Сообщение

ПМ 01.МДК 01.02 «Основы профилактики»

Тема: «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний»

Студентки 3 курса, 32 сб группы

Ибрагимовой Сабины Ленуровны

Специальности: 34.02.01 «Сестринское дело»

Иммунопрофилактика инфекционных болезней — иммунопрофилактика — система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

* доступность для граждан профилактических прививок;
* бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
* социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
* разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;
* использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов;
* государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов;
* поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов;
* обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов;
* государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов;
* включение в государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;
* совершенствование системы статистического наблюдения;
* обеспечение единой государственной информационной политики;
* развитие международного сотрудничества.

**С**овременный мир немыслим без иммунопрофилактики, позволившей ликвидировать оспу и взять под контроль многие тяжелые инфекции, обусловливавшие высокую заболеваемость и смертность, в первую очередь, в детском возрасте.

Последнее десятилетие ХХ века характеризуется значительным ростом инфекционной заболеваемости населения России (дифтерия, корь, коклюш, эпидемический паротит, туберкулез, вирусные гепатиты). Этому способствовали как ухудшение социально- экономического положения в стране, так и отставание действовавшего с 1980 года календаря профилактических прививок населению от Расширенной программы иммунизации ВОЗ, неполный охват прививками контингентов, подлежащих иммунизации, а также слабость законодательно-правовой базы, обеспечивающей стратегию иммунопрофилактики и меры по ее реализации.

Первым государственным актом в создании нормативно-правовой базы в области иммунопрофилактики явился Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», принятый в 1991 году. Этим документом впервые законодательно регламентирована обязательность прививок населению против шести инфекций — дифтерии, столбняка, коклюша, кори, полиомиелита и туберкулеза. Однако данный перечень был заметно короче списка инфекционных болезней, против которых рекомендуется проведение профилактических прививок Всемирной Организацией Здравоохранения.

Прекращение прививок или даже временное снижение охвата ими чревато развитием эпидемий. Это, в частности, произошло в странах СНГ в 1990–х годах, кода разразилась эпидемия дифтерии с более чем 100 000 случаев заболевания (из них около 5 000 с летальным исходом). Прекращение прививок в Чечне привело в 1995 г. к вспышке полиомиелита со 150 паралитическими и 6 летальными случаями. Эти и подобные им ситуации в других странах показывают, что человечество стало вакцинозависимым. В настоящее время речь идет не о том, прививать или не прививать, а об оптимальном выборе вакцин, тактике проведения прививок, сроках ревакцинации и экономической эффективности использования новых – дорогостоящих – вакцин.

С принятием нового Национального календаря прививок в 1997 г. (Приказ Минздрава № 375) и Федерального закона об иммунопрофилактике РФ в 1998 г. завершился важный этап модернизации прививочного дела в России. Заложенные в этих документах положения соответствуют рекомендациям ВОЗ, как по набору вакцин, так и по методам и срокам их введения. Календарем предусмотрена вакцинация против туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи и гепатита В. В Законе и ряде постановлений Правительства РФ прописана схема материальной компенсации в случае развития поствакцинальных осложнений, что восстанавливает социальную справедливость в отношении тех немногих лиц, кто пострадал от прививок.

Федеральный закон Российской Федерации «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (1) принят впервые в истории страны и устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В законе сформулированы основные понятия, содержание которых обеспечивает их единообразное толкование всеми специалистами и должностными лицами. Законодательно определены права и обязанности граждан, юридических лиц, федерального органа и органов исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения. Подтверждены гарантии государства на бесплатность прививок, проводимых в соответствии с национальным календарем, и прививок по эпидемическим показаниям, а также на социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений (в том числе объемы единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций и пособий по временной нетрудоспособности при возникновении осложнений). Отказ от профилактических прививок (изложенный обязательно в письменной форме) влечет для граждан запрет на выезд в некоторые зарубежные страны, временный отказ в приеме в образовательные и оздоровительные учреждения, отказ в приеме на работу или отстранение от таковой, выполнение которой связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Существенным элементом новизны данного законодательного акта является четкое обозначение источников финансирования иммунопрофилактики: за счет бюджетных средств федерального и регионального уровней и фондов обязательного медицинского страхования.

В законе сформулированы требования к проведению профилактических прививок и к медицинским иммунобиологическим препаратам, регламентирован государственный контроль их качества, эффективности и безопасности. Впервые определена ответственность за нарушение конкретного противоэпидемического мероприятия на государственном уровне.

Выход в свет Федерального закона РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (1) и конкретизирующего его основные положения ведомственного приказа несомненно будет способствовать более полной реализации возможностей иммунопрофилактики в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны.

Проведенная за последнее десятилетие разработка методов вакцинации детей с различными «фоновыми» заболеваниями позволила свести к минимуму отводы по медицинским противопоказаниям. Более того, считавшиеся ранее противопоказаниями хронические болезни рассматриваются сейчас, как состояния, требующие первоочередной защиты от ряда инфекций методом вакцинации. Противопоказания и список ложных противопоказаний в новом Приказе также соответствуют рекомендациям ВОЗ, с их помощью удалось резко сократить число необоснованных отводов.

Все это способствовало резкому улучшению показателей охвата прививками в России, по уровню которого мы стоим на одном из высоких мест в мире. Повышение охвата прививками, в том числе лиц с хроническими заболеваниями, не сопровождалось ростом числа осложнений вакцинации, даже при улучшении положения с их регистрацией.

В 2001 г. с учетом складывающейся ситуации возникла необходимость внесения некоторых поправок в Национальный календарь прививок . Основные поправки отражают решения Коллегии МЗ РФ, утверждение нового Календаря ожидается в ближайшем будущем. Основные задачи вакцинопрофилактики в России на современном этапе вытекают из уровня и особенностей заболеваемости управляемыми инфекциями в России и экономических возможностей обеспечения вакцинами.

Вакцинацией БЦЖ в роддоме охвачено более 95% новорожденных, что, несомненно, помогает поддержать значительно более низкую заболеваемость **туберкулезом**детей первых лет жизни и свести до единичных случаев наиболее тяжелые его формы – туберкулезный менингит и милиарный туберкулез. Вакцинация БЦЖ проводится в 178 странах мира, и лишь 17 стран Запада проводят вакцинацию только в группах риска. Ревакцинация БЦЖ проводится в России в 7 или в 14 лет детям с отрицательной туберкулиновой пробой. Ревакцинация БЦЖ включена в календарь прививок 28 стран, в т.ч. Франции, Чехии, Ирландии. Хотя об эффективности ревакцинации в отношении предупреждения подростковых форм туберкулеза высказываются противоречивые мнения, в условиях высокой заболеваемости туберкулезом в России вопрос о ее отмене не ставится. Ведется разработка новой, более эффективной вакцины, но на данном этапе БЦЖ остается единственной доступной вакциной.

С учетом того, что заболеваемость туберкулезом не привитых БЦЖ детей в 10–15 раз выше, чем привитых (3), недопустимо оставлять даже небольшую часть новорожденных без прививки БЦЖ. Тем не менее, не привитые БЦЖ в роддоме дети (в силу наличия противопоказаний – недоношенные, больные) часто не прививаются и после выписки. Проведение вакцинации этих детей перед выпиской из отделения новорожденных (2–го этапа) позволит вплотную приблизиться к 100%–ному охвату вакцинацией БЦЖ.

Снижению заболеваемости **дифтерией**в России способствовала массовая вакцинация взрослых, а также резкое повышение охвата прививками детей. Благодаря этому отпала необходимость в ревакцинации в возрасте 11 лет, введенной в календарь в 1994 г. с учетом низких показателей иммунитета у детей этого возраста. Для поддержания иммунитета важно проведение ревакцинации взрослых каждые 10 лет; с учетом трудностей этой работы ВОЗ рекомендует при проведении постэкспозиционной профилактики столбняка использовать дифтерийно–столбнячный анатоксин (АДС–М) вместо столбнячного, что позволит увеличить иммунную прослойку у взрослой части населения.

Заболеваемость **коклюшем**все еще недопустимо высока. К сожалению, этого не отражает статистика – в нее попадает лишь небольшое число бактериологически подтвержденных больных. Высока заболеваемость школьников, в т.ч. и привитых. Повышение охвата прививками детей 1–го года жизни способствует снижению заболеваемости детей раннего возраста, у которых коклюш особенно опасен. Однако с учетом непродолжительности защиты, создаваемой вакцинацией и одной ревакцинацией в 18 мес, детям школьного возраста необходима еще одна ревакцинация (как это практикуется в США и ряде других стран). Практически это будет возможно при использовании менее реактогенной бесклеточной вакцины, высокая стоимость которой и отсутствие собственного производства в России не позволяют начать эту программу.

Прививки против коклюша, дифтерии, столбняка (ассоциированной вакциной АКДС и ее аналогами) проводится во всех странах мира, обычно начиная со 2–3 месяца жизни.

Проведение туровых вакцинаций против **полиомиелита**в 1996–1998 гг. позволило нам ликвидировать эту инфекцию. В России случаев заболевания и выделения дикого вируса с 1997 г. не наблюдается; и этот статус страны был недавно подтвержден Европейской Сертификационной комиссией ВОЗ. Сейчас к школьному возрасту подошли дети, которые прививались многократно в течение Национальных дней иммунизации; это позволяет прекратить ревакцинацию в возрасте 6 лет. Однако до полной ликвидации полиомиелита в мире прививки в раннем детстве должны быть продолжены.

Важность полного охвата прививками на завершающем этапе ликвидации полиомиелита иллюстрируется его вспышками в недостаточно полно привитых группах детей в Доминиканской республике и Гаити. Это произошло после нескольких лет отсутствия полиомиелита, случаи заболевания были вызваны несколько измененным (3% генетических отличий от вируса Сэбина) вакцинным вирусом, восстановившим вирулентность в результате пассажей среди не привитых. Несмотря на трудности в ликвидации полиомиелита в ряде стран, ВОЗ рассчитывает добиться успеха к 2005 г., что позволит повсеместно отменить вакцинацию.

Проведение прививок против **кори, краснухи и паротита** возможно лишь с возраста 1 года, поскольку у грудных детей полученные от матери антитела способны инактивировать живые вакцины. Поствакцинальный иммунитет к кори и паротиту держится десятилетиями, против краснухи – минимум 20 лет. Тем не менее при введении живых вакцин небольшая (3–10%) часть привитых не отвечает выработкой антител из–за их нейтрализации остаточными количествами материнских антител, ошибок в технике вакцинации или из–за порчи вакцин при неправильном хранении. Поэтому даже при 95%–ном охвате прививкой в возрасте 1 года остается 10–15% неиммунных детей, а накопление когорт восприимчивых лиц ведет к вспышкам, обычно среди подростков и взрослых, заражающих еще не получивших прививки детей 1–го года жизни.

России, в соответствии с решением ЕРБ ВОЗ, разрабатывается **программа элиминации кори** к 2007–2010 гг. Целями стратегии является снижение доли восприимчивых к кори лиц с 15% в 1–4 года до 5% у подростков и лиц молодого возраста. Эти уровни, согласно компьютерному моделированию, достаточны для прекращения передачи кори. Введение с 1998 г. 2–й прививки против кори в возрасте 6–7 лет – важный шаг на пути к ее элиминации. Ускорить этот процесс может массовая вакцинация всех подростков, не вакцинированных или получивших лишь 1 дозу вакцины. По опыту Кубы, Англии и ряда других стран такая тактика позволяет быстро добиться перерыва в передаче кори.

В отношении **эпидемического паротита**ВОЗ также рекомендует ввести вторую прививку в 6 лет (что сделано в России) и, при возможности, провести вакцинацию школьников, получивших менее 2 доз паротитной вакцины. Это позволит предотвратить тысячи случаев осложнений паротита, частых у подростков, в т.ч. орхитов, чреватых бесплодием.

Вакцинация против **краснухи**введена в Календарь прививок России с 1998 г. Задачей программы борьбы с этой нетяжелой инфекцией является предупреждение краснухи беременных и синдрома врожденной краснухи (СВК). Это весьма актуально для России, поскольку в связи с уменьшением посещения детьми яслей и садов многие из них не болеют краснухой, и это ведет к возрастанию восприимчивости молодых женщин к этой инфекции. По нашим данным, сейчас до 35% школьниц восприимчивы к краснухе, тогда как в 1975 г. лишь 3–5% молодых женщин не имели антител (5). Пока в России нет производства и централизованного обеспечения краснушной вакциной, так что многие регионы покупают ее самостоятельно, и это ставит вопрос об оптимальной тактике вакцинации.

Цель ВОЗ – к 2010 г. сократить частоту СВК до 0,01%. В России СВК регистрируется плохо, в 1998 г. зарегистрировано всего 7 случаев, что является явно заниженной цифрой. По данным Л.Л. Нисевич (4), роль вируса краснухи выявляется почти у 40% детей с перинатальной и врожденной патологией.

В странах, которые только еще вводят иммунизацию детей раннего возраста против краснухи, ВОЗ рекомендует провести в первую очередь вакцинацию небеременных женщин детородного возраста и девочек–подростков, что даст немедленный эффект в отношении предупреждения СВК. Без этой меры вакцинация детей 1 и 6 лет, хотя и снизит передачу краснухи, но может привести к увеличению частоты СКВ за счет сдвига заболеваемости краснухой на старшие возрастные группы. Это произошло, в частности, в Греции, где вакцинация детей против краснухи проводится с 1973 г. В 1993 г. во время эпидемии краснухи 2/3 заболевших были в возрасте старше 15 лет, а число случав СВК только в Афинах составило 25, что намного выше уровня прежних лет. Уменьшить число восприимчивых молодых женщин и риск СВК способна лишь селективная вакцинация девочек–подростков. Именно поэтому сейчас, при нехватке вакцины в России приоритетна вакцинация всех школьниц, девушек и молодых женщин, что нашло отражение в новом Календаре. Массовая вакцинация в 1 год и 6 лет должна предусматривать высокий – 95%–ный охват прививками.

Проведение прививок против кори, краснухи и паротита облегчается применением соответствующей тривакцины (в России зарегистрированы вакцины Приорикс и MMRII). Отсутствие отечественной тривакцины требует одномоментного производства 3 инъекций, что травматично. Исследования Г.С. Фроловой (6) показали преимущества симультанного введения 2 вакцин двумя шприцами в два разные участка тела, что воспринимается ребенком как одна инъекция. Массовую вакцинацию школьников тривакциной удалось провести в ряде регионов при финансовом участии местных властей и родителей. Сейчас проходит лицензирование отечественная дивакцина корь–паротит, применение которой снизит инъекционную нагрузку на ребенка.

В России растет заболеваемость **гепатитом В**, особенно среди подростков, у которых в ряде городов она достигает цифр 400–800 на 100 000. Введение в 1998 г. в Календарь вакцинации новорожденных против этой инфекции – важная веха, но и она не решает проблемы, если параллельно не проводить вакцинации подростков. Последнее было учтено при ревизии Календаря.

В Календаре 1998 г. содержались 2 схемы вакцинации детей 1–го года: начиная с первого дня жизни для групп риска и с 4–го месяца жизни для остальных. Сравнение этих схем показало преимущества первой схемы, поскольку она позволяет:

• защитить новорожденных, матери которых имели ложноотрицательные результаты скрининга на гепатит В;

• защитить детей, имеющих в семейном окружении носителей HBsAg;

• сократить число временных отводов и отсрочек вакцинации.

Специальное исследование показало, что обе схемы вакцинации равноценны и не оказывают отрицательного влияния на рост и развитие детей и их заболеваемость. При введении вакцины гепатита В в период новорожденности отсутствует ее интерференция с вакциной БЦЖ, также вводимой в роддоме. В 2006 г. централизованными закупками вакцины гепатита В будет обеспечена массовая вакцинация всех новорожденных в стране.

Помимо включенных в Календарь прививок, существуют многие другие вакцины, используемые по эпидпоказаниям в более или менее массовом порядке. Из их числа массового применения заслуживают вакцины против гриппа, гепатита А и инфекции, вызванной гемофильной палочкой типа b.

Эффективность вакцинации против **гриппа**современными субъединичными и сплит–вакцинами не вызывает сомнений. Есть более дешевая отечественная вакцина Гриппол, есть ряд более дорогих зарубежных вакцин. Прививать от гриппа в первую очередь следует маленьких детей и пожилых лиц, а также больных с хронической патологий, поскольку именно в этих группах грипп наносит самый большой урон. Безопасность вакцинации этих контингентов доказана многочисленными исследованиями (2). В связи с высокой изменчивостью вирусов гриппа вакцинные штаммы ежегодно обновляются; поэтому прививки от гриппа необходимо проводить каждый год осенью.

В России в Календарь не включена прививка от инфекции, вызванной гемофильной палочкой типа b, которая обусловливает до 10% тяжелых пневмоний, эпиглоттиты и около 40% всех менингитов у детей до 6 лет. Использование этой вакцины во многих странах позволило свести случаи заболевания до единичных. Соответствующая вакцина зарегистрирована в России (Акт–Хиб) и рекомендована МЗ РФ к применению у детей первых лет жизни. Расширение ее применения весьма желательно.

Заболеваемость **гепатитом А** в России до недавнего времени находилась на очень низком уровне. Однако в 2000 г. она выросла почти в 2 раза, что указывает на начало новой эпидемии. Во время эпидемии болеть будут не только малыши, которые переносят инфекцию легко, но также взрослые и подростки, у которых болезнь протекает тяжелее. Такая возрастная структура заболеваемости объясняется тем, что дети, проживающие в условиях достаточно высокой санитарии, редко болеют гепатитом, так что восприимчивость подростков и взрослых, в отличие от развивающихся стран, остается высокой. Имеются эффективные отечественная и ряд зарубежных вакцин, однако эти прививки с 2006 г. будут проводиться лишь по эпидпоказаниям:

• детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости гепатитом А (100 случаев и более на 100 тысяч населения);

• работникам канализационных сооружений, оборудования и сетей;

• лицам, выезжающим в территории с высоким показателем заболеваемости гепатитом А (туристы, военнослужащие и др.).

Конечно, вакцинация показана всем желающим, для этого, однако, следует создать условия, при которых осуществление прививки не влекло бы за собой излишних накладных расходов. Речь не идет о федеральных фондах для закупки вакцин, но использовать местные фонды для защиты групп риска, и средства родителей (для защиты всех остальных) вполне возможно, если организовать продажу вакцин через аптечные киоски в поликлиниках – это, кстати, требование, записанное в Законе об иммунопрофилактике.

Однако прививки подростков пока проводятся на средства местного бюджета и родителей. Даже если с 2006 г. вакцина для подростков будет закупаться полностью или частично за счет федерального бюджета, вакцинация детей не декретированных возрастов, которая крайне желательна, должна проводиться за счет родителей: оптимально – в условиях детской поликлиники, когда родители приобретают для своего ребенка вакцину в аптечном киоске, что позволяет снизить расходы по сравнению с прививкой в коммерческих центрах иммунопрофилактики. Современные вакцины обладают низкой реактогенностью: сильные реакции и особенно осложнения встречаются крайне редко.