

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І.Мечникова НАМН України» (протокол Вченої ради № від 2012 р.)

Інформаційний лист

**Волянський А. Ю., Романова О.А., Давидова Т.В.,
Конорєва К.С.**

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ПЛАНОВИХ ЩЕПЛЕНЬ ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ХВОРИЮТЬ

Для впровадження у лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я педіатричного, епідеміологічного профілю та санітарно-епідеміологічних станцій пропонуються основні підходи щодо вибору тактики вакцинації дітей, які часто хворіють (ДЧХ).

Найважливішим для вирішення завдання зниження захворюваності на інфекційні хвороби або їх ліквідації є максимальне охоплення вакцинацією населення і дотримання всього календарю зі щеплень по відношенню до кожної дитини. Лише за умов охоплення не менше 95% всього населення країни вакцинацією формується достатній рівень колективного імунітету. Проте, щеплення ДЧХ залишається дискусійним питанням для активної імунопрофілактики в Україні. Діти, в яких гострі респіраторні та інші захворювання різної етіології спостерігаються з частотою 6 та більше епізодів на рік, з точки зору багатьох лікарів частіше потребують відведення від необхідних щеплень, що далеко не завжди є обґрунтованим. Це призводить до порушення календарю вакцинації, підвищує ризики захворювання керованими інфекціями. З іншого боку, у осіб з вторинною імунною недостатністю, якими досить часто є ДЧХ, існує дійсний ризик частішого прояву небажаних реакцій та ускладнень після щеплення.

Несприятливі події після імунізації поділяють на власне післявакцинальні реакції, які стосовно клінічних ознак являють собою нестійкі патологічні (функціональні) зміни в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення, та післявакцинальні ускладнення – стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення (Наказ МОЗ України від 16.09.2011 №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості і обігу медичних імунобіологічних препаратів»).

Частота, клінічна картина, тяжкість післявакцинальних реакцій та ускладнень залежать від виду і складу вакцини, наявності в ній домішок і від особливостей реактивності хворого. Відомо, що повноклітинні бактеріальні вакцини, викликають поствакцинальні ускладнення частіше, ніж розщеплені. Доволі частими є реакції при застосуванні живих вірусних вакцин у виді прояву симптомів специфічних інфекцій. Домішки середовищ, на яких вирощуються вірусні вакцинні антигени, можуть викликати сенсibiлізацію і розвиток алергічних та автоалергічних реакцій.

Механізми післявакцинальних реакцій та ускладнень досить різноманітні. На теперішній час встановлено такі патогенетичні шляхи.

Оскільки вакцинами є комплекс антигенів, які запускають імунні механізми, залежно від особливості цих реакцій (титри специфічних антитіл, їх приналежність до різних класів імуноглобулінів) та інших властивостей організму, можуть скластися умови, при яких взаємодія антиген-антитіло викликає пошкодження тканин організму і з розряду імунних переходить до алергічних. Таке реагування може бути при-таманим особам з atopічними захворюваннями, оскільки вони схильні до надлишкового утворення IgE-антитіл, і в них можливий розвиток поствакцинальних ускладнень, що протікають за негайним типом. У випадках схильності до утворення преципітуючих антитіл можливе включення імунокомплексного механізму пошкодження тканин, при чому імунна реакція організму вже може визначитися як алергічно-токсична. Вірусні вакцини містять середовище, на якому вирощуються вірусні компоненти вакцини. На тканинах різних видів тварин, зокрема, ембріонах птахів (курячих, качиних, перепелиних), вирощуються вакцинні віруси грипу, кору, краснухи, паротиту, віспи, жовтої лихоманки, кліщового та японського енцефаліту. Білки яєць є доволі частим харчовим алергеном, і реакції на введення вірусних вакцин за рахунок домішок яєчних протеїнів мають місце у вакцинальній практиці. При високому ступені сенсibiлізації вони можуть проявитися анафілактичним шоком. Інші вірусні вакцинні антигени вирощуються на середовищах, що містять тканини органів тварин (мозку, нирки і т. ін.). Вакцини, до складу яких входять такі віруси, містять органоспецифічні алергени. При їх введенні існує ризик автоалергічного ураження відповідного органу людини. Наприклад, за антирабійних щеплень іноді спостерігається демієлінізуючий процес у нервовій системі з проявами парезів. Деякі компоненти бактеріальних вакцин можуть бути стимуляторами Т- або В-систем імунітету. Це теж може приводити до розвитку автоалергічних процесів.

У готові вакцини додаються антибіотики для запобігання бактеріальних забруднень. Раніше застосовували пеніцилінову та стрептоміцинову групу, але у зв'язку з частими алергічними реакціями у ряду вакцин почали використовувати неоміцин та канаміцин, які можуть викликати алергічні реакції.

Група диспансерного нагляду ДЧХ включає до себе значний контингент осіб з вторинними імунодефіцитами та/або схильних до сенсibiлізації, тому потребує поглибленого передвакцинального обстеження. Значну кількість протипоказань (вроджені комбіновані імунодефіцити, первинна гіпогаммаглобулінемія, транзитрна гіпогаммаглобулінемія, дефекти системи фагоцитозу. селективний IgA – імунодефіцит) можливо визначити тільки після проведення імунологічних досліджень (див. таблицю). Доцільно проводити імунологічне обстеження ДЧХ, старшим за 1 рік перед проведенням планового щеплення проти кору, паротиту, червоної висипки (КПК). Це пов'язано з рядом причин.

Усі вакцини та анатоксини Тяжкі ускладнення від попередньої дози у вигляді анафілактичної реакції або токсичної еритеми. Алергічна реакція на будь-який компонент вакцини, анатоксину. Органічні прогресуючі захворювання нервової системи, гідроцефалія та гідроцефальний синдром у ступені декомпенсації, епілепсія, епілептичний синдром із судомами не рідше ніж 2 рази на місяць. Гостре захворювання або загострення хронічного захворювання. Імуносупресивна терапія

Усі живі вакцини Транзиторна гіпогаммаглобулінемія та злаякісні новоутворення, вагітність, ВІЛ-інфекція

БЦЖ – м, БЦЖ Маса тіла дитини менше 2000 г. Маса тіла дитини менше 2500 г. Ускладнення на попереднє введення вакцини (лімфаденіт, холодний абсцес, виразка шкіри більше 10 мм у діаметрі, келоїдний рубець, БЦЖ-остит, генералізована БЦЖ-інфекція). Тубінфікування та туберкульоз в анамнезі. Дефекти системи фагоцитозу. Генералізована БЦЖ-інфекція, БЦЖ-остит, виявлені у інших дітей у сім'ї

ОПВ Проти кашлюку Живі вакцини проти кору, епідемічного паротита краснухи або тривакцина Селективний IgA - імунодефіцит. Судоми в анамнезі (вакцинація проводиться АДП або вакциною з ацелюлярним кашлюковим компонентом) Алергічні реакції на аміноглікозиди. Анафілактичні реакції на яєчний білок. Введення препаратів крові

Таблиця. Перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень (наказ МОЗУ №595, 16.09.2011)

По-перше, після року майже зникають в крові малюка материнські антитіла. По-друге, до досягнення річного віку досить рідко діти потрапляють до групи нагляду ДЧХ. По-третє, введення саме живої вакцини КПК несе ризики небажаних післявакцинальних подій у імунокомпрометованих дітей.

ВИСНОВКИ В зв'язку з дуже низьким охопленням щепленнями в Україні дитячого контингенту за

останні роки в практичній роботі необхідно не допускати необгрунтованих медичних відводів, особливо по відношенню до дітей з групи диспансерного нагляду ДЧХ. Ці діти є більш вразливі до інфекційних хвороб у порівнянні із здоровими однолітками, тому тимчасове відкладення обов'язкових щеплень підвищує ризики захворювань на керовані інфекції і допустиме лише за наявними протипоказаннями згідно наказу МОЗУ №595.

1. Враховуючи те, що група ДЧХ неоднорідна і включає як дітей з тимчасовими або постійними імунологічними розладами різної етіології, так і фактично здорових дітей, які часто хворіють згідно епідемічної ситуації, доцільно застосовувати диференційований підхід до діагностичних та імунореабілітаційних заходів для дітей, які часто хворіють, перед плановими щепленнями.

2. З метою визначення протипоказань до вакцинації та проведення своєчасного та ефективного лікування дітей, які часто хворіють, рекомендується одночасно з ретельним медичним оглядом дитини проводити лабораторне обстеження, в якому крім обов'язкових клінічних аналізів та пошуком етіологічних факторів (бактеріологічні, вірусологічні, серологічні дослідження) визначати основні імунологічні показники: субпопуляції лімфоцитів, вміст сироваткових імуноглобулінів основних класів та секреторного IgA в слині, стан фагоцитозу.

3. Дітей з виявленими значними порушеннями необхідно дообстежувати і лікувати в спеціалізованих відділеннях (імунологічних, алергологічних, пульмонологічних та інших) згідно характеру виявлених змін. У дітей з транзиторними чи незначними відхиленнями імунологічних та інших показників можливо проводити адекватні лікувальні заходи амбулаторно. При досягненні клінічної та лабораторної ремісії потрібно негайно проводити планові щеплення з дотриманням мінімальних інтервалів. При необхідності можливо вводити декілька препаратів одночасно, керуючись наказом МОЗУ №595.

4. Для підвищення ефективності специфічної вакцинації, зменшення кількості епізодів гострих захворювань в поствакцинальному періоді у дітей, що часто хворіють, рекомендовано застосовувати імуномодулятор «Рібомунил» за стандартною схемою, починаючи з дня щеплення впродовж п'яти тижнів.

5. Враховуючи те, що рівні специфічних антитіл до збудників керованих інфекцій з часом знижуються у ДЧХ значно скоріше, ніж у здорових дітей, було б доцільно визначати ці показники через значний проміжок часу після щеплення (наприклад, через 2-3 роки після введення 2-ї дози вакцини проти кору, епідемічного паротиту, червоної висипки та 5-ї дози вакцини проти дифтерії, правцю, кашлюку, поліомієліту у 6-річному віці). Результати цих досліджень дозволять окреслити групи дітей, яким потрібні додаткові щеплення.