

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Реферат

**Тема: «ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКЕ»**

Выполнила: клинический ординатор 2 года

Кафедра Детской болезни ПО

Рагимова Севинч Низами кызы

г. Красноярск, 2018-2019 г

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время вакцинопрофилактика является наиболее надежным и проверенным средством снижения инфекционной заболеваемости. Плановое проведение активной иммунопрофилактики, получившее широкое распространение во всех странах мира позволило поставить вопрос о ликвидации отдельных нозологий. Прививочная работа – один из важных разделов деятельности врача педиатра. Вакцинопрофилактика – одна из составляющих Национального приоритетного проекта «Здоровье». В связи с появлением новых вакцинальных препаратов проводится дополнительная иммунизация и рассматриваются вопросы расширения Национального календаря профилактических прививок России – внедрение прививок от ротавирусной инфекции, ветряной оспы, гепатита А, менингококковой и папилломавирусной инфекций. Эти прививки уже давно и с успехом введены в календари развитых и даже некоторых развивающихся стран.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РОССИИ

Плановая вакцинопрофилактика детей и подростков предусматривает соблюдение определенных сроков и схем, совокупность которых составляет национальный календарь прививок. Его построение зависит как от значения той или иной управляемой инфекции для данной страны, так и от доступности вакцин. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н утвержден новый календарь профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям, согласно которому в календарь профилактических прививок введена вакцинация против пневмококковой инфекции, отменена вторая ревакцинация против туберкулеза у 14 летних детей, введена вакцинация против гриппа беременных женщин.

В России в настоящее время являются обязательными прививки против 12 инфекций: туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, пневмококковой инфекции, гриппа.

Календарные прививки в России проводятся гражданам бесплатно, вакцинами, приобретаемыми за счет федеральных средств. Это не исключает использования на платной основе других вакцин от инфекций, входящих и не входящих в Календарь, в том числе бесклеточных коклюшных и комбинированных. В отдельных регионах (Москва, Екатеринбург, Красноярск, Тюмень и др.) введены Региональные

календари прививок и проводится дополнительная вакцинация против отдельных заболеваний из бюджета региона или альтернативных источников.

Календарь профилактических прививок России, а также вакцины, зарегистрированные и разрешенные к применению в нашей стране, представлены в приложении.

10 ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В РОССИИ

- Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989г.
- Федеральный закон от 30 марта 1999г. № 52-ФЗ «О санитарноэпидемиологическом благополучии населения».
- Федеральный закон от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». √ Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный Закон от 24 июля 1998г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
- «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» СанПиН 2.1.3.2630-10.
- Санитарно-эпидемиологические правила «Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний» СП 3.3.2367-08.
- Санитарно-эпидемиологические правила «Обеспечение безопасности иммунизации» СП 3.3.2342–08. √ «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортировки, хранению и отпуску граждан медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными учреждениями здравоохранения» СП 3.3.2.1120-02.
- Санитарно-эпидемиологические правила «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов» СП 3.3.2.1248-03. √ Методические указания «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» МУ 3.3.1.1095-02. 11

- Методические указания «Контроль за работой лечебно-профилактических организаций по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней» МУ 3.3.2400-08.
- Методические указания «Порядок проведения профилактических прививок» МУ 3.3.1889-04.
- Методические указания «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад» МУ 3.3.1891-04.
- Методические указания «Расследование поствакцинальных осложнений» МУ 3.3.1879-04. v Методические указания «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика» МУ 3.3.1.1123-02. v Постановление Правительства Российской Федерации от 02 августа 1999г. № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Под вакцинопрофилактикой принято понимать искусственное создание специфического иммунологического ответа и памяти путем введения ослабленного, убитого возбудителя или его фрагмента, а также модифицированного продукта его жизнедеятельности (например, токсина).

Для проведения вакцинопрофилактики в практике используют два типа вакцин: живые и неживые (убитые, инaktivированные).

Живые вакцины — состоят из аттенуированных штаммов живых микроорганизмов или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства (коревая, полиомиелитная, паротитная, краснушная, гриппозная, БЦЖ и другие). Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, создавая высоконапряженный и длительный иммунитет.

Особенности живых вакцин:

1. Создание клеточного, гуморального и секреторного иммунитета.
2. Их трудно комбинировать, так как возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной.
3. Термолабильны, хранятся при температуре 2-8 0С. При нагревании (в условиях комнатной температуры) быстро инактивируются.

4. Содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат. Не содержат адъювантов. Возможность реверсии и появления вакцинородственных штаммов.

5. Живые вакцины противопоказаны детям с тяжелым иммунодефицитом и беременным женщинам. К неживым (убитым) вакцинам относятся инактивированные (убитые) вакцины, анатоксины, рекомбинантные вакцины, субъединичные вакцины, расщепленные (сплит) вакцины, полисахаридные вакцины, конъюгированные полисахаридные вакцины. Общие свойства неживых вакцин:

1. Формируют преимущественно гуморальный иммунный ответ.
2. Содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами АПК).
3. Требуют обязательного повторного введения (вакцинация и ревакцинация).
4. Многодозовые флаконы содержат консервант.
5. Хранятся при температуре 2-8 °С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0 °С замерзают и увеличивают свою реактогенность.
6. Могут быть использованы у лиц с любыми иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных. Не требуют предварительного иммунологического обследования.

Инактивированные (убитые) вакцины - изготовлены из микроорганизмов, убитых воздействием физических или химических факторов. Цельноклеточные вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью. Однако преимуществом цельноклеточных коклюшных вакцин по сравнению с бесклеточными является способность активации Th1 и T17, как и при коклюше.

Анатоксины (столбнячный, дифтерийный) - бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; однако защищает от тяжелых форм и летальных исходов.

Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются. Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов. К ним можно отнести гриппозные. Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ).

Содержат полисахариды клеточной стенки, которые определяют иммуногенность микроорганизма.

Полисахариды в силу своей антигенной структуры являются В-зависимым антигеном и практически не распознаются иммунной системой детей до 2-х лет. Полисахаридные вакцины с помощью белков – конъюгатов, сшивающих полисахариды между собой, переводят в Т-зависимые антигены, что позволяет их применять практически с рождения. Рекомбинантные вакцины (против вирусного гепатита В, ВПЧ) созданы с использованием генно-инженерных технологий.

Для производства вакцины используют рекомбинантную технологию, встраивая ген вируса гепатита В, кодирующий синтез HBsAg, в ДНК дрожжевых клеток. Дрожжи культивируют, затем из них выделяют белок идентичный HBsAg и используют в качестве вакцины. Аналогично получают вакцину против ВПЧ инфекции. Подобные вакцины высоко безопасны и эффективны. Расщепленные (сплит) вакцины - содержат как наружные, так и внутренние антигены вирусов гриппа при высокой степени очистки. Ассоциированные (комбинированные) препараты - состоят из нескольких вакцин разного типа. Пример таких вакцин - широко применяемые вакцины АКДС, полиомиелитная вакцина, Пентаксим (АаКДС-ИПВ-Хиб), Инфанриксгекса (АаКДС-ИПВ-ВГВ-Хиб), дивакцина (паротитно-коревая вакцина), комбинированные (краснушно-паротитно-коревые) вакцина. Установлено, что при продуманном сочетании антигенов между ними не возникает конкуренции. Современные исследования доказали, что иммунная система младенцев обладает способностью реагировать на введение многочисленных вакцин, равно как и на другие антигены, присутствующие в окружающей среде. Преимущества комбинированных вакцин заключаются в следующем: уменьшение числа инъекций, количества вводимых дополнительных веществ, снижение аллергизации, возможной толерантности, снижение антигенной нагрузки при применении современных вакцин (бесклеточная коклюшная), высокая безопасность, сбалансированность антигенов, кроме того упрощается введение новых вакцин в практику здравоохранения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Основные положения организации вакцинопрофилактики на территории Российской Федерации определены Федеральным законом от 17.09.1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

Финансовое обеспечение медицинскими иммунобиологическими препаратами (далее МИБП), включенных в Национальный календарь профилактических прививок, осуществляется за счет средств федерального бюджета.

При наличии медицинских показаний или желании родителей ребенка возможна вакцинация из личных средств граждан МИБП, альтернативными включенными в национальный календарь профилактических прививок. Законом закреплена социальная защита граждан в случае поствакцинальных осложнений.

В Законе определены права законных представителей ребенка:

- 1) на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости прививок, последствиях отказа от них и возможных осложнениях;
- 2) на проведение бесплатных прививок в государственных / муниципальных медицинских организациях и возможность проведения вакцинации в частных медицинских организациях; отказ от профилактических прививок.

Согласие на проведение прививки или отказ от него необходимо документально оформить за подписью законного представителя ребенка, а при отказе от подписи – заверяется подписями двух медицинских работников (комиссионно).

В России прививки проводят в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения при наличии лицензии на данный вид деятельности.

Ответственность за организацию прививочной работы несет руководитель медицинской организации (лица, занимающиеся частной медицинской практикой): назначает должностных лиц, ответственных за прививочную работу, выдачу сертификатов о профилактических прививках, получение, хранение и использование МИБП, соблюдение «холодовой» цепи, сбор, временное хранение и утилизацию медицинских отходов, возникающих при иммунизации, утверждает положение о выездной прививочной бригаде. Медицинские работники первичного звена, которые прошли обучение по вопросам применения МИБП, отвечают за качество и полноту проведения данной работы.

Ответственность за организацию прививочной работы по эпидемическим показаниям несет территориальный центр Роспотребнадзора.

Целью работы прививочного кабинета медицинской организации является снижение заболеваемости и смертности от инфекций, управляемых средствами специфической профилактики за счет проведения

индивидуальной вакцинации и достижения привитости в декретированных группах не менее 95%.

Этапы организации вакцинопрофилактики

1. Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень). В списки вносится все прикрепленное детское население, как организованное, так и неорганизованное. Формирование прививочной картотеки (форма 063-у).
2. . Планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц. Планирование и учет прививок в современных условиях осуществляется с использованием автоматизированной системы управления иммунизацией (АСУИ).
3. Обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики.
4. Подготовка детей к вакцинации. Обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей.
5. Соблюдение «холодовой» цепи.
6. Оформление медицинской документации.

Отбор детей на прививку правила проведения вакцинации

Профилактические прививки проводят по назначению врача или фельдшера в медицинских организациях. Проводится разъяснение необходимости вакцинопрофилактики инфекционных болезней, возможных поствакцинальных реакций и осложнениях. Условием начала вакцинации является наличие добровольного информированного согласия (или отказа) законных представителей 18 ребенка на проведение профилактических прививок.

Прививаемые дети до проведения вакцинации осматриваются врачом или фельдшером, который должен собрать анамнез о заболеваниях, реакциях и осложнениях на прививки, аллергических реакциях на лекарства, продукты. Непосредственно перед вакцинацией проводят термометрию. Результаты осмотра и разрешение на введение конкретной вакцины фиксируются в учетных документах, как и причина отвода.

Для проведения вакцинации не требуется обязательного предварительного проведения лабораторного обследования (мочи, крови и др.) и консультаций специалистов.

Необходимо соблюдение показаний и противопоказаний, содержащихся в инструкциями к применению к вакцинальным препаратам.

Врач педиатр определяет вакцинацию детей с отклонениями в состоянии здоровья.

При вакцинации детей с измененным состоянием здоровья, в случае, если врач педиатр (фельдшер) не может решить вопрос о стабильности состояния ребенка, осуществляется консультация профильного специалиста.

Цель консультации не решение вопроса о вакцинации, а получение заключения о наличии компенсации (ремиссии) состояния. В отдельных случаях вопрос рассматривается коллегиально на заседании иммунологической комиссии детской поликлиники, а при необходимости - на заседании Республиканской иммунологической комиссии для определения дальнейшей тактики их иммунизации с привлечением врачей специалистов.

Все профилактические прививки проводят одноразовыми шприцами и иглами. Кабинеты профилактических прививок обязательно обеспечивают наборами для неотложной противошоковой терапии с инструкцией по их применению.

Медицинские работники должны владеть приемами неотложной помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений. После вакцинации ребенок / взрослый находится под наблюдением медицинских работников в течение 30 минут. Родителей привитого ребенка необходимо предупредить о возможных реакциях на прививку и о необходимых мероприятиях при развитии нежелательных явлений.

Динамическое наблюдение

За привитыми динамическое наблюдение проводит патронажная медицинская сестра: после введения инактивированных вакцин — в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день.

На следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ.

Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у.

В первые дни после вакцинации важно оберегать ребенка от излишних контактов с инфекционными больными, излишних физических нагрузок, не следует включать в рацион новые продукты питания.

Детям с аллергическими проявлениями рекомендуется гипоаллергенная диета (исключаются жирные бульоны, яйца, рыба, цитрусовые, шоколад и др.) и гипоаллергенный быт.

В кабинете профилактических прививок должно находиться оборудование для хранения МИБП и строгого соблюдения требований «холодовой» цепи: холодильник для хранения вакцин с маркированными полками с двумя термометрами; хладоэлементы; термоконтейнер или сумка-холодильник с набором хладоэлементов.

Прививки против туберкулеза и туберкулинодиагностика проводят в отдельных помещениях, а при отсутствии таковых - на специально выделенном столе, отдельным инструментарием, который используют только для этих целей.

Для вакцинации БЦЖ и биопроб выделяют определенный день или часы. В прививочном кабинете соблюдают режим уборки, проветривания, обеззараживания УФ-излучением.

Уборку прививочного кабинета производят 2 раза в день с использованием дезинфекционных средств. Один раз в неделю проводят генеральную уборку прививочного кабинета.

Учетно-отчетные документы

Для учета и отчетности о проведенных профилактических прививках в детской поликлинике оформляют медицинские документы, обеспечивающие полноту, достоверность и своевременность учета контингентов, подлежащих вакцинации, и выполненных прививок.

Учетные документы:

1) Информированное добровольное согласие (отказ) от профилактических прививок.

2) Журналы: - приема пациентов в прививочном кабинете;
- выполненных прививок (ф. 064/у);
- учета необычных реакций и поствакцинальных осложнений;
- поступления и расхода медицинских иммунобиологических препаратов;
- контроля температуры холодильников, в которых хранят вакцины;
- выданных сертификатов;
- методической работы с персоналом.

3) Индивидуальные учетные формы:

- ф. 112/у - история развития ребенка;
- ф. 026/у - карта ребенка, посещающего образовательное учреждение;
- ф. 063/у - карта профилактических прививок;
- ф. 156/у-93 - сертификат о профилактических прививках;

- ф. 058 - экстренное извещение о побочном действии вакцин.

4) Отчетные формы:

- N 5 (квартальная, месячная) государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках»;

- N 6 (годовая) государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков, взрослых, привитых против инфекционных болезней на 31 декабря отчетного года».

5) Паспорт педиатрического участка с информацией о переписи детей по домам и годам рождения;

списки детей, посещающих детские образовательные организации (по группам или классам);

картотека учетных прививочных форм на неорганизованных (по участкам) и организованных (по организациям) детей, а также на организованных детей, проживающих на территории поликлиники и посещающих детские образовательные организации на территории других медицинских организаций (по участкам);

журнал миграции населения;

журнал 21 учета новорожденных.

В дальнейшем составляются сводные переписи детей по участкам, отделениям и в целом по лечебно-профилактической организации.

6) Отчетная документация иммунологической комиссии:

- журнал работы иммунологической комиссии;

- журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам, отделениям и организациям);

- списки детей, отказывающихся от профилактических прививок (по участкам, отделениям и организациям);

- журнал приема пациентов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИВИВОК

К каждой вакцине есть некоторое число противопоказаний, требующих неукоснительного соблюдения.

Противопоказания могут быть постоянными и временными и определяются видом вакцин. При наличии острых и обострении хронических заболеваний противопоказания к вакцинации детей временные.

Вакцинация в этом случае осуществляется не ранее, чем через 2-4 недели после выздоровления, 1 месяц после начала ремиссии. При

необходимости экстренной иммунизации временные противопоказания игнорируются.

Перечень постоянных противопоказаний определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации и содержится в Инструкциях по применению вакцин.

*Методические указания № 3.3.1.1095-02 Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ ПРИ НАРУШЕННОМ ГРАФИКЕ ПРИВИВОК

При нарушении графика вакцинации учитываются все ранее сделанные прививки. Прививки проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам, и в соответствии с инструкциями по применению МИБП. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

Минимальный интервал при введении вакцины против одной и той же инфекции лицам с нарушением календаря прививок, чаще составляет 30 дней вместо 45.

Вакцинация против гепатита В

Мета-анализ рандомизированных контролируемых испытаний вакцин против вирусного гепатита В (ВГВ), вводимых при рождении, показал, что привитые младенцы, рожденные инфицированными матерями, в 3,5 раза реже инфицируются ВГВ в сравнении с непривитыми. Вакцинацию против вирусного гепатита В проводят трехкратно по следующим схемам: 1. Стандартная схема иммунизации - 0, 1, 6 мес. Согласно Национальному календарю профилактических прививок первую вакцинацию проводят новорожденным в течении первых 12 часов жизни во всех странах мира. Не привитые в роддоме новорожденные, чьи матери не являются носителями HBsAg, могут быть привиты по данной схеме в любом возрасте. 2. Ускоренная иммунизация – 0, 1, 2, 12 мес.

Данная схема используется при вакцинации детей, родившихся от матерей-носителей HBsAg или больных вирусным гепатитом В в третьем триместре беременности. 3 Экстренная схема иммунизации – 0, 7, 21 день с ревакцинацией через 12 мес. Проводится в случае предполагаемого планового хирургического вмешательства с массивным переливанием крови.

При удлинении интервалов по объективным причинам в случаях, когда 50 прививки проводятся планово, привитым считается пациент, получивший в течение 6 месяцев три прививки, проведенные с любым интервалом между ними. При соблюдении интервала между 1 и 2 прививками 1-2 месяца, третье введение вакцины возможно в пределах года от 1-ого введения вакцины. В этих случаях засчитываются все три прививки за первичный курс иммунизации.

При нарушении графика вакцинации наиболее приближенной к стандартной схеме иммунизации является схема 0-3-6 мес. Удлинение интервалов между первой и второй вакцинацией не должно превышать 5 месяцев, в противном случае следует проводить вакцинацию по полной схеме 0-1-6- мес.

Дети и подростки, у которых после 2-х кратной иммунизации прошло более 2 лет, подлежат проведению 2-х кратной иммунизации по схеме 0-2 мес. Недоношенные дети также должны быть вакцинированы при рождении и впоследствии прививаются в соответствии с национальным календарем прививок. Однако, если вес ребенка при рождении менее 2 кг, такие дети могут давать сниженный иммунный ответ, вакцинацию в таком случае проводят с одновременным введением специфического иммуноглобулина (если мать является носителем HBsAg). В случае, если мать HBsAg-негативна и у ребенка имеются противопоказания (активная внутриутробная инфекция, тяжелое состояние) вакцинация может быть отсрочена до 1-го месяца. Противопоказанием к введению вакцины против гепатита В является повышенная чувствительность к дрожжам и другим компонентам препарата.

Вакцинация против туберкулеза

Дети, не вакцинированные в роддоме, прививаются только вакциной БЦЖ-М. Другие профилактические прививки могут быть проведены с интервалом не менее 1 месяца до и после вакцинации БЦЖ-М. Детям в возрасте 2 месяцев и старше предварительно проводят пробу Манту 2 и вакцинируют только туберкулин-отрицательных детей.

Наблюдение за привитыми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация).

Детям, не привитым вакциной БЦЖ/БЦЖ-М в период новорожденности при сохранении медицинских противопоказаний, пробу Манту проводят 2

раза в год, начиная с 6-ти месячного возраста до получения ребенком прививки вакциной БЦЖ-М. Пробу Манту целесообразно планировать до проведения профилактических прививок против других инфекций, особенно живыми вакцин для исключения туберкулезного процесса. Если проведена плановая вакцинация, туберкулинодиагностика должна осуществляться не ранее, чем через 1 месяц после прививки.

В случае установления «виража» туберкулиновых проб, а также гиперэргической или усиливающейся реакции на туберкулин, без функциональных и локальных проявлений туберкулеза у детей, профилактические прививки проводятся после исключения активности процесса, требующей терапии. При назначении противотуберкулезных препаратов вакцинация может быть проведена через месяц от начала лечения при стабильном состоянии и с предварительным обследованием - трансаминазы (исключение токсического поражения печени) и клинический анализ крови.

Вакцинация БЦЖ противопоказана в следующих случаях:

1. Недоношенность 2-4 степени (при массе тела при рождении менее 2500 г для БЦЖ и менее 2000 г для БЦЖ-М).
2. Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (острая внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания, стабилизации состояния.
- 3) Иммунодефицитное состояние (первичное).
- 4) Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.
- 5) ВИЧ-инфекция у матери при отсутствии трехэтапной химиопрофилактики, наличии клинических признаков иммунодефицитного состояния у новорожденного, обнаружения НК ВИЧ.

Вакцинация против дифтерии, коклюша и столбняка

В случае пропуска введения дозы АКДС/АаКДС, вакцинацию продолжают с учетом всех предшествующих прививок, как только появляется возможность, при отсутствии противопоказаний.

Минимальный интервал между введениями 30-45 суток. Ревакцинация проводится через 1 год. С 4 до 6 лет прививку делают АДС - анатоксином

(без коклюшного компонента), по достижении 6-летнего возраста используют АДС-М (уменьшенное содержание антигена).

При высоком риске заражения коклюшной инфекцией, для того чтобы полностью привить ребенка от коклюша ревакцинирующую дозу можно провести через 6 месяцев от момента 3-й прививки. Далее в 7 лет осуществляют возрастную ревакцинацию по календарю прививок.

Если ребенок переболел коклюшем, то вакцинация проводится АДСанатоксином (две вакцинации с интервалом 1,5 месяцев и ревакцинацией через 9- 12 месяцев). Если ребенок дважды привитой АКДС переболел коклюшем, его курс вакцинации считают завершенным и через год проводят ревакцинацию АДС.

Вакцинация детей против полиомиелита

Согласно Национальному календарю прививок первые две дозы вакцины против полиомиелита проводятся инаktivированной вакциной вне зависимости от возраста начала вакцинации. Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям живой полиомиелитной вакциной.

Детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, детям с ВИЧ-инфекцией, детям с другими иммунодефицитными состояниями, находящимся в домах ребенка полный курс вакцинации проводится только инаktivированной вакциной для профилактики полиомиелита. Независимо от возраста курс вакцинации состоит из трех прививок против полиомиелита и двух ревакцинаций. При нарушении графика учитываются все введения. При пропуске дозы – очередное введение осуществляется как только это становится возможным. Пять введений вакцины против полиомиелита (оральной живой и инаktivированной) защищает ребенка от паралитического полиомиелита.

Вакцинация детей против кори, паротита или краснухи

Вакцинацию непривитых детей начинают в любом возрасте. Детям до 6 лет - дважды (вакцинация в любом возрасте и ревакцинация в 6 лет, но не ранее, чем через 6 мес.). Детям старше 6-и лет – дважды с минимальным интервалом 6 мес. В случае если ребенок перенес корь, паротит или краснуху, подтвержденных лабораторно, вакцинация против этих инфекций не проводится.

Вакцинация детей с неизвестным анамнезом

При отсутствии документов, подтверждающих проведение прививок, детей следует считать непривитыми и проводить полностью все прививки (первичный комплекс и последующие ревакцинации). До начала вакцинации необходимо провести пробу Манту, чтобы исключить тубинфицирование. При отсутствии сведений о БЦЖ вакцинации, при отрицательной пробе Манту и отсутствии рубца, делают БЦЖ-М вакцинацию в любом возрасте.

Если рубец БЦЖ сформирован, а ежегодно повторяемые туберкулиновые пробы отрицательные, то ревакцинацию БЦЖ проводят в возрасте 7 лет.

Если существует возможность для исследования наличия антител к дифтерии, столбняку, кори, паротиту, краснухе, полиомиелиту, это позволяет более обоснованно решить вопрос о необходимости назначения тех или иных вакцинаций.

При наличии защитных титров антител можно считать, что ранее ребенок получил первичный комплекс иммунизации и проводить только соответствующие ревакцинации.

Результат обследования на специфические антитела (с указанием даты) вносят во все документы (прививочный сертификат, ф.63/у, компьютер, карту развития - ф.112/у).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотелось бы отметить, что какие бы аргументы не выдвигали противники вакцинопрофилактики, на сегодняшний день вакцинация – это самый эффективный способ снижения, а в отдельных случаях и возможность полной ликвидации инфекционных заболеваний. Мы вакцинируем, поскольку риск осложнения неизмеримо ниже риска осложнения инфекции.

По мнению экспертов ВОЗ, «Выявление ПВО с последующим их расследованием и принятыми мерами повышает доверие общества к прививкам и улучшает медицинское обслуживание. Это, в первую очередь, увеличивает охват населения иммунизацией, что приводит к снижению заболеваемости».

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Учайкин В.Р., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. – М., ГЭОТАР, 2013. – 687 с.
2. Калмыкова А.С. Поликлиническая и неотложная педиатрия. – М., 2013. – 800 с.

Дополнительная:

1. Вакцины и вакцинация. Национальное руководство. М., –2011. – 680 с.
2. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика – 2014. М., - 2014.- 278 с.
3. Вакцинопрофилактика. Лекции для практикующих врачей / С.М. Харит и др.; под ред. акад. РАМН Ю.В. Лобзина. - СПб.: НИИДИ, 2012. – 424 с.
4. Сайт Всемирной организации здравоохранения по вопросам иммунизации <http://www.who.int/topics/immunization/documents/ru/>
5. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. - М.: ГЭОТАР, 2013. – 688 с.
6. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно – поликлинической педиатрии. – М.: ГЭОТАР, 2007. – 608 с.
7. Шабалов Н.П. Детские болезни. – СПб.: Питер, 2007.
8. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Пневмококковая инфекция. Руководство по клинической вакцинологии. - М., 2006. – 142 с.
9. Костинов М.П., Лавров В.Ф. Вакцины нового поколения в профилактике инфекционных заболеваний. МДВ, 2010. - 190с.
10. Медуницын Н.В. Вакцинология. - М.,2010.- 506 с.
11. Чернышов В.Н. и др., Поликлиническая педиатрия. – М., 2007.
12. Цыбульский А.Д. Неотложные состояния у детей. - Ростов – на – Дону, 2006.
13. Стуколова Т.И. Лекции по поликлинической педиатрии. – М., 2005.
14. Авдеева Т.Г. Руководство участкового педиатра. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 352 с.
15. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей. – СпецЛит.- 2012.- 623 с.