Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.
Проверил: к.м.н., доцент Педанова Е.А

Реферат на тему:
«Вакцинопрофилактика часто и длительно болеющих детей».

Выполнила: врач-ординатор
Козлова А.В.

Содержание.

1. Введение.....	3 стр
2. Критерии включения детей в группу часто болеющих.....	4 стр
3. Особенности становления иммунной системы.....	5 стр
4. Проблема вакцинации часто болеющих детей.....	5 стр
5. Принципы вакцинации часто болеющих детей и детей с хронической патологией.....	7 стр
5.1. Принципы вакцинации детей с аллергическими заболеваниями.....	7 стр
5.2. Принципы вакцинации детей с патологией центральной нервной системой.....	9 стр
5.3. Принципы вакцинации детей с заболеваниями почек.....	9 стр
5.4. Принципы вакцинации детей с аутоиммунными заболеваниями.....	10 стр
5.5. Принципы вакцинации детей с онкологическими заболеваниями.....	10 стр
5.6. Принципы вакцинации детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.....	11 стр
5.7. Принципы вакцинации детей с туберкулезной инфекцией....	12 стр
6. Клиническая характеристика течения поствакцинального периода у часто болеющих детей.....	13 стр
7. Общий вывод.....	13 стр
8. Список использованной литературы.....	15 стр

Введение.

Понятие «часто болеющие дети» (ЧБД), введенное в отечественную медицинскую литературу в конце 80-х гг. прошлого столетия, остается свойственным сугубо нашей научной традиции. Зарубежные авторы используют термин «пациенты с рекуррентными (то есть повторными) острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ)».

К ЧБД относят группу детей, характеризующихся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости ОРЗ. При этом частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма.

По оценкам З.С. Макаровой, на долю ЧБД приходится от 15 до 75% детской популяции в зависимости от возраста. Наибольшее количество таких детей выявляется в раннем и дошкольном возрасте. В.К. Таточенко считает, что доля ЧБД составляет от 1/7 до 1/3–1/2 всего численного состава детского населения.

В возрасте от 6 месяцев до 6 лет организм ребенка в высокой степени подвержен респираторной вирусной инфекции, что является онтогенетической особенностью данного возрастного периода.

Первые 3–5 месяцев жизни ребенка (период «физиологического гуморального иммунодефицита») проходят под «прикрытием» пассивно переданных материнских антител против большинства респираторных вирусов (исключение составляет респираторно-синцитиальная инфекция, по отношению к которой напряженность пассивного иммунитета недостаточна, особенно у недоношенных новорожденных, что привело к разработке вакцины специально для этой категории детей).

Именно в связи с отсутствием частой респираторной заболеваемости в первые 6 месяцев жизни ребенка термин ЧБД практически не используется, во втором полугодии жизни он применяется очень редко.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных инфекций, заболеваемость достоверно выше у детей раннего возраста, дошкольников, младших школьников. Однако 15 – 40% детей болеют острыми респираторными инфекциями значительно чаще и тяжелее, чем их сверстники, на их долю приходится до 68.0- 75.0 % всех случаев. Частые острые респираторные инфекции представляют не только медицинскую проблему, но и имеют серьезные социально – экономические последствия.

Оздоровление часто и длительно болеющих детей требует знаний и умений врача педиатра о комплексе медико – социальных мероприятий.

Критерии включения детей в группу часто болеющих.

Среди большого разнообразия подходов к определению ЧБД, опирающихся на клинические проявления и частоту заболеваний, наиболее широкое признание получили критерии, предложенные в 1986 г. А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким. В дополнение к ним у детей старше 3 лет можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2–0,3, у ЧБД – 1–3,5.

Критерии включения детей в группу ЧБД

Возраст ребенка, годы	Частота эпизодов ОРЗ в год
Младше 1	4 и более
1–3	6 и более
4–5	5 и более
Старше 5	4 и более

Выделяют «условно» и «истинно» ЧБД.

«Условно» ЧБД болеют не более 4–5 раз в год, их ИИ составляет 0,33–0,49. У «истинно» ЧБД ИИ выше 0,5. Эта группа детей характеризуется следующими особенностями: выраженная наследственная отягощенность, высокая частота острых заболеваний в течение года (от 6–7 раз при ИИ 0,5 и выше) с продолжительным и осложненным течением, сопутствующие морфофункциональные отклонения различных органов и систем, быстрое формирование хронических заболеваний и очагов инфекции которых в год не более 4–5 эпизодов заболеваний острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). В эту группу включаются только те, кто посещает детский сад (или другое дошкольное учреждение) первый год. Группу «истинно» ЧБД составляют дети, у которых 8 и более случаев простудных заболеваний в год фиксируется в течение всего периода воспитания в детских дошкольных учреждениях

За рубежом также практикуются разные подходы. Например, в США принято считать, что здоровые дети в возрасте от 1 до 3 лет переносят до 8 ОРЗ в год. При этом отмечается, что дети, посещающие детские дошкольные учреждения, переносят не менее 6 острых респираторных инфекций за год,

из них не менее 4 раз в более тяжелой форме по сравнению с детьми, не посещающими дошкольные учреждения [3]. Немецкие педиатры детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями до 4 раз в год, относят к группе «инфекционно стабильных», а тех, которые болеют 4 и более раз в год, – «инфекционно лабильных».

Наряду с частотой заболеваний при включении ребенка в группу ЧБД необходимо учитывать тяжесть течения каждого ОРЗ, наличие осложнений, продолжительность интервалов между эпизодами ОРЗ, необходимость применения антибиотиков в остром периоде.

Особенности становления иммунной системы.

Существуют две основные точки зрения на причины повторных ОРЗ у ЧБД. Первая – нарушение функционирования иммунной системы, проявляющееся при неблагоприятных воздействиях внешней среды.

Вторая – генетическая предрасположенность, также реализующаяся под воздействием неблагоприятных условий внешней среды.

Изучение иммунной системы ЧБД показало, что в период клинического благополучия у них достоверно повышено содержание провоспалительных интерлейкинов (ИЛ)-2 и -4, что сопровождается снижением клеточной цитотоксичности, дисиммуноглобулинемией и повышением уровня клеток, экспрессирующих рецепторы, индуцирующие апоптоз. При этом индуцированная продукция провоспалительных цитокинов недостаточна, что свидетельствует об истощении резервных возможностей иммунной системы. При сравнении с возрастными показателями Т- и В-клеток у клинически здоровых детей у ЧБД наблюдается снижение этих показателей с увеличением числа обострений ОРВИ и наличием очагов хронической инфекции. В случаях увеличения числа ОРВИ более 6 в год и наличия очагов хронической инфекции, усугубляющих изменения в иммунной системе, отмечается снижение CD3+, CD4+, CD16+-клеток, уровня сывороточного иммуноглобулина класса А. В основе снижения противоинфекционной резистентности у детей из группы часто болеющих лежат изменения гомеостатического равновесия иммунной системы, а не стабильные нарушения тех или иных ее компонентов, что необходимо учитывать при выборе иммунокорректирующей терапии.

Проблема вакцинации часто болеющих детей.

По данным Минздрава России, только 10% школьников в нашей стране не могут быть признаны практически здоровыми. При проведении вакцинации обращает на себя внимание наличие более чем у половины детей различной патологии: болезней ЦНС (15–30%), аллергии (20–30%), нарушений функций почек, печени, эндокринной системы (1–5%) и др.

При рассмотрении вопроса возможности и необходимости прививок руководствуются тем, что вакцинация у ЧБД с хроническими заболеваниями безопасна. Кроме того, пациенты с хронической патологией формируют выраженный поствакцинальный иммунитет, достаточный для защиты от соответствующих инфекций. У привитых существенно снижается риск обострения хронической патологии: в настоящее время она рассматривается как показание для проведения иммунизации. Только при вакцинации лиц с нарушениями в состоянии здоровья можно охватить прививками 95% детей первых лет жизни, что является обязательным условием для поддержания заболеваемости управляемыми инфекциями на спорадическом уровне и искоренения некоторых из них (полиомиелит, корь, краснуха, паротит и др.) в глобальном масштабе. Известно, что показатели заболеваемости, тяжести течения инфекционного процесса, летальности выше среди лиц с хронической патологией. Например, смертность при эпидемии гриппа среди взрослых составляет 2 случая на 100 тыс. населения, среди лиц с сердечно-сосудистой патологией она возрастает до 104 случаев, при хронических заболеваниях легких – до 240, при сочетании респираторной и сердечно-сосудистой патологии – до 870.

У детей с осложненным преморбидным фоном отмечается более тяжелое течение ротавирусной инфекции, которое выражается в увеличении продолжительности диареи до 2–8 недель и сроков вирусыведения до 1 месяца и даже до года, а также развитие генерализованных поражений других органов – печени, почек. Все это свидетельствует о необходимости вакцинации ЧБД против пневмококковой, ротавирусной инфекций. Частая респираторная заболеваемость – одно из основных показаний к вакцинации детей против гриппа. Это позволяет снизить заболеваемость и сократить частоту ОРВИ другой этиологии, так как происходит поликлональная активация иммунной системы: заражение тем или иным респираторным патогеном способно не только вызывать специфический иммунный ответ, но и активировать механизмы иммунологической памяти в отношении других возбудителей, с которыми организм больного встречался ранее.

При проведении вакцинации руководствуются следующими положениями:

- прививочные осложнения развиваются в подавляющем большинстве случаев при игнорировании противопоказаний;
- большинство противопоказаний являются временными, и соблюдение их не отражается на конечном результате иммунизации.

По мнению экспертов, существует только два постоянных противопоказания к вакцинации: развитие анафилактического шока после введения первой дозы любого вакцинного препарата и/или выявление симптомов

энцефалопатии в течение 7 дней после введения вакцины против коклюша. Целесообразно учитывать в качестве постоянных противопоказаний и такие факторы, как развитие поствакцинального осложнения на предыдущее введение вакцины, прогрессирующее поражение нервной системы и афебрильные судороги (для препаратов, содержащих цельноклеточную коклюшную вакцину).

К абсолютным, но временным противопоказаниям относят заболевания в острой стадии, обострения хронических болезней (прививка проводится через 2–4 недели после выздоровления, выхода в ремиссию), а также беременность. В последнем случае запрещено введение живых вакцин (против кори, краснухи и паротита, ветряной оспы, полиомиелита). При некоторых нарушениях здоровья рекомендуется отказываться от использования живых вакцин и, если есть возможность, заменять их инактивированными.

Еще одним противопоказанием для введения живых вакцин служат врожденные и приобретенные иммунодефицитные состояния. При вакцинации по эпидпоказаниям вопрос о вакцинации ребенка с проявлениями заболевания решается врачом индивидуально. Безопасность, иммунологическая эффективность и целесообразность вакцинации у детей с осложненным преморбидным фоном доказана целым рядом исследований.

Принципы вакцинации часто болеющих детей и детей с хронической патологией.

1. Прививки проводят не ранее чем через 2–4 недели после выздоровления от острого заболевания.
2. Предпочтительно использование сочетанного графика вакцинации. Это позволяет скорректировать нарушение графика и способствует более гладкому течению поствакцинального периода, особенно при сочетании живых и неживых вакцин.
3. Назначаются иммуностропные препараты для профилактики наслоения интеркуррентных заболеваний.
4. При экстренной эпидемиологической ситуации вакцинация проводится в отсутствие ремиссии.
5. Лабораторные обследования для оценки иммунного статуса перед вакцинацией не требуются.

Принципы вакцинации детей с аллергическими заболеваниями

1. Вакцинация проводится на фоне полной или неполной ремиссии.

2. Вакцинация проводится на фоне необходимой терапии, зависящей от тяжести, длительности и клинической картины аллергического заболевания.
3. Для предупреждения обострения процесса в поствакцинальном периоде проводится усиление специфической терапии. Дополнительно к базисной терапии возможно назначение антигистаминных препаратов и бронходилататоров (по показаниям) за 5–7 дней до прививки и в течение 1–2 недель после нее. Дозы и схемы введения препаратов противорецидивной терапии не меняют при среднетяжелой и тяжелой форме заболевания. Не прививают при сезонной аллергии в момент цветения значимых растений.
4. Детям, склонным к анафилактическим реакциям, прививку по эпидпоказаниям в период неполной ремиссии желателно проводить в стационаре, за 30–40 минут один из антигистаминных препаратов или преднизолон вводят парентерально.
5. Вакцинация детей с атопическим дерматитом проводится на фоне безмолочной диеты, местного лечения (мази со стероидами или пимекролимусом – Элидел) и противогистаминных средств за 1–2 дня до и через 3–4 дня после прививки.
6. Дети с аллергическими заболеваниями подлежат вакцинации адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной (АКДС) вакциной, анатоксином дифтерийно-столбнячным (АДС), анатоксином дифтерийным, анатоксином столбнячным, АДС в малых дозах (АДС-м), живой коревой вакциной (ЖКВ), живой паротитной вакциной, вакцинами против полиомиелита, против краснухи, против гепатита В, вакциной бациллы Кальметта – Герена (БЦЖ), вакциной против гриппа, гемофильной и пневмококковой инфекции.
7. Целесообразно использовать на весь курс иммунизации вакцинные препараты одной серии, чтобы исключить возможность развития реакций, связанных с введением различных серий препарата.
8. Родители должны быть информированы о возможности развития реакций после введения конкретных вакцинных препаратов, а также о мерах оказания в случае необходимости первой медицинской помощи до прихода врача. В поствакцинальном периоде следует поддерживать постоянную связь с родителями в течение недели с последующим осмотром ребенка через 7–10 дней после каждого введения вакцины.
9. Режим ребенка должен быть обычным, повседневным, обеспечивающим спокойствие и отсутствие у родителей и детей напряжения, связанного с боязнью развития побочных реакций.

10. Желательно избегать контактов вакцинированных с лицами, у которых отмечаются катаральные явления. Ограничить посещение детских коллективов на 3–7 дней после введения анатоксинов и вакцины против вирусного гепатита В (ВГВ), на 10–14 дней – после вакцинации живыми вакцинами (против кори, краснухи и эпидемического паротита). У детей с аллергическими заболеваниями предложены временные границы для проведения кожных проб (за 1,5 недели до и через 1,5 месяца и более после введения вакцинных препаратов), постановки реакции Манту (через 1,5 месяца после вакцины АКДС, гепатита В, анатоксинов, вакцин против краснухи, паротита). После постановки реакции Манту введение вакцин допустимо не ранее 10–12 дней (кроме вакцины БЦЖ-м) и не ранее 1,5–2 месяцев при проведении курса специфической гипосенсибилизирующей терапии, а также курса терапии гистаглобулином, аллергоглобулином, гаммаглобулином, противоаллергическим иммуноглобулином. После введения вакцинных препаратов курсы специфической терапии могут быть начаты не ранее чем через 1,5–2 месяца.

Принципы вакцинации детей с патологией центральной нервной системы

1. Детям с прогрессирующим поражением ЦНС противопоказаны вакцина АКДС и Пентаксим, детям с афебрильными судорогами – только АКДС.
2. Дети со стабильной и регрессирующей неврологической симптоматикой (болезнь Дауна, детский церебральный паралич (ДЦП), перинатальная энцефалопатия, заболевания ЦНС, связанные с генетическими нарушениями) прививаются своевременно с 3 месяцев всеми вакцинами на фоне приема ноотропных препаратов, средств, нормализующих сосудистый тонус и т.п., массажа. Дети с гипертензионно-гидроцефальным синдромом прививаются на фоне дегитратационной терапии (ацетазолamid, глицерол и др.). При наличии у ребенка заболевания, предрасполагающего к судорогам, уместно отложить вакцинацию до стабилизации состояния с введением ацеллюлярной АКДС (АаКДС).
3. Детям с фебрильными судорогами в анамнезе предпочтительно применять АаКДС для снижения риска повторения судорог. Если вводится АКДС, то при первых признаках повышения температуры дают парацетамол 15 мг/кг, при необходимости продолжают прием до 2–3 дней. После ЖКВ и ди- и тривакцин парацетамол дают между 7-м и 12-м днями.
4. У детей с поражением ЦНС вакцинация (в том числе против гриппа) по календарю прививок безопасна и эффективна при максимальном использовании режима вакцинаций и ревакцинаций.
5. Патогенетически не обосновано введение антигистаминных препаратов детям с поражением ЦНС.

Принципы вакцинации детей с заболеваниями почек.

1. Детей с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей прививают на фоне стойкой ремиссии, при нормальном анализе мочи, в случае необходимости – на фоне поддерживающей антибактериальной терапии. Медотвод не должен составлять более 4–6 месяцев.
2. Детей с хроническим гломерулонефритом прививают на фоне ремиссии в 6 месяцев при минимальной активности даже на низкой дозе стероидов (1 мг/кг преднизолона в сутки).
3. Детям с почечной патологией, особенно с нефротическим синдромом, хронической почечной недостаточностью, показана вакцинация против пневмококковой инфекции, гриппа, ВГВ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует прививать против гемофильной инфекции, гепатита А и ветряной оспы. У больных с хронической почечной недостаточностью после введения вакцины Пневмо 23 в течение 2 лет снижается уровень защитных антител, что диктует необходимость их ревакцинации каждые 2 года.

Принципы вакцинации детей с аутоиммунными заболеваниями.

1. Вакцинацию рекомендовано проводить инактивированными вакцинами в период ремиссии на фоне терапии нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) – 2 недели до и 6 недель после прививки. При неустойчивой ремиссии назначают НПВС. Детей на поддерживающих дозах цитостатиков, так же как и детей в ремиссии более 1 года, вакцинируют без НПВС. Живые вакцины противопоказаны на фоне иммуносупрессии, но вводятся на фоне поддерживающей стероидной терапии. Наряду с календарными прививками таким детям необходима вакцинация против гемофильной, пневмококковой инфекции, от гриппа.
2. Для оценки эффективности иммунизации проводится контроль титров антител. По данным ряда клиник, вакцинация детей ЖКВ и АДС-м вакциной проводилась при следующих системных заболеваниях: ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА-моноолигоартрит, ЮРА-полиартрит, ЮРА-олигоартрит с увеитом), системный васкулит, геморрагический васкулит, васкулит с СКВ (системная красная волчанка)-подобным синдромом, инфекционно-аллергический васкулит, склеродермия, гломерулонефрит, аутоиммунная тромбоцитопения.

Принципы вакцинации детей с онкологическими заболеваниями.

1. Плановые прививки проводят через 4 месяца после окончания консолидирующей терапии.

2. Детям, не привитым до заболевания, проводится полный курс вакцинации с контролем антител; в случае отсутствия защитных титров через 6 месяцев вводится дополнительная доза вакцины.
3. Детей, вакцинированных до заболевания, обследуют на наличие титров антител; в случае их отсутствия вводится дополнительная доза вакцины.
4. После пересадки костного мозга при аллогенном трансплантате вакцинация проводится через 12 месяцев, при гетерологичном – через 18.
5. Введение убитых вакцин в остром периоде и близких к нему не противопоказано. Отмечается хороший иммунный ответ на вакцину против гриппа (в дошкольном возрасте требуется двукратное введение для иммунного ответа), *Haemophilus influenzae* типа b (ХИБ)-вакцину, АДС, ВГВ (по схеме 0–1–2–6 месяцев). В перечне проведенных мероприятий – иммунизация против коклюша, менингококковой инфекции, кори, краснухи и паротита, введение инактивированной полиомиелитной вакцины (ИПВ). Существует опыт эффективности и безопасности применения вакцин против пневмококковой инфекции. ВОЗ рекомендована вакцинация против ветряной оспы детям с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Разработан протокол вакцинации больных ОЛЛ вакцинами Варилрикс и Окавакс. Сходные результаты применения данного протокола наблюдались у детей с солидными опухолями.
6. Через 3 месяца после окончания химиотерапии до вакцинации против кори проводится предварительное определение субпопуляций лимфоцитов CD25+, CD95, HLA II и антител против кори. При содержании лимфоцитов больше нормы и в отсутствие антител дети иммунизируются, при содержании лимфоцитов больше нормы и наличии антител вакцинация не проводится. Для повышения эффективности прививок против кори и паротита возможно назначение азоксимера бромида 25 мкг/кг массы тела ежедневно за 5 дней до и в течение 5 дней (через день) после прививки. Безопасность вакцинации изучалась у детей с солидными опухолями: болезнью Ходжкина, неходжкинской лимфомой, опухолью Вильмса, ретинобластомой глаз, саркомой, лимфогранулематозом, гистиоцитозом, астроцитомой, гепатоэндотелиомой, незрелой тератомой яичка, гермиомой желудочков и др.

Принципы вакцинации детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

1. Вакцинация БЦЖ-м в роддоме в отсутствие признаков иммунодефицита, оппортунистических инфекций и других противопоказаний к вакцине БЦЖ-м и проведенной трехкратной профилактики (выполняется женщине во время беременности и родов, новорожденному).
2. Детям от ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)-инфицированных матерей все неживые вакцины – АКДС, ИПВ, гепатит В, грипп, ХИБ –

должны вводиться в календарные сроки. Целесообразна вакцинация против пневмококковой (вакциной ПКВ-13) и менингококковой инфекции, после года – против гепатита А. Для решения вопроса о введении живых вакцин – корь, краснуха, эпидемический паротит и ветряная оспа – показано иммунологическое исследование. В отсутствие иммунодефицита (количество CD4-клеток более 25% возрастной нормы, для взрослых – более 300 в 1 мл) живые вакцины вводят. Показана безопасность вакцинации ВИЧ-инфицированных детей со стадиями А1, В1 без иммуносупрессии, А2 – с умеренной иммуносупрессией (по классификации CDC). Проведены работы по вакцинации детей с перинатальным контактом по ВИЧ, находившихся на антиретровирусной терапии АКДС-вакциной и вакциной против кори.

Принципы вакцинации детей с туберкулезной инфекцией.

1. Дети в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (выраж туберкулиновых реакций); ранее инфицированные, с гиперергической реакцией на туберкулин; с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью могут прививаться через 1 месяц от начала приема 17 противотуберкулезных препаратов на фоне лечения (химиопрофилактики) с предварительным минимальным лабораторным обследованием (аланинаминотрансфераза (АЛТ), общий анализ мочи, крови).
2. Детям из III и IV групп учета (риск рецидива туберкулеза, контакт с больным туберкулезом) прививки делают после окончания комплексного обследования по туберкулезу.
3. Курсы химиотерапии не являются противопоказанием к вакцинации.
4. В период профилактического лечения до вакцинации проводится контроль АЛТ и общего анализа мочи кратностью 1 раз в месяц.
5. При необходимости планового проведения туберкулиновых проб прививки проводят после получения результата.
6. В противотуберкулезном отделении или санатории дети с малыми или неосложненными формами туберкулеза иммунизируются после окончания интенсивной фазы лечения в случае положительной клинко-рентгенологической динамики.
7. В условиях стационара дети с распространенным и осложненным туберкулезом, с малыми и неосложненными формами прививаются через 4 месяца от начала основного курса терапии.
8. Критерии проведения вакцинации: прибавка веса, отсутствие симптомов интоксикации, улучшение рентгенологической картины, отрицательный Диаскинтест, серологические показатели в норме (реакция непрямой

гемагглютинации – не более 1:4; реакция потребления комплемента – не более 12,0; реакция гемолиза – не более 5,0 усл. ед.; иммуноферментный анализ – не более 0,200 МЕ/мл). Детям с различными проявлениями туберкулезной инфекции с учетом высокого риска наложения инфекций целесообразна вакцинация против гриппа, пневмококковой, гемофильной инфекции, ветряной оспы. Вакцинировались дети анатоксинами – АДС-м, дивакциной против кори и паротита, вакциной Приорикс, против гепатита В.

Клиническая характеристика течения поствакцинального периода у часто болеющих детей.

Часто болеющие дети заболевают в поствакцинальном периоде существенно чаще, чем здоровые. Так при иммунизации против кори интеркуррентные инфекции развивались у 37,8% привитых из группы часто болеющих и у 2,1% здоровых детей, после введения АДС – анатоксина в 26,3% и 4,8% случаев соответственно. В структуре интеркуррентных заболеваний преобладают вирусные и вирусно-бактериальные респираторные инфекции. Однако у большей группы привитых (62,8% при коревой прививке, 73,7% при введении неживых вакцин) поствакцинальный период протекает гладко и бессимптомно. Нормальные вакцинальные реакции различной степени выраженности возникают у 10-25% иммунизированных против кори или других живых вакцин и в 3-4 раза реже при использовании инактивированных препаратов. Частота сильных реакций с лихорадкой выше 38,6 С не отличалась от допустимой по наставлениям к препаратам и составила 4,7% после коревой, около 1-2% после АКДС и других инактивированных вакцин.

Вывод:

К каждой вакцине есть некоторое число противопоказаний, требующих неукоснительного соблюдения, каждый случай должен рассматриваться непосредственно доктором. Плановые прививки проводятся через 2-4 недели после выздоровления, в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых острых респираторных вирусных инфекциях, острых кишечных заболеваниях, прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

На практике нередко встречаются случаи «отвода» от вакцинации детей по основаниям выходящим за рамки противопоказаний, необоснованные отводы подвергают ребенка риску заражения и снижают охват числа вакцинированных, что чревато развитием эпидемии.

Здоровые дети, не имеющие никаких отклонений, не нуждаются в «подготовке» к прививке, как любят рекомендовать доктора. Не считайте привитого ребенка больным, если реакций на вакцину не наблюдается, он может находиться на общем режиме и не нуждаться в подготовке.

Главной причиной отказа от проведения вакцинации сегодня, как и тогда, является страх перед возможными побочными реакциями и осложнениями после прививки. Необходимо подробно и правильно проинформировать

родителей о возможных реакциях после вакцинации: в поствакцинальный период (3 дня после вакцинации) при применении инактивированных вакцин допустимо повышение температуры тела, повышенная возбудимость, возможны местные реакции- гиперемия, отечность в месте инъекции, уплотнение. Для быстрого исчезновения данных проявлений просто необходимо соблюдать рекомендации доктора. При применении живых вакцин в поствакцинальный период проявления, соответствующие введенной инъекции, допустимы в течение 20 дней. Но эти проявления крайне редкие и не сравнимы с теми, которые ребенок переносит во время самой болезни.

Важно «обновлять» знания педиатрам, дающим необоснованные отводы от проведения профилактических прививок. Родителям следует помнить, что вакцины – это те же лекарства, только намного более эффективные, чем обычные таблетки и уколы.

Список использованной литературы.

- 1) Вакцинация детей с осложненным преморбидным фоном. Б.В. Агафонов. Москва 2015г.
- 2) Часто и длительно болеющие дети- группа диспансерного наблюдения на педиатрическом участке. «Поликлиническая педиатрия». Т.С. Омолоева. Иркутск 2012 г.
- 3) Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным с клинической ситуацией. Вакцинопрофилактика часто и длительно болеющих детей. Харит С.М. Санкт- Петербург 2015 г.
- 4) Журнал инфектологии. Ю.В. Лобзин, Том 10, №4, 2018 г.
- 5) Часто болеющие дети: проблемы дагностики, патогенеза и терапии. Г.А. Самсыгина, 2009 г.
- 6) Справочник педиатра. Инструкции к вакцинам, применяющиеся в детской практике.