



## Опыт вакцинации детей с ЭНМТ при рождении .



Кабинет мониторинга МАУ «ДГП № 13»

Танкова Е.М., Старцева Е.П., Анисимова А.В.

# ТКАЧЕЙ 16 А



- **МЫ РАСТЁМ С НАШИМИ ПАЦИЕНТАМИ.**

# Распоряжение УЗ г.Екатеринбурга № 2/46/35 от 11.01.2016 «Об утверждении порядка направления детей в консультативные центры г.Екатеринбурга».

Перечень показаний для направления детей в городской центр для детей раннего возраста МАУ ДПТ № 13

Перечень возбудителей диспансерных больных городского центра для детей раннего возраста МАУ ДПТ № 13

Перечень показаний для направления детей в городской центр к педиатру для детей раннего возраста МАУ ДПТ № 13

№ п/п	Нозология	Код МКБ-10
1	Подозрение на инфекцию TORCH-комплекса, а также с диагностированными ранее активными инфекциями TORCH-комплекса: <ul style="list-style-type: none"> <li>- с патологией гистеринирубинового, с холестазом и цитозомом,</li> <li>- перенесшие неспецифические менингоэнцефалиты, с кистами и кальцификатами в головном мозге,</li> <li>- с прогрессирующей неврологической симптоматикой, с тяжелыми задержками развития,</li> <li>- с врожденными порочами, типичными для внутриутробного инфицирования (макроцефалия, катаракта, глухота), при отчетливых пороках развития,</li> <li>- с гематологическими нарушениями (лейтропениями, тромбоцитопениями, стойкими анемиями, геморрагическим синдромом неясной этиологии)</li> <li>- с явлениями артрита неясной этиологии,</li> <li>- с хореореятами, увеиты, кератиты неясной этиологии,</li> <li>- с неустойчивым судорожным синдромом, в т.ч. в анамнезе,</li> <li>- с неустойчивыми субферритами.</li> </ul>	A 74 - другие болезни, вызываемые хламидиями. В 00 - инфекции, вызываемые вирусом герпеса. В 25 - цитомегаловирусная болезнь. В 58 - токсоплазмоз В 96 - другие бактериальные агенты как причина болезней В 97 - вирусные агенты как причина болезней Z 22.8, Z 22.9 - возбудители неуточненной и неуточненной инфекции. P 35 - врожденные вирусные инфекции, P 37.1 - врожденная токсоплазмоз
2	Дети, подлежащие наблюдению в Кабинете мониторинга состояния здоровья и развития детей из группы перинатального риска: <ul style="list-style-type: none"> <li>- домашние дети, проживающие в критическое состояние в родильном доме (дети с оценкой по шкале Апгар менее 3 баллов на 5 минуте, потребовавшие проведения ИВЛ в родильном</li> </ul>	P 05 - замедленный рост и недостаточное питание плода. P 07 - расстройство, связанное с укорочением срока

<ul style="list-style-type: none"> <li>- дети с ЭНМТ (&lt; 1000 грамм при рождении), СММТ (от 1000 до 1500 грамм при рождении) и недоношенные до 35 недель гестации</li> <li>- перенесшие гипоксию тяжелой степени, респираторный дистресс - синдром, бронхолегочную диспнею, механическую аспирацию, задержку внутриутробного развития 2-3 степени</li> <li>- с инфекционно - воспалительными заболеваниями в периоде новорожденности (сепсис, менингит, энцефалит, некротизирующий энтероколит, остеомиелит)</li> <li>- с геморагической болезнью, другой патологией системы гемостаза, потребовавшей переливания крови</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>беременности и малой массой при рождении, P 20 - внутриутробная гипоксия, P 21 - асфиксия при родах, P 22 - дыхательное расстройство (дистресс) новорожденного P 23 - врожденная пневмония, P 24.0 - пневмония аспирация желудка, P 27.1 - бронхолегочная диспнея, развившаяся в перинатальном периоде, P 36 - бактериальной сепсис новорожденного, P 53 - геморагическая болезнь новорожденного, P 54 - другие neonatalные кровотечения, P 77 - ларинголарингеальной аспирации.</li> </ul>
--	--

Перечень возбудителей диспансерных больных педиатра городского центра для детей раннего возраста МАУ ДПТ № 13

№	Нозология	Код МКБ-Х	Кратность наблюдения
1.	Подтвержденные инфекции TORCH-комплекса	A 74 - другие болезни, вызываемые хламидиями. В 00 - инфекции, вызываемые вирусом герпеса. В 25 - цитомегаловирусная болезнь. В 58 - токсоплазмоз. В 96 - другие бактериальные агенты как причина болезней В 97 - вирусные агенты как причина болезней.	2 - 4 раза в год до 1 года
2.	Дети, подлежащие наблюдению в Кабинете Мониторинга состояния здоровья и развития детей из группы перинатального риска. Данная группа детей должна осматриваться по направлению педиатра неврологом, офтальмологом, отоларингологом, инфекционистом, пульмонологом, кардиологом, логопедом, психологом, врачом ЛФК, логопедом, физиотерапевтом (распоряжение УЗ № 169/46/35 от 28.03.2013).		На 1 году - 4 раза в год, 2 раза в год до 3 лет (по показаниям)

Перечень показаний для направления детей в городской центр к аллергологу - иммунологу для детей раннего возраста МАУ ДПТ № 13

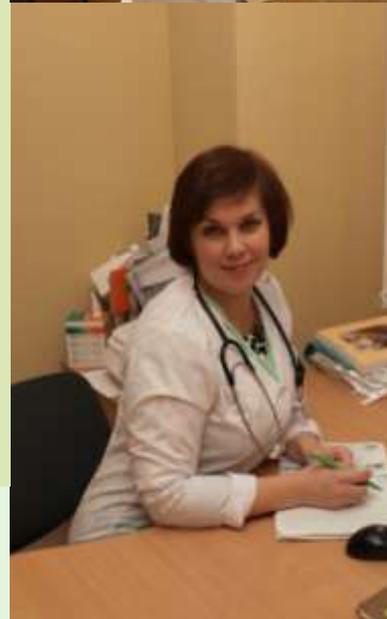
№ п/п	Нозология	Код МКБ-10
1	Решение сложных вопросов вакцинации: при иммунодефицитных состояниях, нарушении календаря вакцинации, тяжелых врожденных реакциях и осложнениях в анамнезе, тяжести фоновой соматической или неврологической патологии у ребенка, в т.ч. пациенты Кабинета Мониторинга состояния здоровья и развития детей из группы перинатального риска	Z 23 - Z 28



# Вакцинация на базе Кабинета мониторинга МАУ «ДГП № 13».



- 20-летний опыт наблюдения детей раннего возраста из группы риска.
- Городской поток детей для решения сложных вопросов вакцинопрофилактики.
- Диагностические возможности (в том числе иммунологическое обследование).
- Возможности привлечения профильных специалистов в сложных случаях.





МАТЕРИАЛЫ ПРЕЗИДИУМА РАМН , 2012.

# Научные исследования и инфраструктура платформы «Педиатрия».

Член.-корр. РАМН, проф. Л.С. Намазова-Баранова.

Создание персонифицированных программ иммунизации  
детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой  
массой тела, с учетом их иммунного статуса.

В мире не существует научно обоснованных программ иммунизации тяжелобольных детей и детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ. Необходимо создание алгоритмов иммунизации, основанных на индивидуальных показателях иммунного ответа на проведенную вакцинацию.

Планируется создание нового календаря активной и пассивной иммунизации недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ, результатом чего станет профилактика их заболеваемости и создание условий для адекватной абилитации.

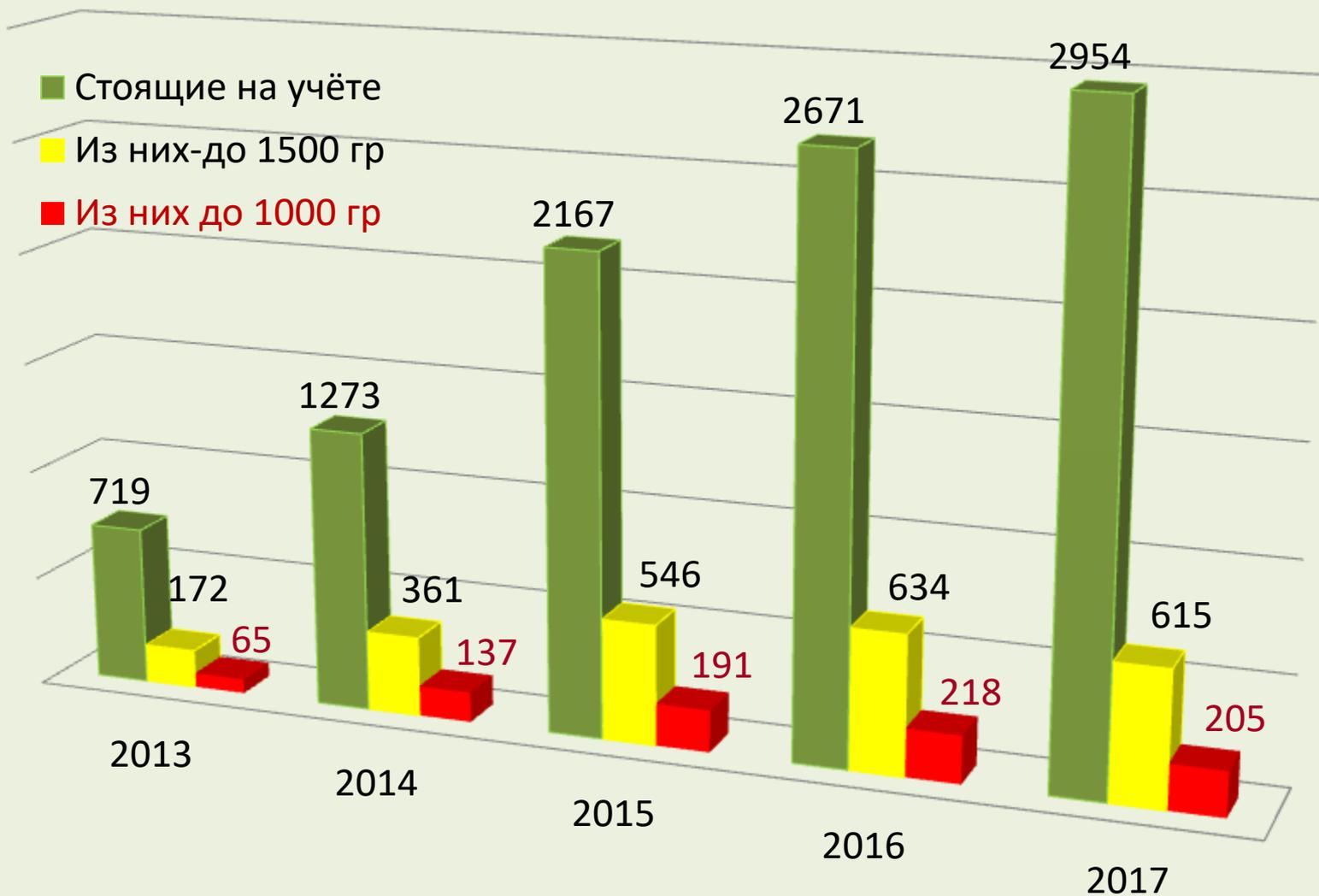
- В большинстве случаев недоношенные дети, включая детей с низкой массой тела, должны быть привиты в соответствии с обычными схемами. Это обусловлено их меньшей сопротивляемостью инфекциям, меньшей длительностью иммунитета, переданного от матери.
- В то же время, некоторыми исследованиями было показано, что у недоношенных детей с массой тела менее 1,5 кг, привитых в обычные календарные сроки, отмечается меньшая иммуногенность вакцин, при введении первичных доз. Однозначные рекомендации по прививкам у таких детей в настоящий момент пока не выработаны.
- Вакцины у недоношенных детей применяются в обычных дозировках.
- Показатели безопасности при проведении прививок у недоношенных детей не отличаются от таковых у доношенных детей.

- Все исследователи считают вполне допустимым начало вакцинации в возрасте 2 месяцев.
- Наличие БЛД и зависимости от кислорода противопоказанием для вакцинации не является.
- Предпочтительное место введения(как и у здоровых детей) четырёхглавая мышца бедра, игла 16 мм, в мышцу вводят под прямым углом.
- В некоторых исследованиях показано появление впервые или учащение приступов апное с десатурацией у до 16% привитых несколькими препаратами одновременно.

- Недоношенным детям с массой тела менее 2 кг (<34 недели гестации) **БЦЖ-М** не вводится.
- **Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит** проводится в календарные сроки. Научными исследованиями была продемонстрирована меньшая эффективность вакцинации при введении первых доз, однако после 3 дозы вакцины разницы в иммуногенности АКДС-вакцин между недоношенными и доношенными детьми не выявилось. АаКДС-важность бустерной дозы.
- Недоношенные дети с массой тела менее 2 кг, рожденные от матерей-носителей вируса **гепатита В** должны быть привиты в первые 12 часов после рождения. Если обследование матери не проводилось, недоношенные дети должны рассматриваться как рожденные от HBs-позитивных матерей, их прививают в первые 12 часов после рождения, при этом (где это доступно) вводится специфический иммуноглобулин против гепатита В. В дальнейшем проводится полный курс вакцинации против гепатита, состоящий из 3 доз. Остальным предпочтительна вакцинация с возраста 1 месяца, лучше-4 дозы.

- Детей, рожденных недоношенными, с поражениями дыхательной системы, необходимо начать прививать против **гриппа** в самые ранние сроки, т.е., по достижении 6-месячного возраста. Помимо этого, необходимо прививать от гриппа и все ближайшее окружение ребенка, включая медицинский персонал и родителей. Также таким детям рекомендуется вакцинация против **пневмококковой и гемофильной инфекций** .
- Недоношенным до 6 месяцев ,рождённным в срок 35 и менее недель гестации, а также получавшим лечение по поводу БЛД в последние 6 месяцев в возрасте до 2х лет проводится иммунопрофилактика **РС-вирусной инфекции** .

# Стоящие на учёте в кабинете мониторинга .

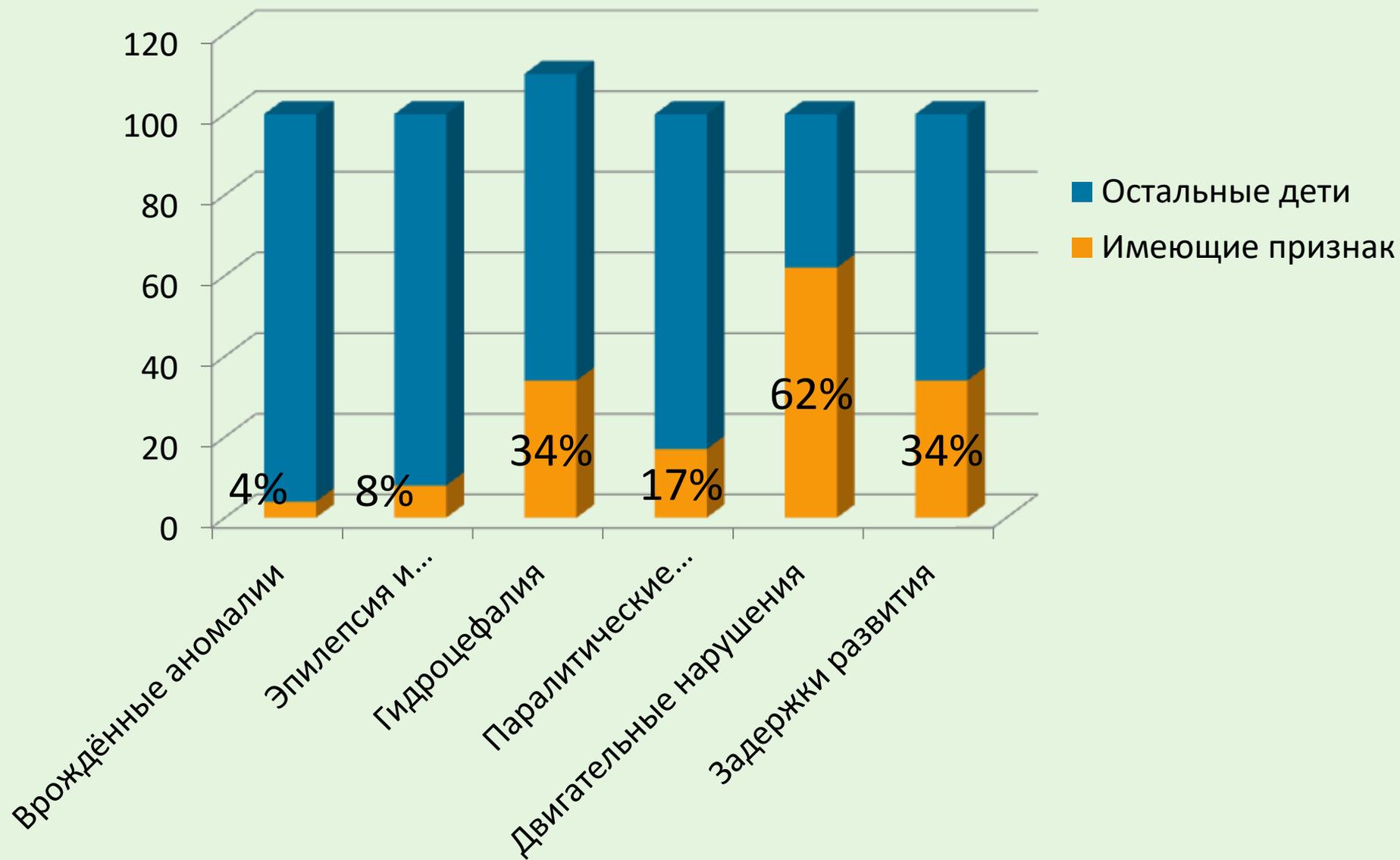


# Иммунологический профиль пациентов.

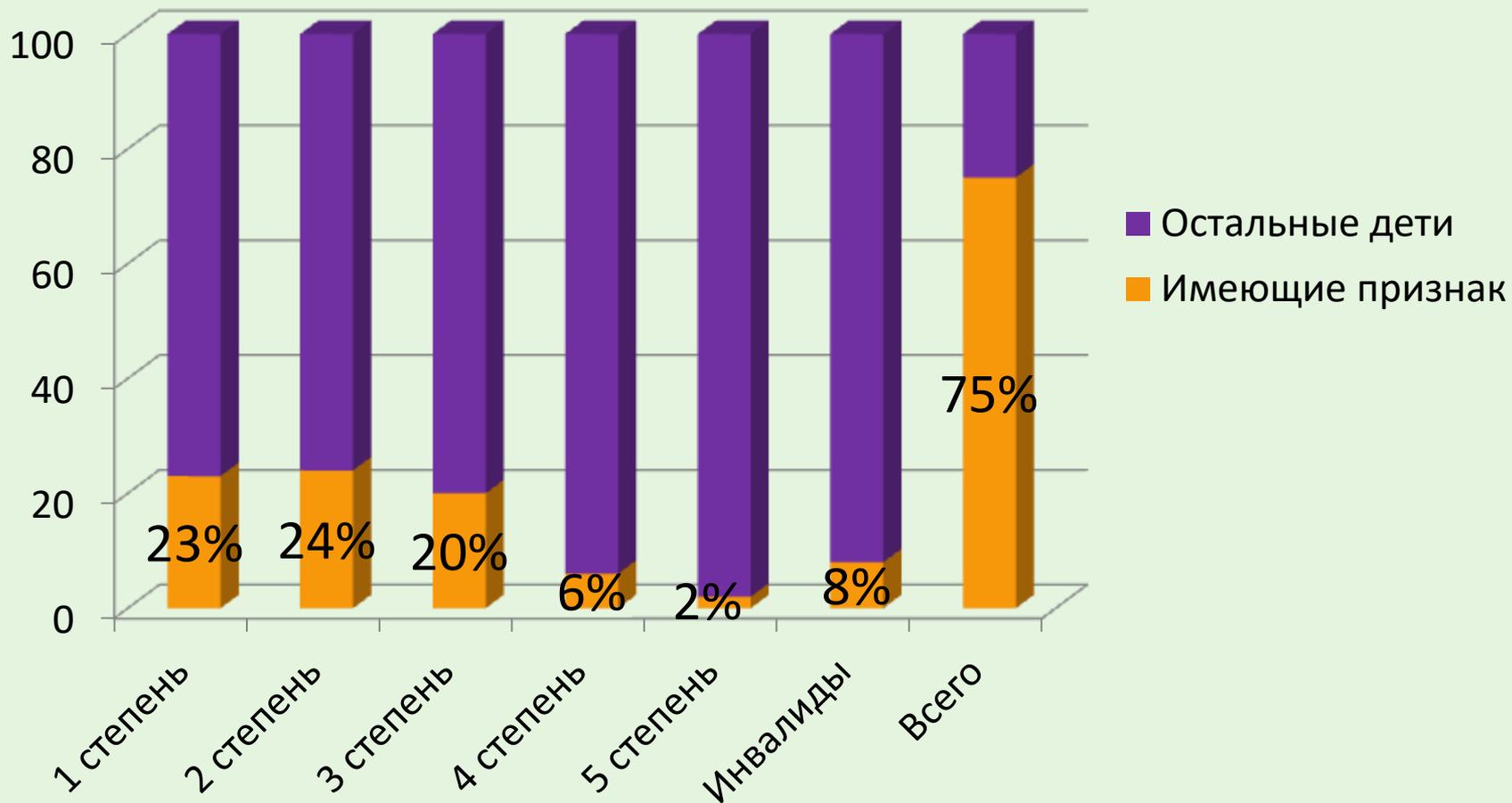


\*Только 2 ребёнка к 1 году имели показатели Ig A >0,2 г/л.  
 \*Транзиторная гипогаммаглобулинемия к 1 году у 90%.

# Неврологический профиль пациентов.



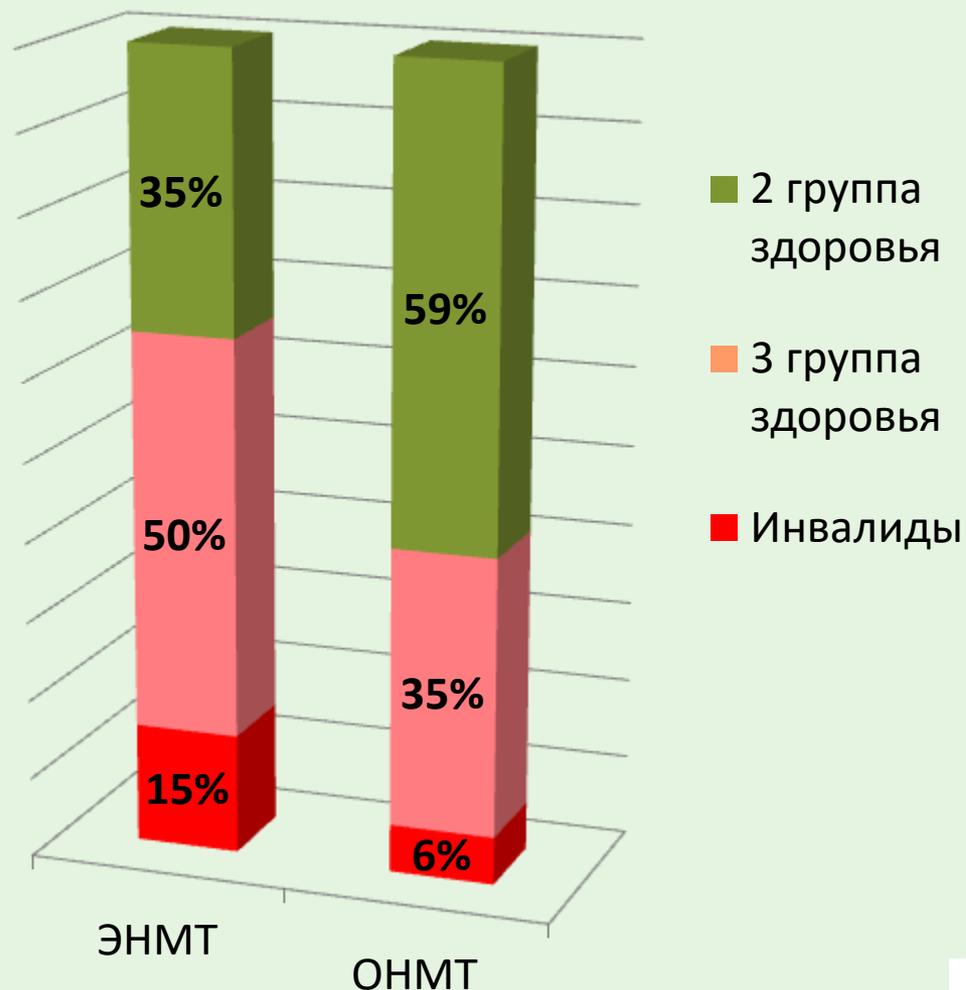
# Заболеваемость ретинопатией.



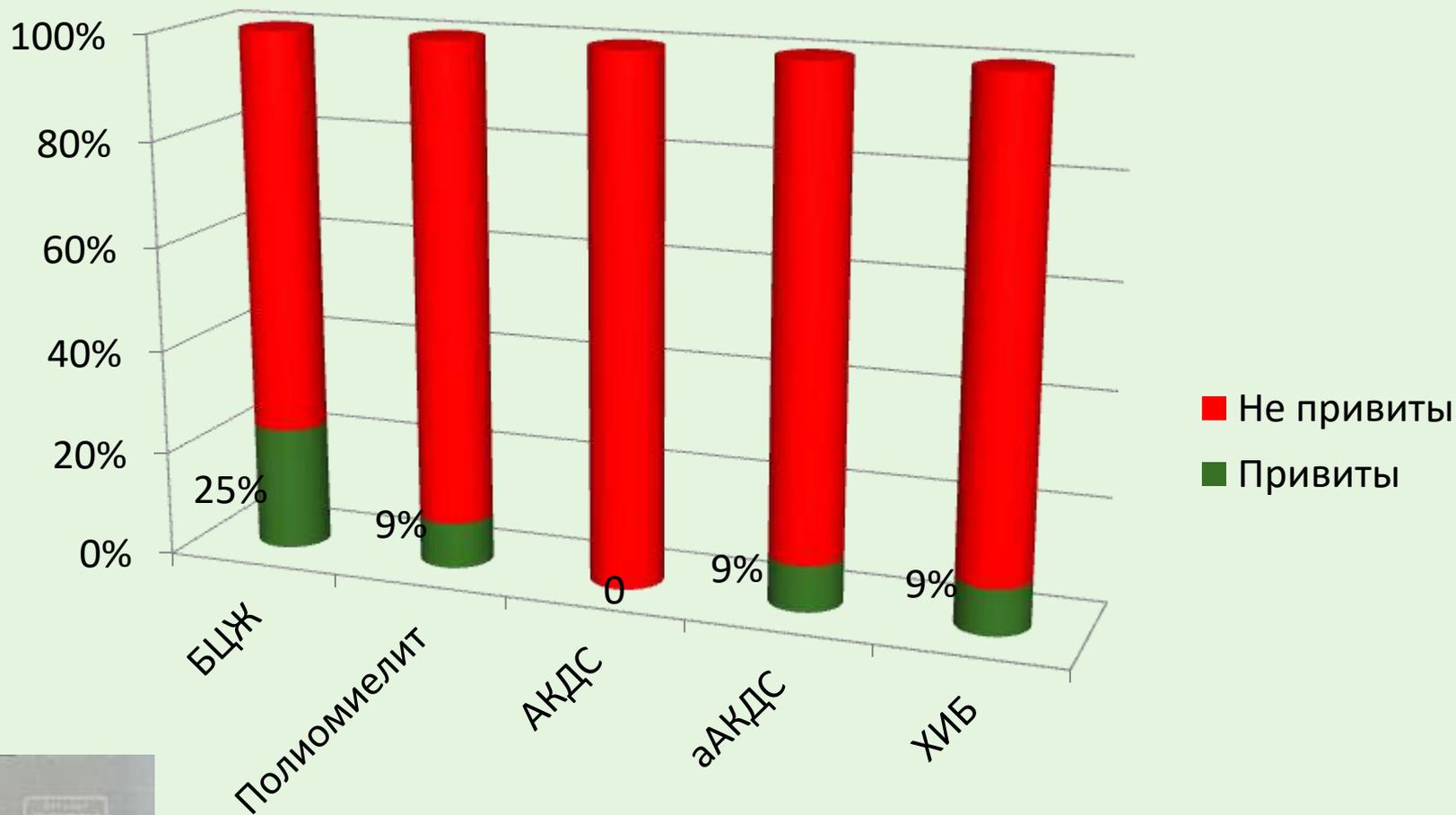
# Катамнез (снятые с учёта в 2017 году)

- 1) Плоско-вальгусные стопы.
- 2) Нарушение осанки.
- 3) СВВД.
- 4) ОНР.
- 5) Резистентность.
- 6) Дефицит веса.

- 1) РЦОН. Гидроцефальный синдром. Пирамидные нарушения. ОНР. Псевдобульбарный синдром.
- 2) Иммунологические нарушения.
- 3) Рецидивирующий БОС.
- 4) Нарушения зрения.
- 5) ЗФР.



# Привитость детей с ЭНМТ в возрасте 2 лет на конец 2013 года



# Медицинские противопоказания к вакцинации.

- Сильная реакция (температура больше 40 град. и местно отек-гиперемия больше 8 см) на предыдущую дозу или осложнение.
- Иммуносупрессия ( ИДС, злокачественные образования, лекарственная). Нейтропения??? Живые вакцины- 0,5-0,8-1,0-1,3\*10<sup>9</sup>/л нейтрофилов. Инактивированные вакцины-0,5-0,8-1,0/л нейтрофилов.
- АКДС-прогрессирующая неврологическая симптоматика и афебрильные судороги в анамнезе.
- Корь-краснуха-паротит-грипп-анафилаксия на белок куриного яйца и аминогликозиды.
- Гепатит Б-аллергические реакции на пекарские дрожжи.
- Острое заболевание и обострение хронических заболеваний???





# ВАКЦИНАЦИЯ

- **Вакцины Национального календаря кроме БЦЖ.**

- **Превенар-13.**

Согласно распоряжению УЗ № 111/46/35 от 06.03.2017 «Об организации вакцинопрофилактики детей группы перинатального риска в МАУ «ДГП № 13» для детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении.

- **Пентаксим.**

- **Приорикс.**

- **Менактра.**

Согласно приказу № 307-п МЗ СО от 02.03.2017 «О профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей , проживающих в СО» детям , родившимся с массой до 1500 с БЛД в эпидпериод (с октября по март) .

- **Синагис (паливизумаб).**

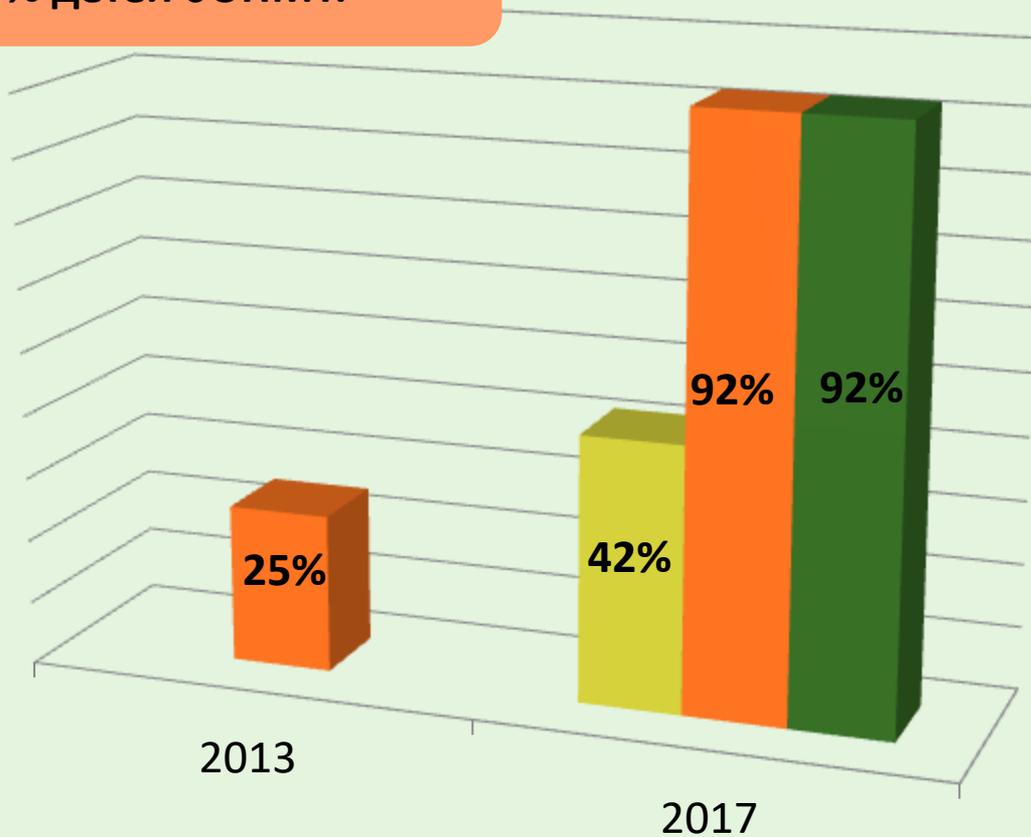


# БЦЖ



Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.

Средний возраст  
постановки 13  
месяцев.



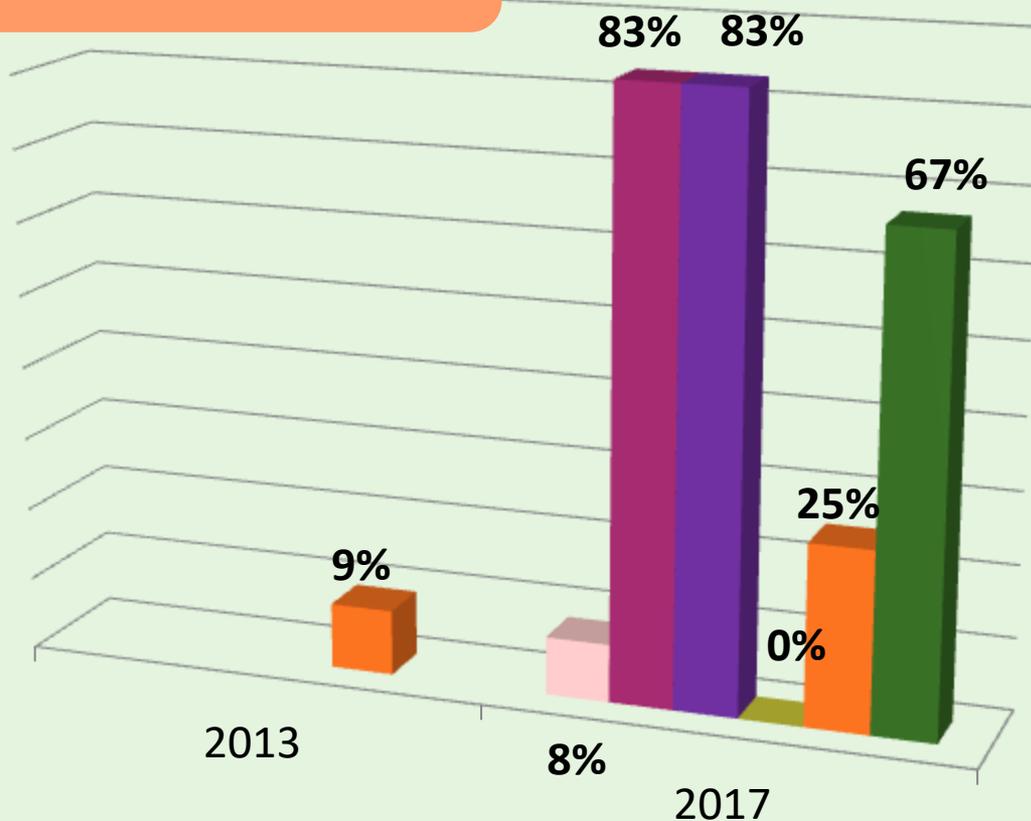
- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# Полиомиелит



Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.

Средний возраст  
постановки 18  
месяцев.



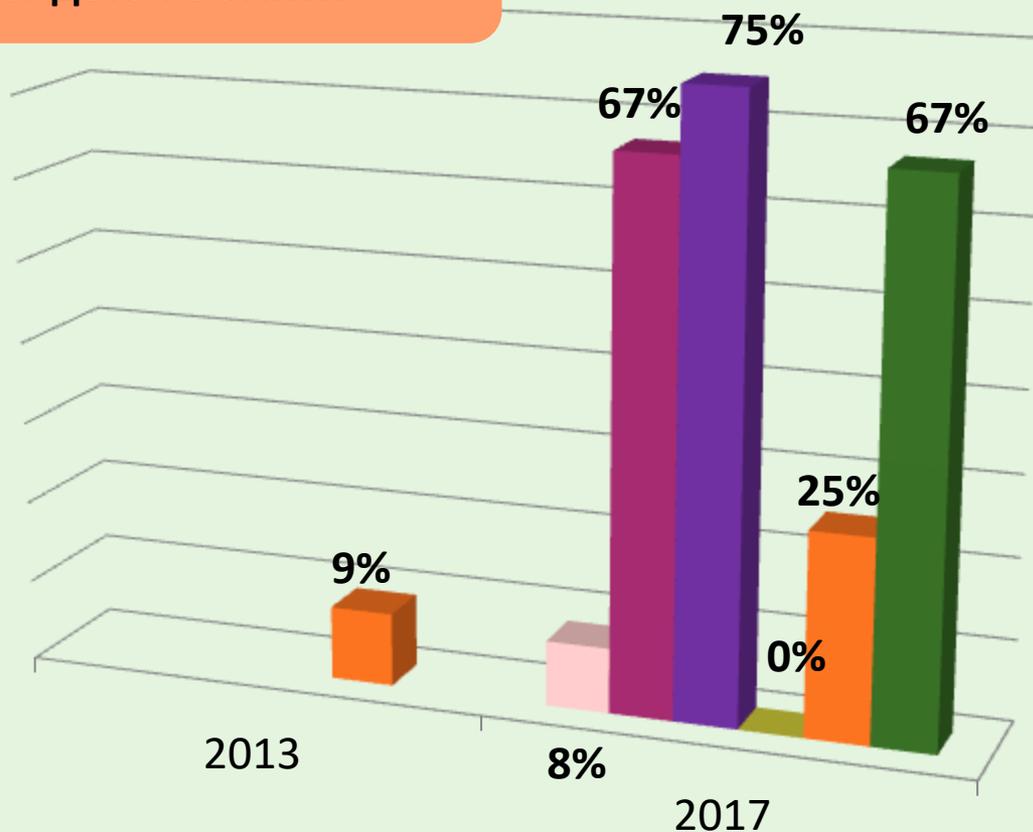
- Охват в 1 год
- Охват в 2 года
- Охват в 3 года
- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# аАКДС



Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.

Средний возраст  
постановки 18  
месяцев.



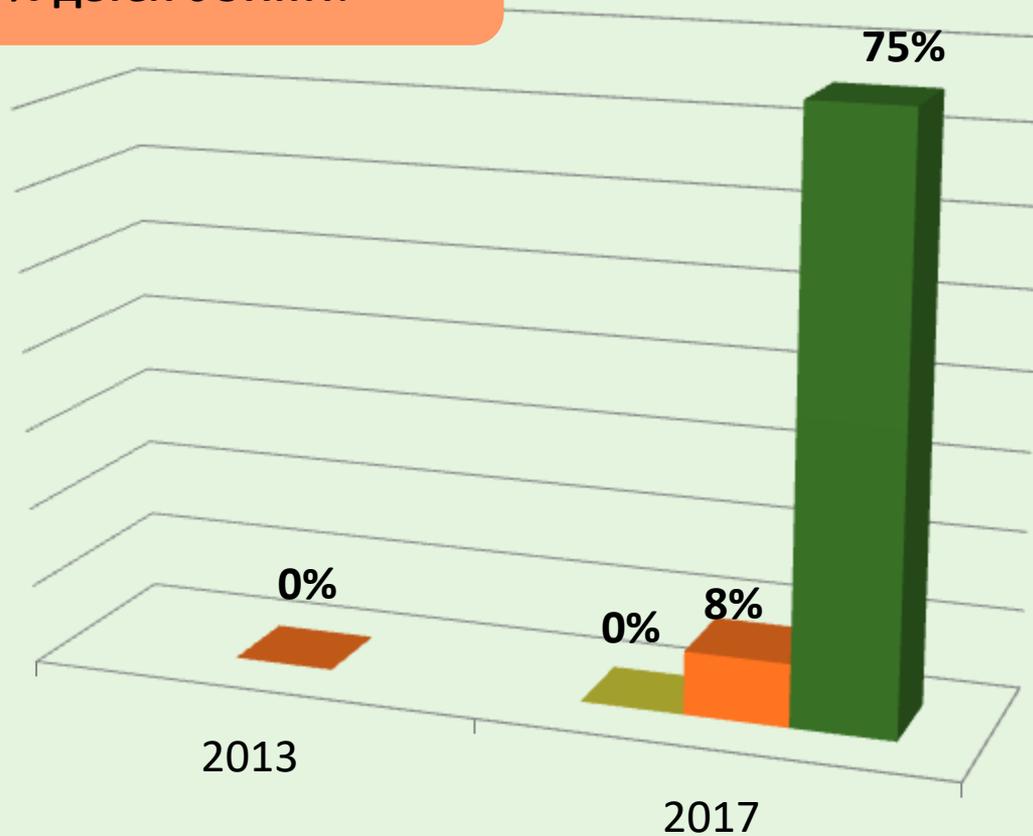
- Охват в 1 год
- Охват в 2 года
- Охват в 3 года
- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# Корь-краснуха-паротит



Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.

Средний возраст  
постановки 23  
месяца.

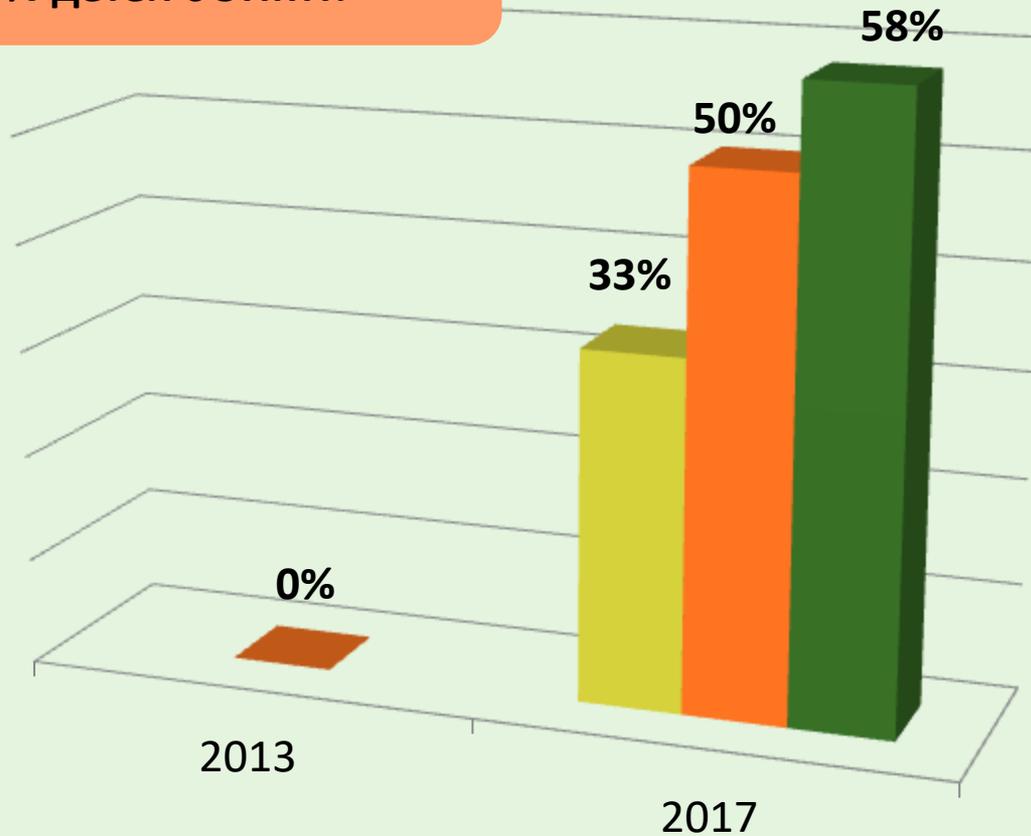


- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# Пневмококк



Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.



Средний возраст  
постановки 16  
месяцев.  
У 85% привитых-  
регулярное  
наблюдение по  
стандарту без  
пропусков  
посещений

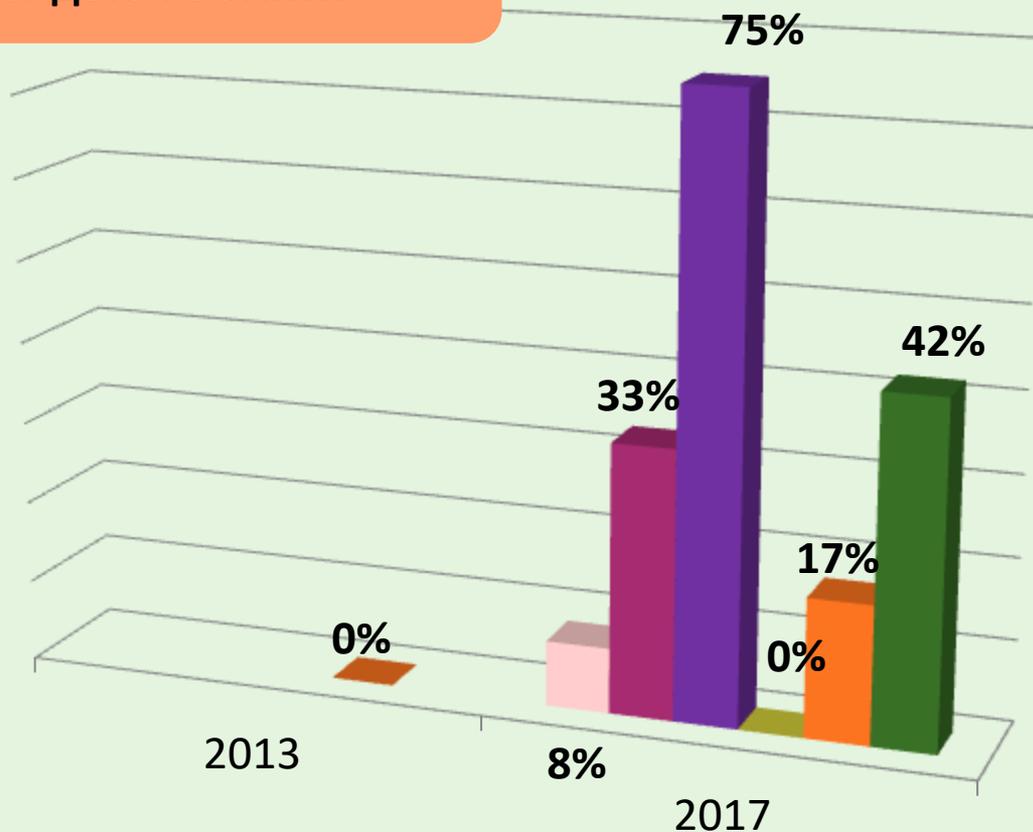
- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# Гепатит Б



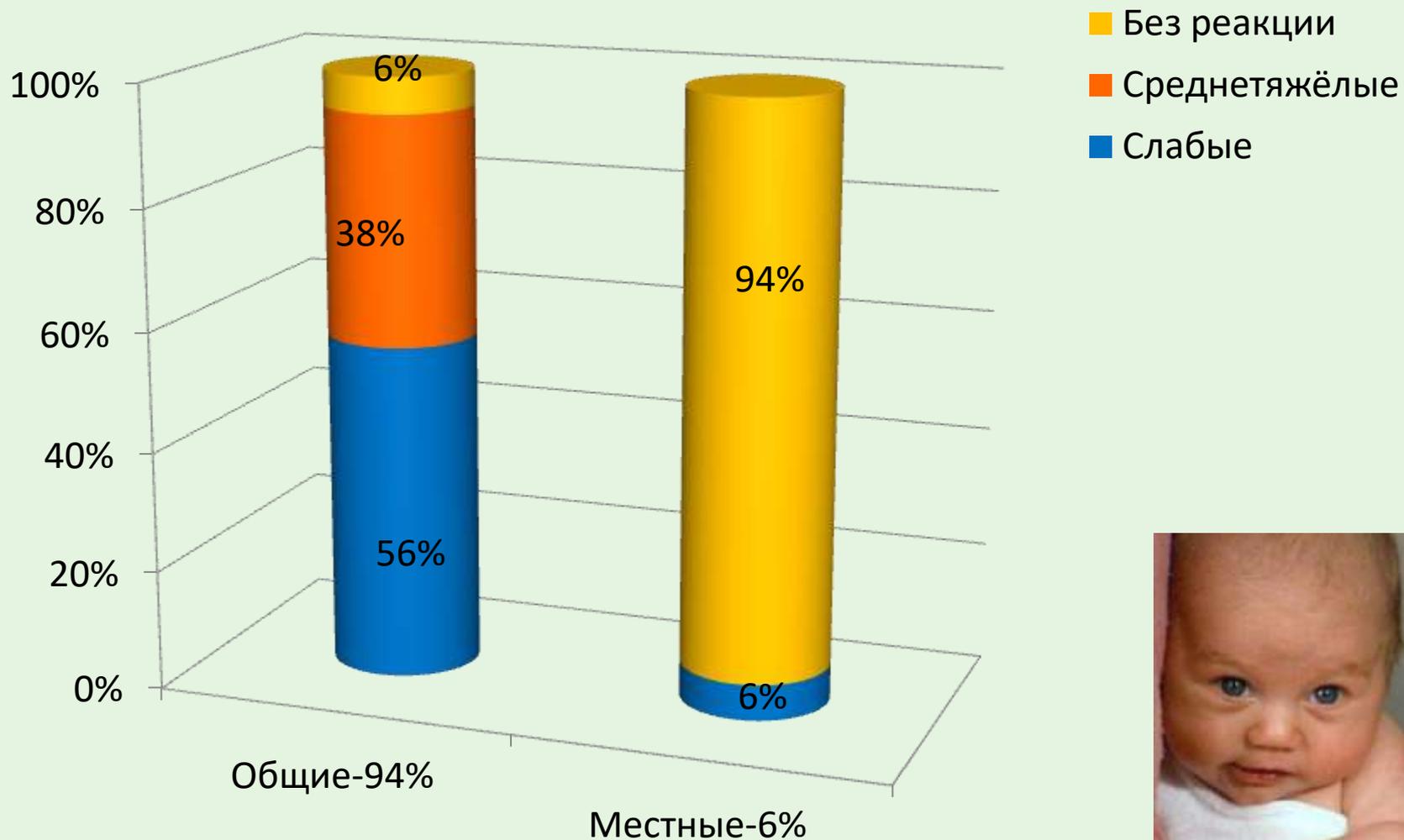
Отказ от всей вакцинации  
5% детей с ЭНМТ.

Средний возраст  
постановки 24  
месяца.

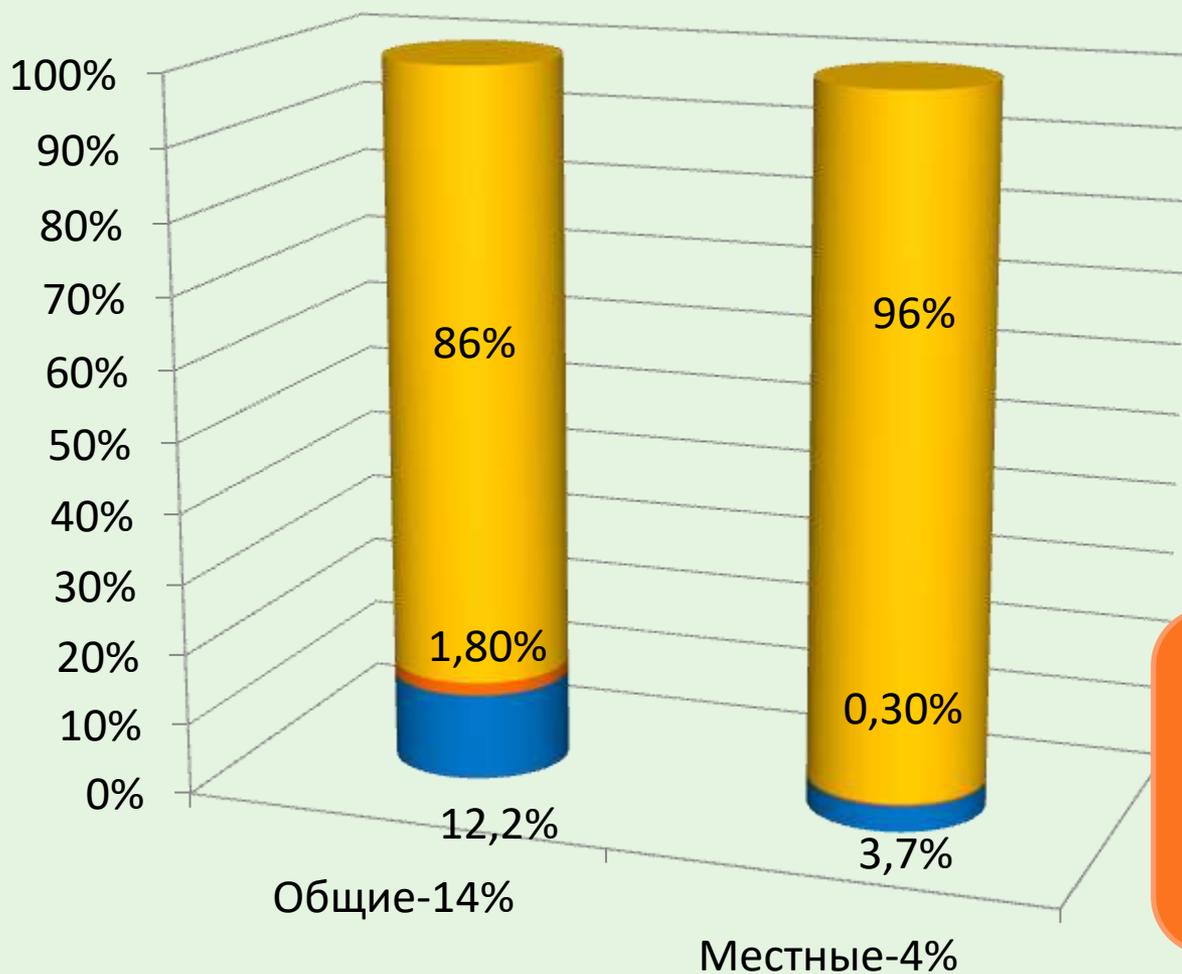


- Охват в 1 год
- Охват в 2 года
- Охват в 3 года
- Привитость в 1 год
- Привитость в 2 года
- Привитость в 3 года

# Выраженность реакций на АКДС.



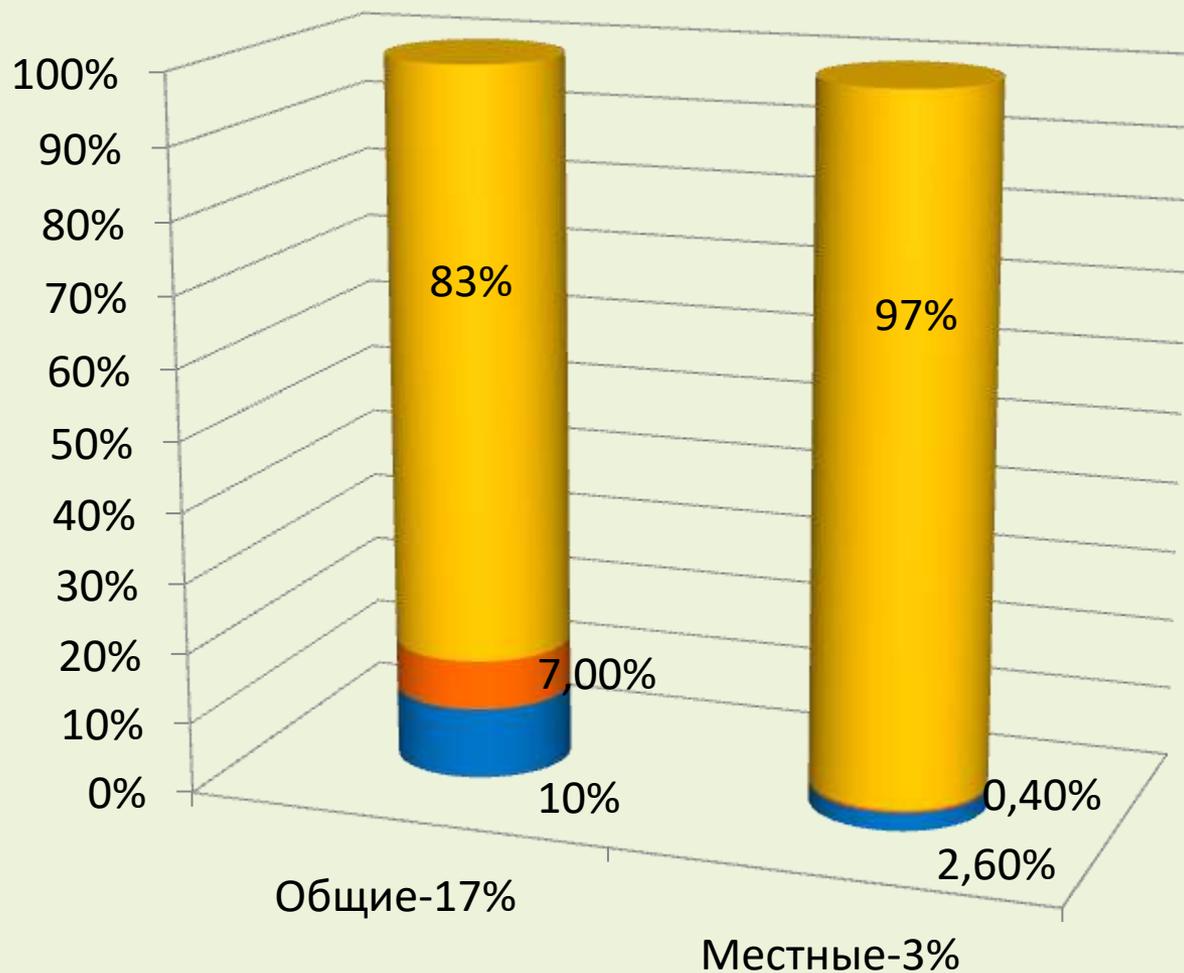
# Выраженность реакций на аАКДС.



- Без реакции
- Среднетяжёлые
- Слабые

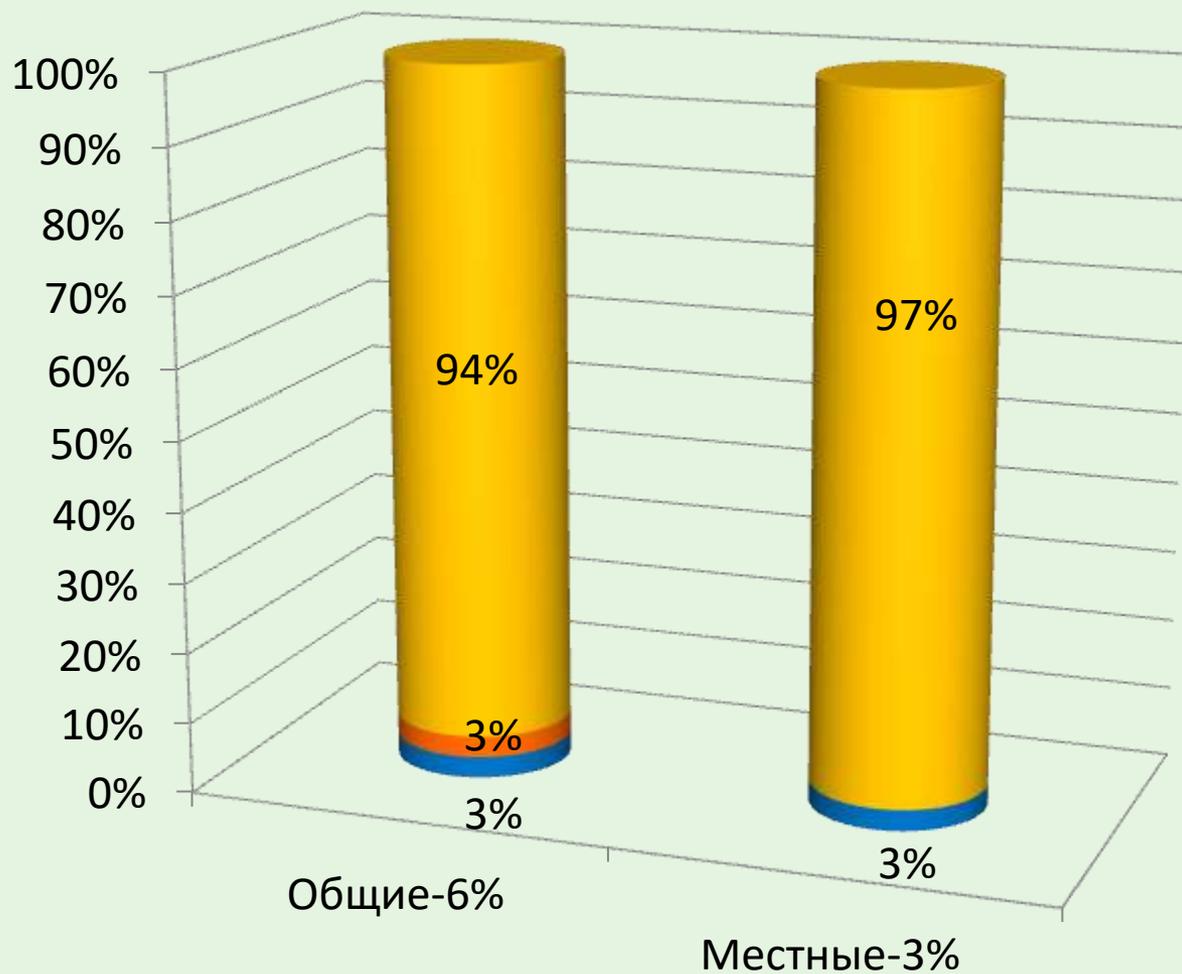
Американская академия педиатрии в 1999 году рекомендовала использовать у недоношенных детей вакцину с ацеллюлярным коклюшным компонентом.

# Выраженность реакций на превенар 13.



- Без реакции
- Среднетяжёлые
- Слабые

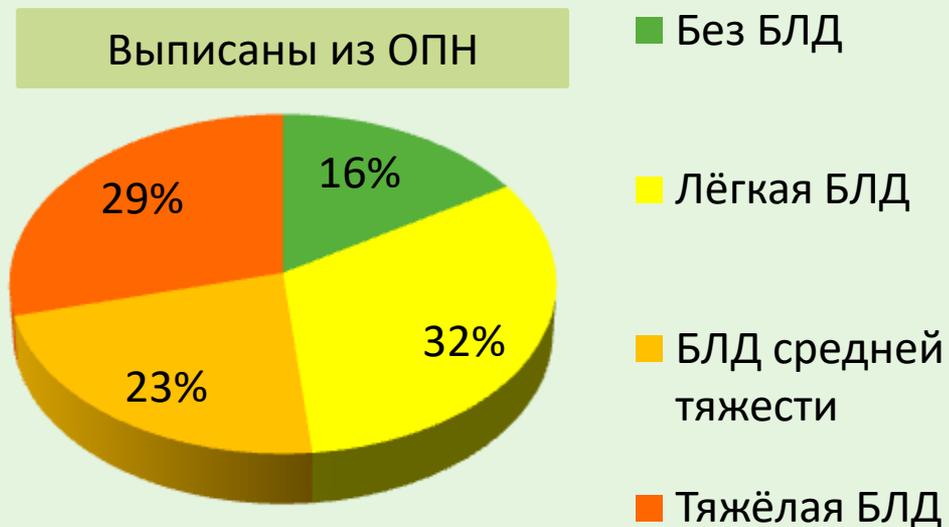
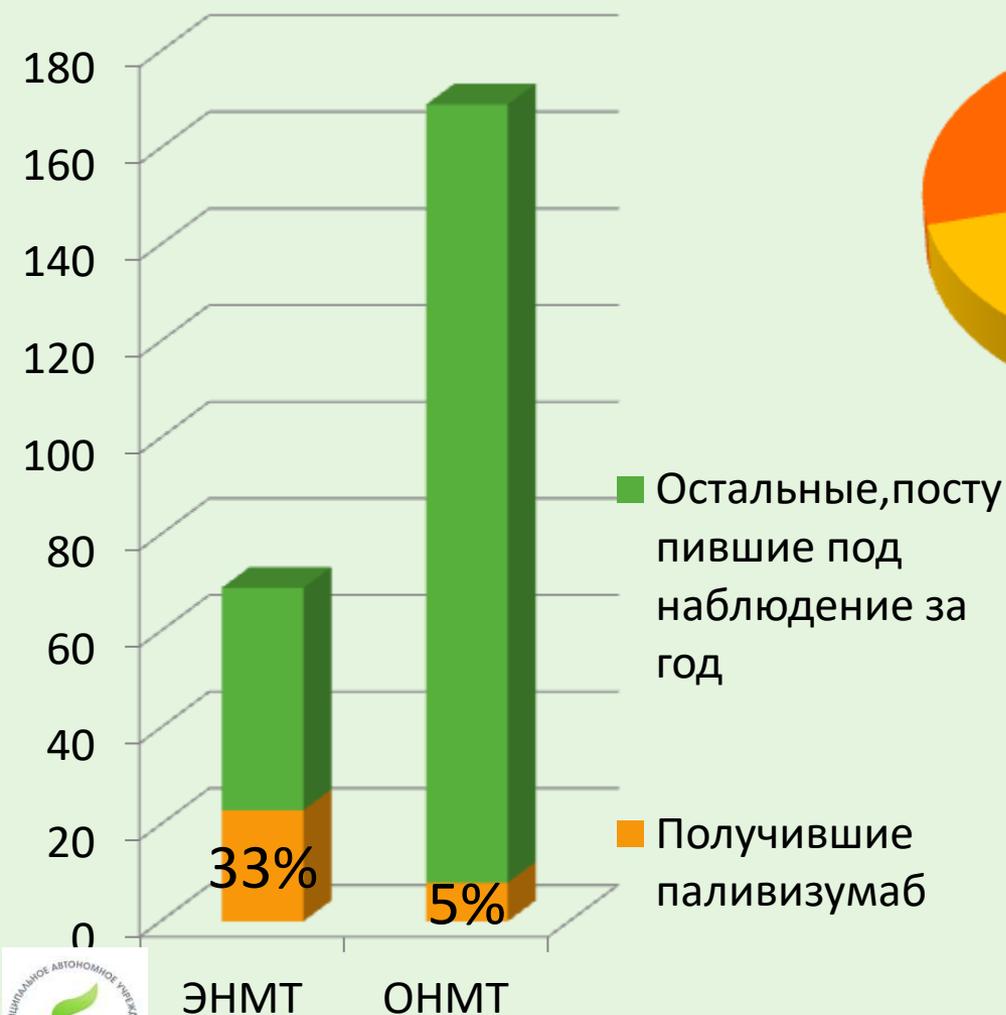
# Выраженность реакций на менактру.



- Без реакции
- Среднетяжёлые
- Слабые

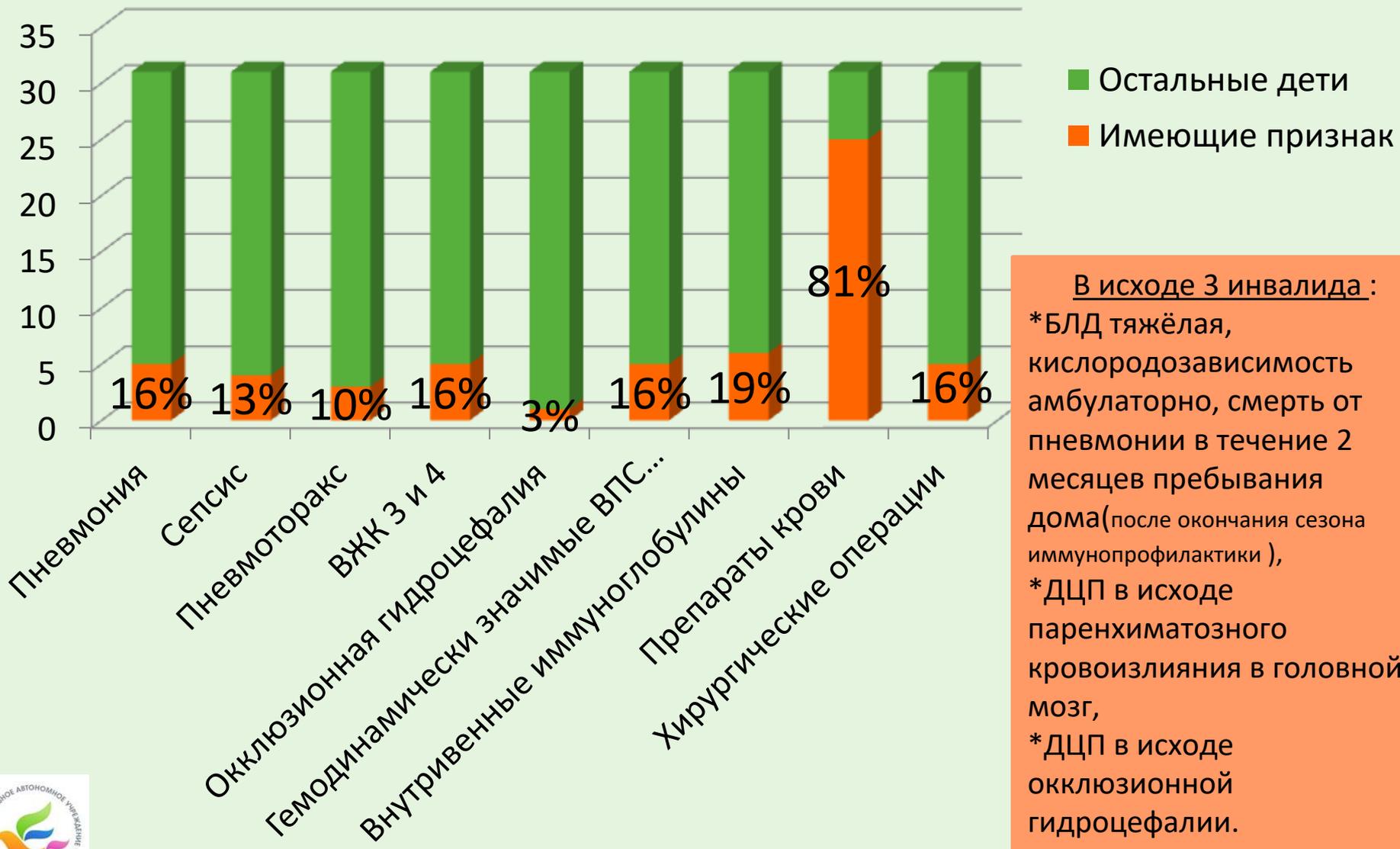


# Охват детей с ЭНМТ и ОНМТ иммунопрофилактикой РС-вирусной инфекции



- Дети с ЭНМТ-все .
- Дети с ОНМТ –при наличии БЛД .
- Постановка препарата, выписанным из стационара в эпидсезон РС-инфекции (Свердловская область- октябрь-март ( по эпидситуации-апрель) .
- Перед выпиской из ОПН или однодневный дневной стационар.

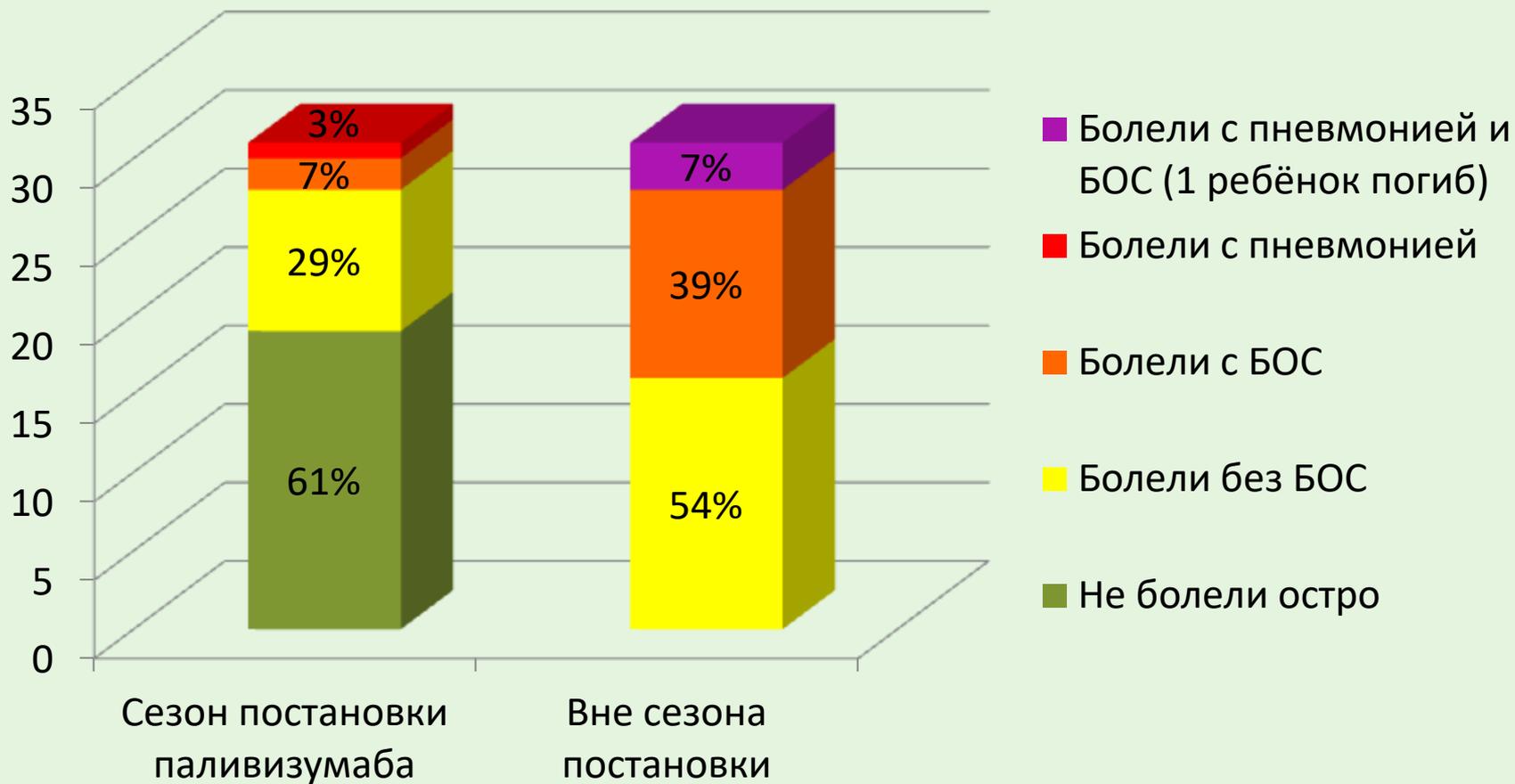
# Исходная тяжесть состояния в ОПН



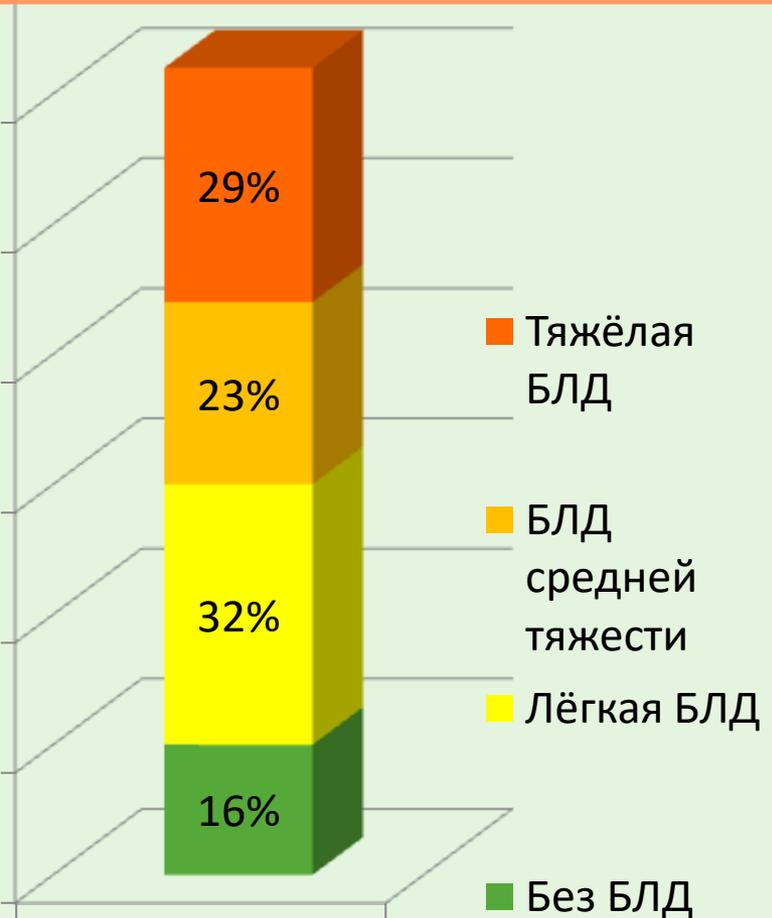
В исходе 3 инвалида :  
 \*БЛД тяжёлая, кислородозависимость амбулаторно, смерть от пневмонии в течение 2 месяцев пребывания дома(после окончания сезона иммунопрофилактики ),  
 \*ДЦП в исходе паренхиматозного кровоизлияния в головной мозг,  
 \*ДЦП в исходе окклюзионной гидроцефалии.



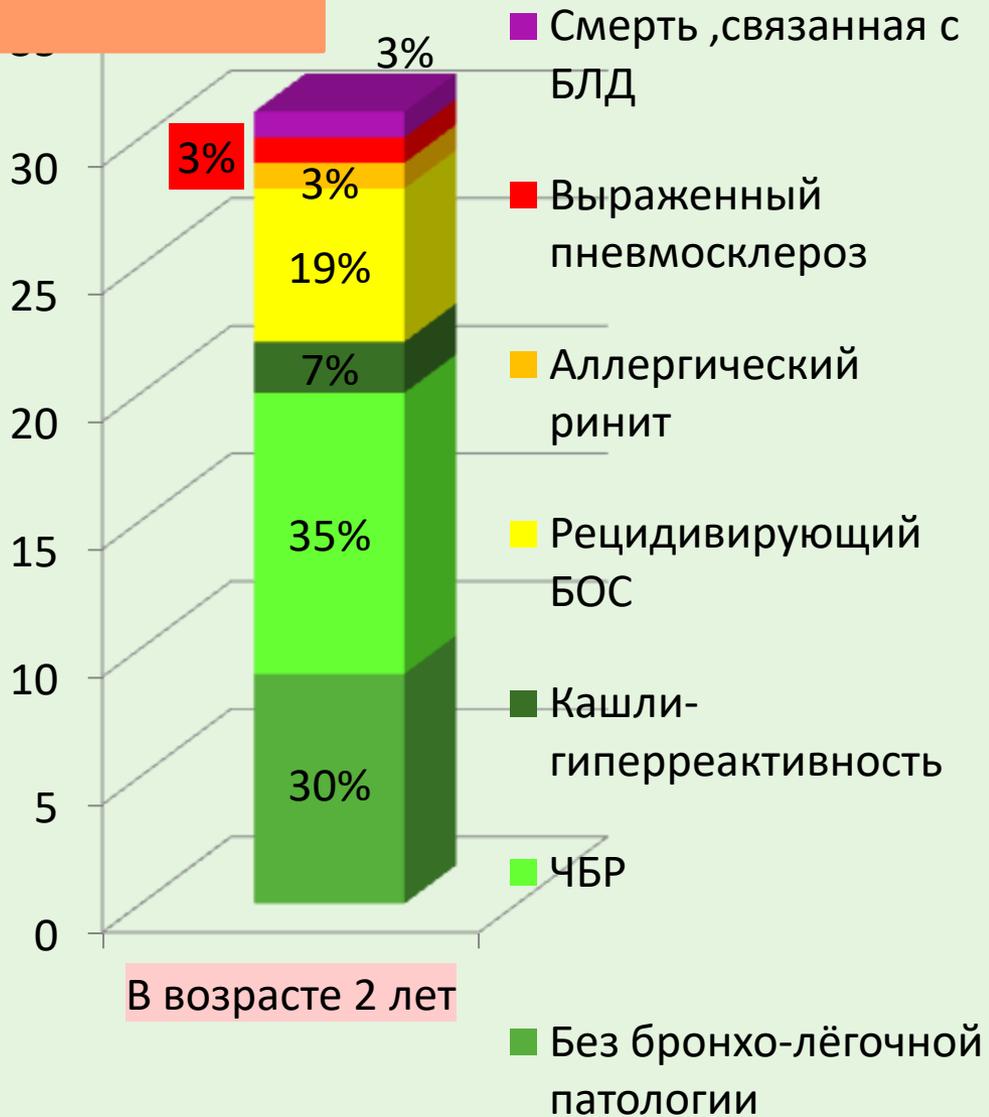
# Катамнез 2х лет наблюдения после курса иммунопрофилактики



По итогам 2х лет наблюдения после курса профилактики паливизумабом дети с 1ой группой здоровья применительно к бронхо-легочной патологии составили 30% ,со 2ой -42%.



Поступили под наблюдение



В возрасте 2 лет

## \* Двойня: Данил и Ксения.

\* Беременность 4ая, 1 - медаборт, 2- роды (7 лет ребёнку, здоров), 3- выкидыш. До беременности санирован уреаплазмоз, беременность с хориоамнионитом.

\* Роды в 25 недель, оперативные, длительный безводный период-подтекание вод больше 2х недель. Данил-31 см, 800 грамм, 4/5 баллов по шкале Апгар, сопор. Ксения-31 см, 810 грамм, 4/6 баллов, сопор, врождённый везикулёз.

\* Данил в стационарах до возраста 5 месяцев 3 недели. ГПЦ и затем 11 ДГКБ, РАО 40 ГКБ. ВЖК 3 с одной и 2 с другой стороны, мелкие ПВЛ. ИВЛ 32 суток+СРАР 35 суток. О2зависим до 4 месяцев жизни. Сформировал тяжёлую БЛД. Получил 3 гемотрансфузии-анемия, курс дексаметазона. Паливизумаб не получал (перевод из ГПЦ в 11 ГКБ-26.02.2015, выписка из 11 ДГКБ 11.03.2015. Через 6 дней после выписки домой – двухсторонняя очаговая пневмония (РАО 40 ГКБ и 11 ГКБ). Вновь ИВЛ 3 недели. Через 3 дня после выписки вновь аспирационная пневмония (11 ГКБ).

\* В возрасте почти 7 месяцев поступил под наблюдение. Сопутствующая патология-ретинопатия 2 степени, ОАП без НК, пахово-мошоночная грыжа. При анализе выписок из стационаров-у ребёнка выделение ЦМВ в ПЦР мочи в возрасте 3 месяцев (ранее-отрицательно), терапию не получал, в диагноз не выносилось. Судорожная готовность во время повторных пневмоний-депакин курсом. При осмотре мышечная гипотония, угроза по атонически-астатической форме ДЦП. Задержка физического развития. КВ 3,5 месяца. Вес 4772. Обследован на ЦМВ в динамике-следовые значения 6 копий/100 000 клеток.



*В кругу учёных есть только два понятия :наука и мнение. Первая даёт точное познание о вещах, а второе порождает невежество.*

*Гиппократ.*



Будьте здоровы!

