpowiedział, że Rosja jest również w Europie. Prof. E. Bernatowska zapytała czyje opinie przedstawia dr T. Szkoda. Prof. D. Naruszewicz podkreśliła, że dr T. Szkoda jest współautorem pracy opublikowanej w Przeglądzie Epidemiologicznym na temat „Aktualne problemy na temat zwalczania i zapobiegania poliomyelitis w Polsce”. Prof. D. Naruszewicz ustosunkowując się do całej dyskusji wskazała, że dotyczy ona dwóch problemów. Pierwszym jest utrzymanie szczepionki OPV w kalendarzu szczepień, a fakt, że dużo dzieci szczepionych jest szczepionką IPV powoduje, że nie mamy pełnego zaszczepienia szczepionką OPV naszej populacji, więc słuszne i uzasadnione jest wystąpienie Pediatrycznego Zespołu Ekspertów aby wprowadzić do kalendarza IPV. Drugie zagadnienie, dotyczy sytuacji, gdy będziemy mieli zawleczenie to powinniśmy mieć szczepionkę, która jest w stanie opanować ognisko epidemiczne i w tym celu, zanim zaczniemy sprowadzać jakąś szczepionkę powinien być zgodnie z sugestią dr T. Szkody zapas szczepionki. Prof. K. Chomiczewski podsumowując dyskusję wskazał, że najbardziej racjonalnym stanowiskiem jest, aby w kalendarzu szczepień znalazło się szczepienie IPV natomiast ze względów

zagrożenia ewentualnym zawleczeniem powinien być pewien zapas strategiczny szczepionki doustnej, którą będziemy stosować gdyby wykryto ognisko epidemiczne zawleczonego wirusa poliomyelitis. Natomiast w szczepieniach masowych możemy przejść na IPV. Jednocześnie przyjęto stanowisko, aby z PSO wycofać szczepionkę OPV i zastąpić ją szczepionką IPV i przygotować zapas strategiczny szczepionek OPV na wypadek konieczności gaszenia ogniska epidemicznego.

Prof. E. Bernatowska zwróciła uwagę, że jej niepokój budzi fakt, że w kalendarzu szczepień na 2011r. wskazano, że szczepionkę polisacharydową przeciw pneumokokom zgodnie z zaleceniami producenta można stosować powyżej 2 r.ż. Powiedziała, że nie można opierać się jedynie na opinii producenta. Specjaliści wiedzą, że tylko w grupach ryzyka można stosować schemat szczepionka koniugowana a potem polisacharydowa, ale to wymaga jasnej informacji. Dr I. Szkoła odpowiedział, że nie ma problemu aby dokładną informację umieścić w kalendarzu szczepień. Podkreślił, że lekarz ma prawo podjąć decyzje na podstawie tego co jest zarejestrowane. Przedstawiciel MZ powiedział, że prosi o przesłanie wszelkich uwag oraz informacji, które pojawiły się na bieżąco lub stanowią potencjalne zagrożenie. Prof. E. Bernatowska odpowiedziała, że Pediatryczny Zespół Ekspertów odniesie się do przesłanych propozycji kalendarza szczepień.

Przechodząc do drugiego punktu posiedzenia dr P. Stefanoff przedstawił zalecenia dotyczące szczepień przeciw różyczce na podstawie aktualnych rekomendacji ŚOZ. Wyjaśnił, że temat jest podejmowany, ponieważ różyczka wrodzona podobnie jak odra została objęta programem eliminacji w ramach ŚOZ. Przedstawił działania, prowadzone w związku z tym od ponad roku. Wyjaśnił, że w 2009r. odbyły się w Polsce dwie wizytacje WHO, pierwsza w dniach 27-28 kwietnia dotycząca oceny nadzoru nad odrą i różyczką i druga w dniach 16-20 listopada dotycząca omówienia danych epidemiologicznych dostępnych dla Polski. Wizytujący przedstawiciele ŚOZ zwrócili uwagę, że nie mamy Komitetu ani działań zsynchronizowanych w tym kierunku. Dr P. Stefanoff powiedział, że różyczka wrodzona jest przyczyną ogromnych kosztów społecznych. W 2005r. był taki obraz, że większość krajów Wspólnoty Niepodległych Państw i Polski późno wprowadziło szczepionkę MMR zastępując pierwszą dawkę szczepionki przeciw odrze, więc było dużo przypadków różyczki. Ale w wielu krajach zaczęto masowe szczepienia roczników dzieci i młodzieży i obraz się zmieniał w taki sposób, że w 2008r. Polska miała najwyższą zapadalność na różyczkę w całym Regionie Europejskim. ŚOZ przyjęła cel aby do 2010r. w Regionie Europejskim pozbyć się różyczki wrodzonej. Po wprowadzeniu selektywnego szczepienia dziewcząt po 13 r.ż. nie zaobserwowaliśmy wpływu na epidemiologię, wciąż notowanych jest dużo przypadków

różyczki. Dwie dawki szczepionki MMR wprowadzono dopiero w 2003/2004. Jest to zgodne z epidemiami, które pojawiają się ostatnio co kilka lat. Odkąd zaczęto odnotowywać tą chorobę w rejestrze. Lekarze zgłosili ok. 20 przypadków. Dr P. Stefanoff podkreślił, że koszty leczenia/rehabilitacji jednego przypadku zespołu różyczki wrodzonej jest oszacowany na \$200 000 ponieważ jest to koszt rozłożony na całe życie, łącznie z rehabilitacją i długotrwałym leczeniem. Zastanawiał się czy okuliści i laryngolodzy uczestniczą w systemie nadzoru, czy badają w kierunku różyczki dzieci z wadami wrodzonymi, czy ginekolodzy badają w kierunku różyczki przypadki poronienia z niewyjaśnionych przyczyn, gdyż zastanawiającym jest aby zgłaszano rocznie 1 przypadek różyczki wrodzonej. Analiza danych jednostkowych z czterech województw (małopolskiego, mazowieckiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego) (n = 19 441) z 5 ostatnich lat (80 tys. zachorowań) wskazuje, że choroba jest częsta wśród dzieci zarówno dziewczynek jak i chłopców, w wieku przed rozpoczęciem szkoły i w wieku wczesnoszkolnym. Natomiast w starszych rocznikach po 10 r.ż. poprzez szczepienia dziewczynek zachorowania dotyczą w większym stopniu chłopców. W 2007r. już 2 lata po wprowadzeniu szczepień zarysował się dwufazowy obraz. Pierwsza fala zachorowań dotyczy dziewczynek i chłopców przed przyjściem do szkoły i druga fala obejmuje szczyt zachorowań u chłopców w wieku wczesnoszkolnym Jest to całkowicie uzasadnione wprowadzeniem szczepień w tych akurat rocznikach. W 2008r. jeszcze bardziej zarysował się odrębny szczyt zachorowań u nastolatków. Dr P. Stefanoff wskazał roczniki chłopców nie objęte szczepieniami, z czego wynika, że wirus będzie krążył wśród coraz starszych chłopców, co w niedługim czasie może stanowić potencjalne niebezpieczeństwo występowania różyczki wrodzonej drogą kontaktów z dziewczętami. Wcześniej taką sytuację obserwowano m.in. w krajach Ameryki Środkowej i Grecji, gdzie po 20 latach obowiązkowego programu szczepień u dzieci w 2 r.ż. obserwowano epidemie różyczki wrodzonej mimo tego, że wszystkie roczniki były zaszczepione. Dr P. Stefanoff zwrócił również uwagę na niewyjaśniony stan zaszczepienia w wielu sytuacjach, co utrudnia interpretację danych oraz problemy związane z potwierdzeniem laboratoryjnym <5% przypadków i to najczęściej zachorowań u osób nieszczepionych. W ostatnim etapie analizy porównał grupy wieku i ocenił ryzyko względnego zachorowania mężczyzn względem kobiet. Podsumowując prezentację dr P. Stefanoff wskazał, że różyczka jest nadal problemem w Polsce, a od 2008r. w Polsce rejestruje się najwięcej zachorowań na różyczkę w całym Regionie Europejskim ŚOZ. Późne rozpoczęcie masowych szczepień wszystkich dzieci spowodowało, że na różyczkę nadal chorują dzieci w wieku szkolnym (dziewczynki i chłopcy) i nastoletni chłopcy. I co najważniejsze wiek, w którym chorują nastoletni chłopcy

przesuwa się do coraz starszych roczników. Zjawisko takie obserwowano wcześniej w wielu krajach, gdzie prowadzono lepszą diagnostykę laboratoryjną. Obserwujemy tendencję przesuwania się zachorowań na różyczkę do grupy starszych nastolatków i młodych mężczyzn. Pomimo szczepień 5-10% młodych kobiet pozostaje nie uodporniona z powodu m.in. zaniechania lub przeciwwskazań i/lub podania dawki w nieodpowiedni sposób. Efektem może być zwiększenie liczby zachorowań na różyczkę wrodzoną za ok. 10 lat, podobnie jak wcześniej odnotowano w krajach, gdzie stosowano podobnie selektywne programy szczepień. Dr P. Stefanoff wskazał, że wobec przedstawionej sytuacji epidemiologicznej ŚOZ przedstawiła następujące rekomendacje:

- konieczność przeprowadzenia akcyjnego szczepienia chłopców oraz niezaszczepionych dziewcząt w wieku 10-18 lat, aby przerwać transmisję wirusa w grupie gdzie zachodzi ona w największym stopniu,
- przesunięcie 2-giej dawki szczepionki MMR na 6 r.ż. (po szczepieniach akcyjnych);
- doszczepianie niezaszczepionych osób w wieku 6-10 lat, do 2013r.;
- przejście na indywidualny sposób raportowania i laboratoryjne potwierdzanie każdego podejrzenia różyczki;
- aktywny nadzór nad różyczką wrodzoną obejmujący ginekologów, okulistów i laryngologów aby udokumentować eliminację różyczki wrodzonej.

Dr P. Stefanoff zwrócił się z prośbą poparcia ww zalecenia, co umożliwiłoby rozpoczęcie prac wspólnie z przedstawicielami MZ w celu realizacji części z tych zaleceń.

W ramach dyskusji dr P. Stefanoff wskazał, że szczepienia akcyjne powinny objąć wszystkich nastolatków. Dr T. Szkoła zapytał ile roczników i kogo (chłopcy, dziewczynki). Dr P. Stefanoff odpowiedział, że chłopców i dziewczynki niezaszczepione. Prof. E. Bernatowska zapytała o opinię na temat modelu angielskiego, czyli szczepienia kobiet, które urodziły dziecko, po porodzie jako zapobieganie różyczce wrodzonej. Dr P. Stefanoff uważa, że to nic nie da gdyż w Polsce obserwujemy krążenie wirusa wśród nastoletnich chłopców. Prof. D. Naruszewicz podkreśliła, że policzenie roczników będzie urealnieniem projektu. Prof. K. Chomiczewski zwrócił uwagę, że Komisja jest częścią Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, która jest umocowana ustawowo jako organ doradczy Głównego Inspektora Sanitarnego i jej zadaniem jest doradzanie. Podkreślił, że powinniśmy podjąć dyskusję czy zalecenia ŚOZ w naszych warunkach są realne i dobrze uzasadnione epidemiologicznie, Komisja powinna się ustosunkować do tego czy zalecenia są dobrze udokumentowane i przekazać je do realizacji w Ministerstwie Zdrowia i Głównym

Inspektoracie Sanitarnym. Dr T. Szkoda poprosił o podanie ram wiekowych, w których działania GIS będą epidemiologicznie nieuzasadnione, jeżeli zostaną zawężone, np. czy można zaszczepić tylko dzieci w 14 r.ż. Dr P. Stefanoff powiedział, że szczepieniu powinni zostać poddani chłopcy i niezaszczepione dziewczynki od 12 do 18 r.ż. (dziewczynek niezaszczepionych jest bardzo mało, 97% jest zaszczepionych). ŚOZ wskazała, że posiada określone mechanizmy pomocy w akcji szczepień, w postaci szczepionki monowalentnej lub puli szczepionek o znacznie korzystniejszej ofercie cenowej. Prof. K. Chomiczewski podkreślił, że z punktu widzenia epidemiologicznego takie działanie jest konieczne w celu osiągnięcia celów, których Polska się podjęła. Prof. D. Naruszewicz podkreśliła, że w polskich warunkach lepsze byłoby zastosowanie szczepionki MMR z wirusem świnki. Dr T. Szkoda zapytał jak postępować wobec osób, które kilka razy byli szczepieni przeciw odrze. Dr P. Stefanoff odpowiedział, że nie ma przeciwwskazań, aby podać kolejną, również 4-tą dawkę szczepionki przeciw odrze. Przedstawiciel GIS wyjaśnił, że rozpoczęto szczepienia szczepionką monowalentną przeciw różyczce w populacji dziewcząt od rocznika 1989r., populacja ta została wyszczepiona w oczekiwanej procencie. Grupa chłopców niezaszczepionych dotyczy roczników, dla których wprowadzono drugą dawkę szczepionki MMR od rocznika 1995, więc chłopcy w 12 r.ż. są dobrą grupą dla szczepień wyrównujących. Komisja jednogłośnie przyjęła stanowiska poparcia zaleceń ŚOZ. Dr T. Szkoda zapytał jaką szczepionkę Komisja rekomenduje, monowalentną przeciw różyczce czy trójwalentną MMR. Prof. E. Bernatowska zaproponowała aby zwrócić się do ŚOZ wskazując, że mamy taki plan i poprosić o wsparcie logistyczne. Dr P. Stefanoff podkreślił, że możemy skorzystać z pomocy osób, które organizowały takie akcje w innych krajach.

W następnym punkcie spotkania Dr T. Szkoda poprosił o ponowne powtórzenie i podkreślenie kolejności rekomendacji dotyczących wprowadzenia szczepień przeciw pneumokokom oraz wprowadzenia szczepionek skojarzonych. Przedstawił informację, że podjęto rozmowy z firmami w sprawie szczepionek skojarzonych, jedna z firm zaproponowała na spotkaniu w GIS cenę szczepionki 5-walentnej skojarzonej znacznie niższą w stosunku do ceny rynkowej. Przedstawiciel GIS powiedziała, że w takiej sytuacji będzie konieczność przejścia na DTaP i przyspieszenie podania pierwszej dawki szczepionki IPV. Planowane będzie podanie dawki wzvB i pięciowalentnej szczepionki, w 6 r.ż. pozostaną szczepionki DTaP i IPV. GIS czeka na informacje od pozostałych firm. GIS planując środki chciałby się zorientować jakie są możliwości wprowadzenia takiej zmiany w 2012r. Prof. E. Bernatowska przypomniała, że Pediatryczny Zespół Ekspertów przekazywał rekomendacje do kalendarza szczepień na rok 2011 (publikacja w czasopiśmie Zakażenia), gdzie wskazano nie

tylko konieczność szczepień przeciw pneumokokom dla całej populacji, ale również inne problemy m.in. nie przewidując obecnej sytuacji zamiana OPV na IPV, drugim priorytetem było wprowadzenie szczepionek skojarzonych oraz szczepienia przeciw grypie w grupach ryzyka.

Komisja jednogłośnie przyjęła następującą kolejność priorytetów

1. Wprowadzenie szczepionki przeciw pneumokokom dla całej populacji
2. Wprowadzenie szczepionek skojarzonych.

Prof. Bernatowska wskazała, że Pediatryczny Zespół Ekspertów poddaje pomysł stworzenia strony internetowej, na której znalazłyby się publikacje np. z czasopisma Zakażenia, dokumenty do pobrania, protokoły z Komisji, możliwość wglądu do priorytetów opinii, publikacji. Dr T. Szkoda odpowiedział, że na stronie GIS-u na potrzeby Komisji można taką formę opracować, powiedział, że zapyta Dyrektora Generalnego Ministerstwa o możliwość stworzenia linku dla członków Komisji (z hasłem) i wejścia dla osób z zewnątrz. Przedstawiciel GIS zobowiązała się do przedstawienia sprawy Dyrektorowi Generalnemu. Jeśli pomysł zostałby zaakceptowany wszelkie materiały będą zgodne z procedurą sprawdzane i monitorowane przez Biuro Prasy i Promocji.

Pani J. Kujawa przedstawiła zapytanie ze strony MZ jak Komisja zapatruje się na kwestie wprowadzenia dodatkowego szczepienia przeciw pneumokokom biorąc pod uwagę dużą liczbę wkluc gdyby udało się wprowadzić szczepionki skojarzone. Wskazała, że szczepienia przeciw pneumokokom są traktowane jako główny priorytet od wielu lat, ale ekonomicznie może to być zbyt obciążające.

Prof. A. Radzikowski wskazał, że powinniśmy być świadomi, że skojarzenie to komfort a szczepienie przeciw pneumokokom to sprawa śmierć-życie. Podkreślił konieczność stosowania szczepień przeciw pneumokokom przynajmniej w rozszerzonych grupach ryzyka. Prof. E. Bernatowska zwróciła uwagę, że wcześniaki stanowią 10% wszystkich nowo narodzonych i stosowanie tak wielu wkluc jest bardzo obciążające. Prof. A. Radzikowski powiedział, że byłoby dobrze wprowadzić szczepionki skojarzone w tym kontekście, że rodzice mogliby odłożyć pieniądze na zakup szczepionki przeciw pneumokokom. Przedstawicielka GIS-u zapytała, czy w przypadku stosowania szczepień przeciw pneumokokom w rozszerzonych grupach ryzyka jako priorytet należy uznać wprowadzenie szczepionek skojarzonych. Pani Prof. E. Bernatowska podkreśliła znaczenie wprowadzenia jako trzeciego priorytetu szczepionek przeciw grypie. Podkreśliła, że wprowadzenie szczepień w grupach ryzyka jest niejako wskazaniem ludziom, że warto się szczepić. Komisja

jednogłośnie przyjęła wskazanie szczepień przeciw grypie w grupach ryzyka jako 3-ci priorytet.

Prof. K. Chomiczewski przedstawił pismo GIS z 13.09.2010r. dotyczące szczepień przeciw błonicy, gdzie padło zapytanie czy można zamiast dotychczas stosowanej szczepionki Td stosować szczepionkę TDpur oraz czy szczepionkę TDpur stosowaną zamiennie w 19 r.ż. zamiast dotychczas stosowanej szczepionki TD można podawać po upływie wcześniej niż 5 lat.. Prof. K. Chomiczewski powiedział, że za zgodą Komisji przekaże pozytywną odpowiedź do 27.09 br. Prof. K. Chomiczewski przekazał informację, że w lutym 2011 r. kończy się kadencja Rady Sanitarno Epidemiologicznej i przekazał Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu informację, że nie będzie kandydował na stanowisko przewodniczącego Komisji w nowej kadencji.

Na podstawie obrad Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu w dniu 24 września 2010 r. sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Komisja przyjęła stanowisko, że w krótkim czasie zostanie przygotowane i przesłane na ręce Pani Minister Zdrowia memorandum w sprawie powołania Komitetu ds. Eradykacji Poliomyelitis.
2. Komisja przyjęła stanowisko aby z Programu Szczepień Ochronnych wycofać żywą szczepionkę przeciw poliomyelitis OPV i zastąpić ją inaktywowaną szczepionką IPV oraz przygotować zapas strategiczny żywej szczepionki OPV na wypadek konieczności gaszenia ogniska epidemicznego.
3. Komisja przyjęła stanowisko poparcia zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia wobec sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w następującej treści:
 - konieczność przeprowadzenia akcyjnego szczepienia chłopców oraz niezaszczepionych dziewcząt w wieku 10-18 lat, aby przerwać transmisję wirusa w grupie gdzie zachodzi ona w największym stopniu;
 - przesunięcie 2-giej dawki szczepionki MMR na 6 r.ż. (po szczepieniach akcyjnych);
 - doszczepianie niezaszczepionych osób w wieku 6-10 lat, do 2013r.;
 - przejście na indywidualny sposób raportowania i laboratoryjne potwierdzanie każdego podejrzenia różyczki;
 - aktywny nadzór nad różyczką wrodzoną obejmujący ginekologów, okulistów i laryngologów aby udokumentować eliminację różyczki wrodzonej.
4. Komisja podtrzymała stanowisko rekomendacji powszechnych szczepień przeciw pneumokokom oraz wprowadzenia szczepionek skojarzonych w następującej kolejności:

- szczepienia przeciw pneumokokom dla całej populacji i wprowadzenie szczepionek skojarzonych

- w przypadku stosowania szczepień przeciw pneumokokom w rozszerzonych grupach ryzyka jako priorytet należy uznać wprowadzenie szczepionek skojarzonych.

5. Komisja przyjęła wskazania szczepień przeciw grypie w grupach ryzyka jako trzeci priorytet.

Dr Ewa Augustynowicz
Sekretarz Komisji

Prof. dr hab. Krzysztof. Chomiczewski
Przewodniczący Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i
Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej