



МОНИКИ

1775

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»

ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Вакцинация детей с осложненным преморбидным фоном

Учебное пособие

ИПВ

Аллергия

Преморбидный фон

ВИЧ-инфекция **Туберкулез**

Хроническая патология

Живые вакцины *Онкология*

Вакцинация

АКДС Иммуномодуляторы

Аутоиммунные заболевания

Заболевания почек **ЧБД**

Инфекционный индекс

Патология ЧНС

ОРЗ

Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»
Факультет усовершенствования врачей

«Утверждаю»
Декан факультета
усовершенствования врачей
ГБУЗ МО МОНКИ
им. М.Ф. Владимирского
профессор Б.В. Агафонов
Протокол № 2 от 11.06.2014

Вакцинация детей с осложненным преморбидным фоном

Учебное пособие

Москва
2015

В учебном пособии дан современный взгляд на критерии включения детей в группу часто болеющих, определена целесообразность проведения вакцинации часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями. Перечислены рекомендации по подготовке детей к вакцинации для улучшения иммунологического ответа и снижения риска развития поствакцинальных осложнений. Показаны безопасность и актуальность вакцинации детей с хронической патологией в рамках Национального календаря профилактических прививок с расширением спектра вакцин и возможностью индивидуального графика вакцинации.

Пособие предназначено для врачей-инфекционистов, педиатров, иммунологов, врачей общей практики, эпидемиологов лечебно-профилактических учреждений, ординаторов и интернов.

Авторы:

И.Б. Репина, канд. мед. наук

Л.А. Галкина, канд. мед. наук

Рецензенты:

Т.А. Бокова, профессор кафедры педиатрии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», канд. мед. наук

Е.В. Куликова, доцент кафедры педиатрии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, канд. мед. наук



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 [17]. 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 [25].

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 [23].

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 (таблица) [1]. 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 (по данным [1])

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

ОРЗ – острые респираторные заболевания

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 [21].

По мнению З.С. Макаровой, к «условно» ЧБД следует относить детей, у 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 [17]. В.В. Бережной предлагает часто и длительно болеющих детей выделять в отдельную группу диспансерного наблюдения; это дети 2-й группы здоровья с функциональными отклонениями различных органов и систем [2].

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 ос-

ложнений, продолжительность интервалов между эпизодами ОРЗ, необходимость применения антибиотиков в остром периоде.

Н.А. Коровина считает, что ребенка правомочно отнести к группе ЧБД в тех случаях, когда повышенная заболеваемость вирусно-бактериальными респираторными инфекциями не связана со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. Эти дети заслуживают особого внимания, так как частые респираторные инфекции могут обусловить срыв основных адаптационных механизмов, привести к значительным нарушениям функционального состояния организма и способствовать раннему развитию хронической патологии [11].

Локализация очагов и нозологические формы инфекции у ЧБД различны:

- верхние дыхательные пути (назофарингиты, острые средние отиты, синуситы, тонзиллиты);
- круп и ларинготрахеобронхиты;
- нижние дыхательные пути (бронхиолиты и пневмонии).

Установлено, что 95% ОРЗ вызываются вирусами (всего более 200 вирусов), включая адено-, коронавирусы, вирусы простого герпеса 1-го типа, вирус Эпштейна – Барр, ортомиксовирусы (грипп), парамиксовирусы (парагрипп), респираторно-синцитиальные вирусы, энтеро- и риновирусы. Частота регистрации ОРЗ в России ежегодно составляет от 27 до 41 млн случаев [19].

Повторные инфекции могут вызываться бактериями *Haemophilus influenzae* (наиболее часто – типа *b*), *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*; вирусами (преимущественно респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы); возбудителями семейства *Chlamydia* и *Mycoplasma*, чаще всего *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

По данным J.D. Akikusa и A.S. Kemp, повторные инфекции дыхательных путей могут быть связаны с неспособностью иммунной системы детей вырабатывать антитела к 3-му серотипу пневмококка, а нарушение выработки антител к нескольким серотипам способно привести к развитию рецидивирующей пневмонии [37]. Одним из факторов риска развития ОРЗ у детей может служить ятрогенное воздействие на организм при нерациональном использовании различных лекарственных средств – длительное и необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов, салицилатов и др.

У ЧБД чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний. ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям, вегетосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они хуже учатся и быстрее утомляются.

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 [1].

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 [6, 8, 20, 23].

В основе снижения противoinфекционной 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 иммунокорригирующей терапии [1, 4, 8, 11].

По клиническим особенностям выделяют 3 основных типа «истинно» ЧБД:

1. Соматический – формирование происходит на фоне перинатально обусловленной энцефалопатии и аллергического диатеза. Частота ОРЗ – 8 и более раз в год, ИИ выше 0,67. Заболевания протекают с выраженной интоксикацией, высокой температурой, фебрильными судорогами. В периоде реконвалесценции отмечается затяжной кашель.

Наблюдаются осложнения в виде бронхитов, в том числе обструктивных, и пневмоний.

2. Оториноларингологический.

3. Смешанный. К этому типу относится наиболее тяжелый контингент «истинно» ЧБД, для них типичен полисистемный и полиорганный характер отклонений в состоянии здоровья.

М.Г. Романцовым предложена подробная клиническая характеристика ЧБД с акцентом на наследственные предрасполагающие факторы, развитие ребенка в перинатальном периоде и грудном возрасте [21].

В настоящее время выделяют 5 групп ЧБД, достоверно различающихся по многим параметрам.

В 1-ю группу входят дети с преобладающими явлениями аллергии и аллергической патологией в анамнезе как по материнской, так и по отцовской линии. У родственников часто имеются заболевания органов пищеварения, патология носоглотки и органов дыхания, у матерей – гестозы первой и второй половины беременности и ОРЗ в периоде беременности. У детей этой группы при рождении выявляют паратрофический статус, свидетельствующий о склонности к аллергии. Повторные заболевания у детей связаны с переводом на искусственное вскармливание и началом посещения детских дошкольных учреждений.

Во 2-ю группу включают преимущественно детей с неврологической патологией. Дисбаланс центральных регуляторных механизмов создает условия для проявления разнообразных органотипических диатезов, на фоне которых развиваются вирусные, бактериальные инфекции, глистно-протозойные инвазии. Эти дети болеют с рождения, детские дошкольные учреждения, как правило, не посещают. Родители таких детей (особенно матери) чаще нездоровы. Наблюдаются эндокринопатии, патология иммунной и центральной нервной системы (ЦНС), у матерей – обострения хронических заболеваний; часто возникают ОРЗ и воспалительные заболевания гениталий, стрессы и депрессивный синдром. Беременность сопровождается угрозой прерывания и/или кровотечениями, определяется большое количество травмирующих факторов в родах (преждевременные и/или запоздалые роды, стремительные роды, слабость родовой деятельности, роды с кесаревым сечением, тазовое предлежание плода), что приводит к острой травме ЦНС новорожденного.

К 3-й группе относят детей с первичными вегетососудистыми дистониями наследственного характера. Матери таких детей страдают различ-

ными формами вегетососудистой дистонии. ОРЗ проявляется длительным субфебрилитетом и периодами длительного (до нескольких месяцев) кашля. Часто встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта.

В 4-ю группу включают детей с преимущественным поражением лимфатической системы с рождения, что обуславливает возможность большой частоты различных болезней с выраженной клинической симптоматикой, гипертермией, сменяющейся субфебрилитетом. Аллергозы у таких детей проявляются дерматореспираторным синдромом. Подобная патология выявляется у отцов детей и родственников по отцовской линии. Течение беременности у матерей этих детей сопровождается угрозой прерывания с маточными кровотечениями во II триместре. Роды стремительные. Дети рождаются с признаками лимфатизма, болеют с рождения, частота повторных ОРЗ нарастает при антигенной нагрузке.

В 5-ю группу входят дети с преимущественными обменно-конституциональными нарушениями. У этих детей наблюдаются заболевания инфекционной природы, чаще бактериальной, на фоне обменно-конституциональных нарушений с вовлечением в патологический процесс органов мочевой системы. Заболевания непрерывно рецидивируют. ОРЗ затяжные, продолжительностью до 5 недель, отмечается гипертермия с субфебрилитетом. Дети начинают болеть при переводе на искусственное вскармливание и посещении детских дошкольных учреждений. Во всех семьях у родителей выявляются обменные заболевания и хроническая патология мочевых органов. Беременность у матерей сопровождается гестозом в первой половине и обострением хронического пиелонефрита. Роды патологические.

Группа ЧБД включает в себя также детей с первичными иммунодефицитными состояниями, в том числе с дефектами в системе интерферона, наследственными обменными нарушениями, очагами хронической инфекции, внутриутробным инфицированием, фоновыми соматическими заболеваниями, ферментопатиями.

Проблема вакцинации часто болеющих детей

По данным Минздрава России, только 10% школьников в нашей стране 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. [12].

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 [12]. 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 [12]. По данным М.Н. Куав и соавт. (2005), группа лиц с осложненным фоном отличается высокими показателями заболеваемости инвазивными формами пневмококковой инфекции (рис. 1) [39].

У детей с осложненным преморбидным фоном отмечается более тяжелое течение ротавирусной инфекции, которое выражается в увеличении продолжительности диареи до 2–8 недель и сроков вирусывыделения 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.

В 90-х годах XX в. медицинскими организациями практически всех развитых и многих развивающихся стран, Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and

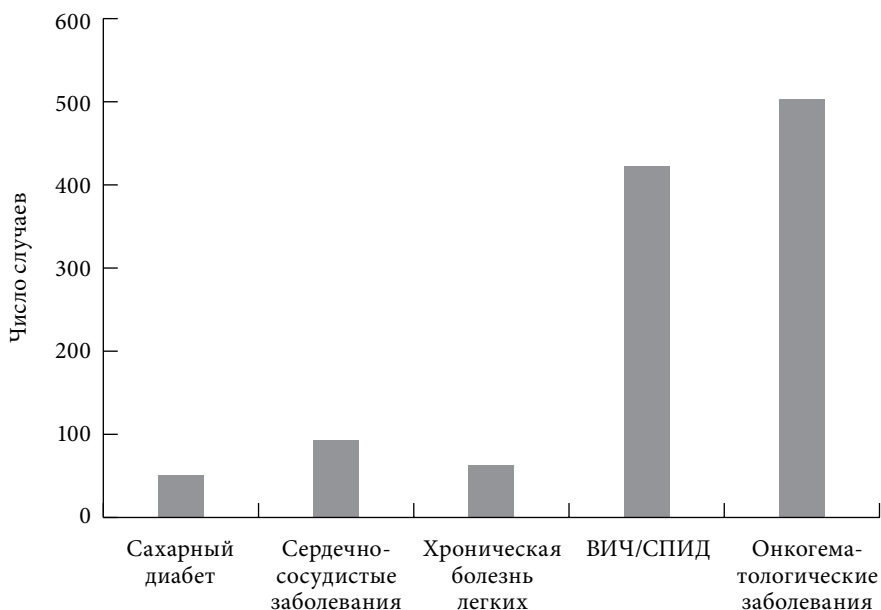


Рис. 1. Частота заболевания пневмококковой инфекцией (на 100 тыс. населения в год) у лиц с осложненным состоянием здоровья

Prevention – CDC) были сформулированы показания и противопоказания для вакцинации, представлен перечень хронических болезней, при которых вакцинация считается допустимой и необходимой.

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 [26]. Целесообразно учитывать в качестве постоянных противопоказаний и такие факторы, как развитие поствакцинального осложнения на предыдущее введение вакцины, прогрессирующее по-

ражение 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 [13, 16].

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 [5, 7, 9, 10, 12, 14, 37, 38].

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 отмечают 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, аллерглобулином, 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 (ацетазоламид, 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 имму-

низируются, 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 [28].

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 [24, 29, 33].

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

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 малыши или неосложненными формами туберкулеза иммунизируются после окончания интенсивной фазы лечения в случае положительной клинико-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) [3].

Детям с различными проявлениями туберкулезной инфекции с учетом высокого риска наслоения 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.

Данные о безопасности и эффективности иммунизации детей с осложненным преморбидным фоном

Собственные данные

Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 1 года 8 месяцев до 7 лет 5 месяцев, воспитывающихся в детских закрытых учрежде-

ниях. Анализ антенатального развития выявил, что 12 детей родились недоношенными при сроках беременности от 28 до 36 недель с массой 1330–2500 г. К числу неблагоприятных факторов внутриутробного развития относились: контакт по ВИЧ, вирусу гепатита С (ВГС), туберкулезу, сифилису, социальные факторы (наркомания, алкоголизм), токсикоз беременных, ОРВИ. Клинические признаки внутриутробного инфицирования отмечены у 14 детей в периоде перинатального развития с этиологической расшифровкой у 1 ребенка (цитомегаловирусная инфекция). Перечисленные условия развития плода, генетические изменения привели к формированию у 49 (81,6%) детей патологии со стороны ЦНС. В неонатальном периоде регистрировались гипоксически-ишемическая или гипоксически-травматическая перинатальная энцефалопатия (26 детей), болезнь Дауна (20), врожденная гидроцефалия (2), микроцефалия (1). Наблюдение в динамике педиатром, неврологом, хирургом, кардиологом, нефрологом, окулистом позволило сформировать группы диспансерного учета, индивидуальные сроки вакцинации, реабилитационные мероприятия. Соматическая патология представлена такими состояниями, как рахит (21,6% больных), врожденный порок сердца (20%), железодефицитная анемия (20%), атопический дерматит (11,6%), гипотрофия (10%). Изменения со стороны ЦНС на момент начала вакцинации регистрировались у 83,3% и включали в себя ишемическую церебральную дисфункцию с задержкой психоречевого и моторного развития (64,0%), последствия перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза (14,0%), грубый неврологический дефицит (8,0%), гидроцефалию и внутрочерепную гипертензию (6,0%), ДЦП (6,0%), эпилепсию (2,0%).

Факторы неблагоприятного развития ante- и перинатального периода, формирование измененного соматического и неврологического статуса, нарушение адаптационных механизмов обусловили высокую частоту заболеваемости, прежде всего ОРВИ с бактериальными осложнениями в виде отитов, бронхитов, пневмонии (проводились курсы антибактериальной терапии).

Анализ показателей заболеваемости свидетельствовал о том, что 10 (16,7%) детей перенесли ОРЗ на первом году жизни более 4 раз с осложнениями в виде пневмонии в 60% случаев, бронхита в 20% и гнойного отита в 40% с рецидивирующим течением (до 4 раз) у 1 ребенка. Правостороннее поражение легких отмечено в 66,6% наблюдений (у 1 ребенка – двустороннее). Эти дети наблюдались как группа часто

болеющих. Сорок один (68,3%) ребенок переболел ОРЗ с частотой регистрации до 3 раз на первом году жизни, осложнившимся пневмонией (с развитием ателектаза легких в 30,7% случаев), бронхитом и отитом у 13 (31,7%), 9 (21,9%) и 3 (7,3%) детей соответственно.

Несмотря на осложненный преморбидный статус, высокую заболеваемость ОРВИ, в рамках Национального календаря профилактических прививок было иммунизировано 18,3% детей, по индивидуальному календарю – 76,7% и частично вакцинировано 3 ребенка (5,0%). Постоянными медотводами для АКДС-вакцинации у 2 детей стало наличие эпилепсии неуточненной этиологии и афебрильных судорог. Первичная тубинфицированность послужила поводом для медотвода от введения БЦЖ-вакцины у 1 ребенка.

Все дети были привиты против полиомиелита ИПВ Имовакс Полио, 70% детей – против гриппа вакцинами Инфлювак, Ваксигрип, Флюарикс, Агриппал, Флюваксин; АКДС-вакцину получили 25 (41,6%) детей,

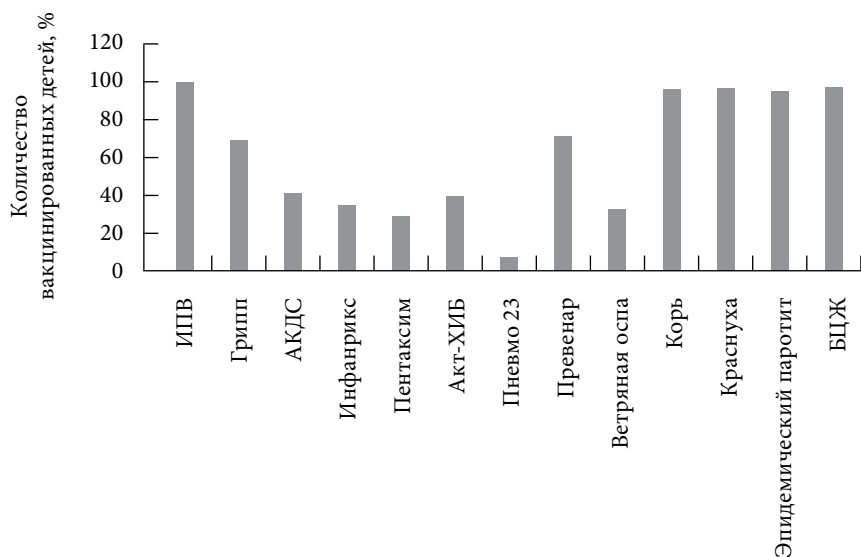


Рис. 2. Охват профилактическими прививками детей с осложненным преморбидным фоном, воспитывающихся в детских закрытых учреждениях; ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина, АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, ХИБ – вакцина против *Haemophilus influenzae* типа b, БЦЖ – вакцина бациллы Кальметта – Герена

Инфанрикс – 22 (36,6%), Пентаксим – 18 (30%). Против гемофильной инфекции привито 24 (40%) ребенка вакциной Акт-ХИБ. Дополнительная иммунизация включала в себя вакцинацию против пневмококковой инфекции 5 детей в возрасте от 2 до 4 лет вакциной Пневмо 23 и 7 в возрасте от 1 года 10 месяцев до 6 лет вакциной Превенар, против ветряной оспы – 33,3% детей вакцинами Окавакс и Варилрикс (рис. 2).

Поствакцинальный период у всех детей после вакцинации убитыми и живыми вакцинами протекал гладко, на фоне медикаментозной коррекции соматической патологии, без развития местных и общих реакций.

Сравнительный анализ показателей заболеваемости по годам наблюдения свидетельствовал о выраженной профилактической направленности проведенной вакцинации. При наблюдении за иммунизированными детьми в течение 1 года частота регистрации эпизодов ОРВИ снизилась в 1,9 раза, пневмонии – в 6,3 и бронхита – в 3 раза.

Представленные результаты демонстрируют безопасность и целесообразность иммунизации детей с осложненным преморбидным статусом, часто болеющих, с хронической патологией в рамках Национального календаря профилактических прививок и дополнительной вакцинации против гемофильной и пневмококковой инфекции, гриппа, ветряной оспы.

Данные литературы

Результаты исследований, опубликованные рядом авторов, также демонстрируют важность иммунизации детей с хроническими заболеваниями. Так, проводилась вакцинация детей с аллергическими заболеваниями в возрасте от 6 до 15 лет (с бронхиальной астмой легкого течения, аллергодерматозами, риносинусопатией с сенсibilизацией к бытовым, бактериальным и пылевцевым аллергенам) вне обострения основного заболевания противогриппозной вакциной Инфлювак. В течение 3 дней до и после вакцинации (всего 6 дней) дети получали лоратадин (Кларитин) 1 раз в день в возрастной дозировке. Иммунизация показала безопасность, ареактогенность и иммунологическую эффективность препарата [18]. Группа детей и взрослых, страдающих различной патологией (сахарный диабет, хронический тонзиллит, вегетососудистая дистония, аллергия), вакцинировались другой противогриппозной вакциной – Ваксигрип. В поствакцинальном периоде только у 6,1% детей наблюдались местные реакции, гипертермия в течение 2 суток до 38 °С – у 1 ребенка. В период подъема заболеваемости

гриппом 65,5% привитых детей не болели респираторными вирусными инфекциями. Грипп с высокой температурой и типичной симптоматикой развился у 8,1% детей. 79% из числа привитых взрослых не болели ни гриппом, ни ОРВИ.

У 150 детей, инфицированных микобактериями туберкулеза, с целью оценки эффективности специфической профилактики пневмококковой и гриппозной инфекции применяли вакцины Пневмо 23 и Ваксигрип. На момент вакцинации дети считались здоровыми, не имели локального туберкулезного процесса; в течение года после вакцинации они наблюдались педиатром и фтизиатром. Местные (4%) и общие (0,7%) реакции сохранялись в течение 2 дней, затем проходили самостоятельно. У иммунизированных детей отмечалось статистически достоверное снижение заболеваемости ОРЗ (включая бронхиты и пневмонии) – в 13,9 раза – по сравнению с невакцинированными детьми [15].

Применение полисахаридных пневмококковых вакцин актуально у больных с хронической почечной патологией – хроническим гломерулонефритом, нефротическим синдромом, у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе и после трансплантации почки, у которых высок риск развития тяжелой пневмококковой инфекции в виде сепсиса, пневмоний, перитонитов. Эти больные отличаются низким исходным уровнем антипневмококковых антител вследствие либо угнетения синтеза иммуноглобулинов при применении кортикостероидной терапии, либо наличия протеинурии. По сведениям А.А. Шавырина и соавт. (2001), после вакцинации таких пациентов вакциной Пневмо 23 почти у всех определяются защитные титры антител, длительность циркуляции которых, по данным большинства авторов, составляет не менее 2 лет.

При наличии хронических заболеваний печени показана вакцинация против ВГВ [12]. Обоснованием служит широкое распространение среди населения микст-инфекции вирусами гепатита В и С, а суперинфекция другим гепатотропным вирусом увеличивает тяжесть и риск поражения печени с развитием цирроза и первичного рака печени. Сероконверсия на введение вакцины Энджерикс В у лиц с наличием анти-ВГС-антител сходна с показателями, полученными у лиц без анти-ВГС-антител, хотя интенсивность выработки анти-НВs-антител у лиц с наличием анти-ВГС-антител ниже после 2-го и 3-го введений вакцины.

При проведении вакцинации детей из групп риска и больных хроническим гепатитом С от 1 года до 15 лет вакцинами против ВГВ – Шанвак-В и Энджерикс В – установлено, что для повышения ее эффективности

целесообразно более раннее (на первом году жизни) начало вакцинации с соблюдением интервалов введения вакцины. Наиболее значимый эффект наблюдался при иммунизации детей первого года жизни по схеме 0–1–2–12 месяцев вакциной Энджерикс В. Отрицательной динамики состояния не отмечено [11].

Абсолютным противопоказанием к вакцинации является декомпенсированный цирроз печени.

Способы медикаментозной коррекции для повышения эффективности и безопасности вакцинации детей с осложненным преморбидным фоном

Определены подходы для вакцинации ЧБД живыми вакцинами. Целесообразно определение уровня иммуноглобулинов класса G более 5 раз на первом году жизни и более 6–7 раз в старшем возрасте. При значительном снижении данного показателя (менее 0,25 г/л) одновременно с вакцинацией назначается Рибомунил по 1 таблетке ежедневно в течение 12 дней [32].

В зависимости от возрастного состава ЧБД при иммунизации живыми вакцинами (корь, дивакцина против кори и эпидемического паротита) оптимально применение иммуностропных средств: детям от 1 года до 3 лет – интерферон альфа-2b (Виферон), витаминно-минеральные комплексы, Рибомунил, меглюмина акридоацетат (Циклоферон); старше 3 лет – пидотимод (Имунорикс), Рибомунил, меглюмина акридоацетат. Рибомунил назначают со дня вакцинации в дозе 0,75 мг ежедневно 1 раз в день натошак 10 дней подряд; меглюмина акридоацетат в таблетках – детям старше 4 лет, внутримышечно – до 4 лет, в дозе 0,15–0,3 г в сутки в зависимости от возраста 1 раз утром натошак в течение 10 дней со дня иммунизации против кори и паротита. Интерферон альфа (Лейкинферон) в свечах по 40 000 МЕ на ночь 1 раз в день по схеме: -3 (за 3 дня до прививки) и далее на 0-й (в день прививки), 4-й, 8-й, 12-й дни после иммунизации; ИРС 19 – ингаляционно 3 раза в день по одной дозе в каждый носовой ход в течение месяца со дня вакцинации; дезоксирибонуклеат натрия (Деринат) 0,25% раствор интраназально по 1 капле 3 раза в день в течение 10 дней со дня вакцинации; Джунгли с минералами или другие поливитамины с минералами со дня вакцинации ежедневно в возрастной дозе в течение 1 месяца [27, 35]. При вакцинации ЧБД против кори также рекомендовано применение Бронхо-

мунала с 1-го по 30-й день после прививки по 1 дозе (1 капсула 3,5 мг) 1 раз в день [30].

Для ЧБД, проживающих в экологически неблагоприятных районах, предложено применение альфа-глутамил-триптофана (Тимоген) для повышения эффективности иммунизации против кори и эпидемического паротита [31].

Для детей с осложненным преморбидным состоянием важным условием оптимальной вакцинации является антигенный состав вакцин. Так, у детей 1,5–6 лет при развитии реакции на АКДС и Инфанрикс целесообразно проводить ревакцинацию вакциной Пентаксим [34].

Представлены также рекомендации по использованию лекарственных препаратов при иммунизации детей с ВИЧ-инфекцией и рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Так, А.А. Рулева и соавт. считают эффективным применение пидотимода при вакцинации против кори и паротита ВИЧ-инфицированных, что выражается в 100% сероконверсии к 30-му дню наблюдения [22].

У больных с ОЛЛ и солидными опухолями в анамнезе в стадии ремиссии в отсутствие антител против эпидпаротита проводят вакцинацию или ревакцинацию эпидемического паротита; за 5 дней до иммунизации дети получают азоксимера бромид (Полиоксидоний) [36].

Заключение

В настоящее время необходимость вакцинации детей с осложнениями в состоянии здоровья подтверждается проводимыми исследованиями и опытом практических врачей. Работы в данном направлении демонстрируют необходимость соблюдения важных требований: проведение вакцинации вне периода обострения основного заболевания или в межрецидивном периоде, безопасность вакцинации с учетом состава вакцины, продолжение базисной терапии во время иммунизации, медикаментозная коррекция с целью повышения эффективности вакцинации.

Исследование иммунологического статуса ЧБД демонстрирует временные гомеостатические изменения, не требующие коррекции. Вследствие этого дети из группы ЧБД адекватно отвечают на вакцинацию, переносят ее без развития нежелательных явлений в поствакцинальном периоде. Наблюдения за вакцинированными детьми – часто болеющими и с хронической патологией – доказали эффективность их иммунизации вакцинами в рамках Национального календаря про-

филактических прививок с включением вакцинации против гриппа, гемофильной, пневмококковой инфекций, что значительно снижает не только заболеваемость респираторными инфекциями, но и частоту обострений основного заболевания, необходимость госпитализаций, антибактериальной терапии, а также предотвращает инвалидизацию.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Пермь, 2006. 86 с.
2. Бережной В.В. Иммунокоррекция в педиатрии // Здоровье Украины. 2004. № 108. С. 23–24.
3. Дрозденко Т.С., Харит С.М., Довганок И.Ф. Способ вакцинопрофилактики управляемых инфекций у детей с локальными формами первичного туберкулеза: патент Российской Федерации № 2444373 от 10.03.2012.
4. Ершова И.Б., Ширина Т.В., Ткаченко В.И., Чернова Е.В., Черкасова С.Н. Проблема часто и длительно болеющих детей и методы оптимизации их лечения // Здоровье ребенка. 2008. № 2. С. 59–61.
5. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия. 2004. № 3. С. 14–16.
6. Заплатников А.Л. Клинико-иммунологическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 2003.
7. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Бурцева Е.И., Шевченко Е.С., Силуянова Э.В., Мукашева Е.А. Иммунопрофилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций в достижении контроля над течением бронхиальной астмы у детей // Педиатрия. 2013. № 1. С. 51–56.
8. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Таточенко В.К. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. М., 2002.
9. Каплина С.П., Харит С.М. Эффективность и безопасность вакцинопрофилактики у детей с врожденными пороками развития центральной нервной системы // Эпидемиол. вакцинопрофилакт. 2014. № 2. С. 96–101.
10. Каплина С.П., Харит С.М., Голева О.В., Александрова Е.И. Вакцинопрофилактика кори у детей с патологией центральной нервной системы // Журн. инфектол. 2012. Т. 4, № 2. С. 51–55.
11. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: руководство для врачей. М.: Контимед, 2001. 68 с.
12. Костинов М.П. Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья: практическое руководство для врачей. М.: Медицина для всех, 2000.
13. Костинов М.П., Гурвич Э.Б. Вакцины нового поколения в профилактике инфекционных заболеваний. М.: Медицина для всех, 2002.
14. Костинов М.П., Харит С.М., Снегова Н.Ф. Стратегия вакцинации у детей группы риска по ВИЧ-инфицированию // Ремедиум. Журн. о рос. рынке лекарств и мед. технике. 2004. № 12. С. 38–42.

15. Костяная И.Е., Мейснер А.Ф., Аксенова В.А., Батура А.П. Опыт применения вакцин Пневмо-23 и Ваксигрип у инфицированных микобактериями туберкулеза детей из групп риска // *Вакцинация*. 2002. № 1. С. 10–11.

16. Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В., Волжанин В.М. Итоги научно-исследовательских работ Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства» за 2012 год // *Журн. инфектол.* 2013. Т. 5, № 4, прил. С. 5–22.

17. Макарова З.С., Голубева Л.Г. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях: пособие для педагогов дошкольных учреждений. М.: Владос, 2004. 270 с.

18. Марков И.С. Инфлювак – эффективная вакцина для экстренной профилактики гриппа: тезисы научно-практической конференции «Место вакцинации в профилактике эпидемии гриппа». Киев, 1999.

19. Маркова Т.П. Применение изоприназина для профилактики повторных респираторных инфекций у ЧБД // *Фарматека*. Клин. опыт. 2009. № 6. С. 49–52.

20. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе длительно и часто болеющих детей // *Иммунокоррекция в педиатрии* / под ред. М.П. Костинова. М., 2001. С. 91–99.

21. Романцов М.Г., Еришов Ф.И. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 190 с.

22. Рулева А.А., Харит С.М., Начарова Е.П., Фридман И.В. Эффективность и безопасность применения пидотимода у детей групп риска на фоне вакцинации // *Педиатр. фармакол.* 2013. Т. 10, № 1. С. 70–73.

23. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // *Лечащий врач*. 2009. № 1. С. 10–15.

24. Снегова Н.Ф., Пахомов Д.В., Никитина Т.Н., Зинкина Т.Н., Хромова И.Е., Харит С.М., Лянко Л.М. Иммунизация ВИЧ-серопозитивных детей (ретроспективное исследование) // *Дет. инф.* 2004. № 2. С. 30–34.

25. Таточенко В.К., Капанов Б.С. Реконвалесценты, часто болеющие и лица с бронхолегочной патологией // *Вакцинопрофилактик. при наруш. здор. М.*, 2000. С. 222–238.

26. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика. М.: ПедиатрЪ, 2014.

27. Фридман И.В., Харит С.М., Черняева Т.В., Начарова Е.П., Голева О.В. Применение Виферона при вакцинации дивакциной против кори и эпидемического паротита часто болеющих детей // *Леч. профилактик.* 2013. № 4. С. 13–16.

28. Харит С.М., Брусов Н.К. Способ вакцинации против кори детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе: патент Российской Федерации № 2261110 от 23.07.2004.

29. Харит С.М., Лянко Л.М., Голева О.В., Кветная А.С., Петленко С.В., Начарова Е.П., Снегова Н.Ф. Результаты иммунизации ВИЧ-инфицированных детей против кори и дифтерии // *Вопр. соврем. педиатр.* 2006. Т. 5, № 2. С. 12–16.

30. Харит С.М., Начарова Е.П., Каплина С.П., Монахова Н.Е., Голева О.В. Программа ОЛИМП (основы клинической иммунологии для педиатров) – часть национального проекта по обучению практических врачей-педиатров основам клинической иммунологии использования бронхомунала при вакцинации против кори часто болеющих детей // *Рос. аллергол. журн.* 2011. № 5. С. 37–44.

31. Харит С.М., Начарова Е.П., Петленко С.П. Применение Тимогена для повышения эффективности иммунизации против кори и паротита у детей, проживающих

в экологически неблагоприятных регионах // Эпидемиол. вакцинопрофилактик. 2005. № 2. С. 15–21.

32. Харит С.М., Черняева Т.В., Воронина О.Л. Способ профилактики поствакцинальных осложнений: патент Российской Федерации № 2316343 от 10.01.2006.

33. Харит С.М., Черняева Т.В., Лакоткина Е.А. Вакцинация детей с иммунодефицитными состояниями: метод. рекоменд. СПб., 2005.

34. Харит С.М., Черняева Т.В., Начарова Е.П., Васильева Г.А., Рулева А.А. Оценка безопасности ревакцинации детей старше 1,5 лет против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции типа В вакциной Пентаксим // Журн. инфектол. 2009. Т. 1, № 2–3. С. 73–78.

35. Харит С.М., Черняева Т.В., Начарова Е.П., Голева О.В. Вакцинация детей против кори и паротита и витаминотерапия // Педиатр. фармакол. 2007. Т 4, № 6. С. 28–33.

36. Черняева Е.В., Харит С.М., Монахова Н.Е., Голева О.В., Мукомолова А.Л. Повышение эффективности вакцинации против паротита у детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе // Вопр. практ. педиатр. 2008. Т 3, № 5. С. 124–126.

37. Akikusa J.D., Kemp A.S. Clinical correlates of response to pneumococcal immunization // J. Paediatr. Child Health. 2001. Vol. 37(4). P. 382.

38. *Global Initiative for Asthma* [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ginasthma.org> (дата обращения: 29.06.2015).

39. Kyaw M.H., Rose C.E. Jr., Fry A.M., Singleton J.A., Moore Z., Zell E.R., Whitney C.G.; Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. The influence of chronic illnesses on the incidence of invasive pneumococcal disease in adults. J. Infect. Dis. 2005. Vol. 192(3). P. 377–386.

Тестовые вопросы

1. В какие сроки можно прививать ребенка, перенесшего обострение хронического пиелонефрита?

- а) через месяц
- б) через 6 месяцев
- в) через год

2. Какими вакцинами можно привить ребенка с ВИЧ-инфекцией?

- а) оральная полиомиелитная вакцина
- б) вакцина против кори
- в) АКДС
- г) ИПВ

3. Можно ли прививать ребенка с онкологическими заболеваниями (ОЛЛ, солидные опухоли) против ветряной оспы?

- а) да
- б) нет

- 4. Иммунизация какими вакцинами необходима для группы ЧБД?**
- а) против пневмококковой инфекции
 - б) против клещевого энцефалита
 - в) против гемофильной инфекции
- 5. Можно ли прививать детей с бронхиальной астмой в периоде ремиссии, получающих поддерживающую терапию?**
- а) да
 - б) нет
- 6. Какие вакцины предпочтительно использовать для вакцинации ЧБД?**
- а) ассоциированные
 - б) моновакцины
- 7. Какими вакцинами можно прививать ребенка с болезнью Дауна?**
- а) всеми календарными вакцинами
 - б) только анатоксинами
- 8. Что является противопоказанием для введения вакцины против коклюша?**
- а) прогрессирующая неврологическая симптоматика, афебрильные судороги в анамнезе
 - б) фебрильные судороги после ОРВИ
- 9. Необходимо ли иммунологическое обследование ЧБД перед вакцинацией?**
- а) да
 - б) нет
- 10. Какие препараты применяются для повышения эффективности вакцинации ЧБД и детей с хроническими заболеваниями?**
- а) иммуномодуляторы
 - б) антигистаминные препараты
 - в) иммуноглобулины

Ответы

1 – б; 2 – в, г; 3 – а; 4 – а, в; 5 – а; 6 – а; 7 – а; 8 – а; 9 – б; 10 – а.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
«Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2)

Вакцинация детей с осложненным преморбидным фоном

Учебное пособие

Редактор: Л.Ю. Заранкина
Оригинал-макет: А.В. Васюк

ISBN 978-5-98511-291-7



9 785985 112917 >

Подписано в печать 02.09.2015. Тираж 200 экз. Заказ № 16/15.

Отпечатано в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского



МОНИКИ
1775

ISBN 978-5-98511-291-7



9 785985 112917 >