

Как подготовить ребёнка к прививке, вакцинации?

Когда подходит время делать ребёнку плановую прививку, у родителей возникает масса опасений и подозрений, касающихся её безопасности. Как подготовить ребёнка к вакцинации и в последствии отличить нормальную реакцию детского организма от негативной? Особенно эти вопросы волнуют родителей детей, страдающих хроническими заболеваниями.

Прививки детям.

Календарь профилактических прививок детям является индивидуальным для каждой страны. В России обязательными являются прививки детям против 9 инфекций: прививка от туберкулёза (БЦЖ), от дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, столбняка, коклюша и прививка от гепатита В. Вакцинация начинается в родильном доме от туберкулёза и гепатита В и активно продолжается на первом году жизни. В 3 месяца прививки детям делают от дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гепатита В и повторяют эти прививки трёхкратно с интервалом 45 дней. Ревакцинацию проводят в 18 месяцев и до 14 лет. Живые вакцины от кори, краснухи и паротита начинают применять с 12 мес. В современных условиях можно делать комбинированные прививки, например, совмещать АКДС с гепатитом В (вакцина Бубо-Кок), вакцину от кори, краснухи и паротита в виде комбинированной прививки Приорикс или MMR .

При наличии медицинских отводов от прививок у детей врач может составить индивидуальный календарь прививок, ввести дополнительную вакцинацию. Например, для часто болеющих детей рекомендуют прививку от гемофильной инфекции - хибрикс.

Прививки детям обязательны! При отказе от прививок ребёнок временно не допускается в детское или оздоровительное учреждение при неблагоприятной эпидемической обстановке, запрещается выезд в страны, пребывание в которых требует профилактических прививок.

Вакцинация — единственный способ защиты от ряда заболеваний, которые невозможно вылечить другими средствами или самолечение может вызвать осложнение (например, корь, дифтерия и пр.) Врождённой невосприимчивости к инфекционным заболеваниям, от которых существуют прививки — нет. Если мама ребёнка когда-то болела ими, то первые 3—6 месяцев жизни доношенный ребёнок может быть защищён материнскими антителами, которые попали к нему через плаценту во время беременности и через грудное молоко. У недоношенных детей и детей на искусственном вскармливании такой защиты нет. Поскольку возможность заболеть из-за контактов с другими людьми велика, очень важно прививать малышей с самого раннего возраста.

Как подготовить малыша к прививке и попытаться свести к минимуму риск возникновения осложнений?

Сразу отметим, что здоровых детей не требуется специально готовить к прививке, нужно лишь предварительно измерить температуру тела (она должна быть нормальной, чаще 36,6 градусов С; у детей до 1 года нормальной температурой может быть 37,1—37,2 градусов за счёт особенностей теплообмена, он повышен, не зря детей, которые уже ходят, бегают, рекомендуется одевать чуть холоднее, чем взрослых), привести ребёнка к специалисту и ответить на его вопросы.

Некоторые врачи прибегают к практике назначения всем детям перед прививкой, так сказать профилактически, приёма противоаллергических препаратов, например ТАВЕГИЛА, КЛАРИТИНА, ЗИРТЕКА. В действительности такой «поголовной» необходимости нет. Не все дети предрасположены к аллергии и соответственно не все нуждаются в таких лекарствах. Скорее это происходит из-за желания врача лишний раз подстраховаться или из-за того, что выявление детей группы риска по аллергии это более трудоёмкий процесс. Но если ребёнок склонен к аллергическим реакциям, то профилактическое применение противоаллергических препаратов оправдано. Например, такая ситуация, ребёнок первого года жизни, ранее аллергия не проявлялась, прививается против коклюша, дифтерии, столбняка (АКДС). Первая прививка (на первом году АКДС делается трижды) прошла без особенностей, но после второй прививки ребёнку начали вводить новое питание, и у малыша появилась впервые аллергическая сыпь, значит, перед третьей прививкой следует профилактически дать ребёнку противоаллергический препарат, чтобы высыпания не повторились.

Для профилактики поствакцинальных осложнений врач должен, в первую очередь, оценить состояние здоровья ребёнка перед прививкой. Выявить противопоказания к ней и решить вопрос о необходимости назначения каких-либо предварительных дополнительных обследований и лекарственных препаратов.

Истинные противопоказания – настоящие противопоказания, перечисленные в инструкции к вакцинам и в руководящих документах (приказы и международные рекомендации). Как правило, вызваны определенными компонентами вакцин. Например – коклюшный компонент АКДС и прогрессирующие неврологические заболевания.

Ложные – противопоказания, которые таковыми не являются. Как правило, их авторство принадлежит врачам и пациентам, которые «оберегают» от прививок на основании общечеловеческих и общенаучных соображений – «он такой маленький», «он такой болезненный», «раз болеет, значит снижен иммунитет», «раз в семье были реакции, значит и у всех членов семьи реакции будут». С другой стороны, это противопоказания, которые сложились в силу традиций – например, перинатальная энцефалопатия.

Абсолютные – противопоказания, имеющие абсолютную силу. При наличии такого рода противопоказаний – данная прививка не проводится ни при каких условиях.

Относительные – это истинные противопоказания, окончательное решение по которым принимается врачом на основе других факторов – близость эпидемии, степень вероятности контакта с источником инфекции, вероятность того, что пациент сможет быть привит в следующий раз и т.п. В качестве примера можно привести аллергию на белок куриных яиц, которая является противопоказанием к прививкам против гриппа. В ситуации, когда риск осложнений и смерти вследствие гриппа у данного больного превышает риск аллергии на компоненты вакцины, за рубежом последним противопоказанием пренебрегают и делают прививку, проводя специальную профилактику аллергии.

Временные – противопоказание есть в данный момент, однако по прошествии времени оно может быть снято. Например – ОРВИ, во время которых прививать не рекомендуется, однако после выздоровления прививки не противопоказаны.

Постоянные – противопоказания, которые с течением времени сняты не будут. Например, первичный иммунодефицит, вызванный глубоким дефектом иммунной системы.

Общие – общие для всех прививок противопоказания. На практике к общим противопоказаниям относят наличие остро текущей инфекции сопровождающейся повышением температуры, обострения хронического заболевания или острое заболевание.

Частные – противопоказания, которые относятся только к данной прививке или конкретной вакцине, но не относятся ко всем остальным. Например, беременность, которая является противопоказанием к прививкам живыми вакцинами (краснуха, желтая лихорадка), но не инактивированными (грипп, гепатит В).

Перед прививкой врач (фельдшер) осматривает ребёнка, измеряет температуру (она должна быть нормальной — 36,6 градусов С), подробно расспрашивает родителей о жизни ребёнка, перенесённых им заболеваниях и прочее. Родители, в свою очередь, должны проинформировать врача обо всех особенностях и проблемах здоровья своего малыша.

О чём необходимо сказать врачу перед прививкой:

- Не повышалась ли температура в дни, предшествующие вакцинации? Не было ли каких-либо других признаков нездоровья, например, кашля, чихания, насморка, которые могут свидетельствовать о начале заболевания?

- Имеются ли у ребёнка какие-либо хронические заболевания и не получает ли он в связи с этим постоянно лекарственные препараты, если да, то какие?

- Не было ли ранее судорог, выраженных аллергических реакций на пищу, лекарства и пр.?

- Необходимо рассказать, как ребёнок переносил предыдущие прививки, повышалась ли у него температура, ухудшалось ли самочувствие и др.

- Не рекомендуется делать прививки сразу после возвращения из длительной поездки, особенно, если резко менялся климат, так как это создаёт условия для заболеваний.

- Необходимо сказать, получал ли ребёнок в последние три месяца препараты, изготовленные на основе крови, или производилось ли переливание крови. Это влияет на сроки последующей вакцинации против кори, краснухи и паротита, они увеличиваются, т.к. препараты крови содержат готовые антитела — специфические защитные белки крови против указанных инфекций, которые «мешают» ребёнку активно выработать иммунитет самому.

Если при осмотре перед прививкой врач делает заключение, что ребёнок практически здоров, проводится прививка.

Когда и как прививают больных детей?

Если у ребёнка имеются заболевания, находящиеся в настоящее время вне обострения и ему нужно сделать прививку, то к мерам профилактики, проводимым у здоровых детей, добавляются предварительные обследования. Решается вопрос о необходимости назначения различных препаратов за 3—4 дня до проведения прививки и на весь период после процесса: 3—5 дней после введения неживых, химических вакцин и т.д., и 14 дней при использовании живых вакцин.

Профилактика поствакцинальных осложнений включает ещё целый комплекс мероприятий, к которым относится соблюдение техники вакцинации, назначение в ряде случаев до прививки и после лекарственных средств, помогающих избежать осложнений,

определённый режим и питание ребёнка, патронаж (специальное наблюдение) после вакцинации. Медицинские работники навещают привитого ребёнка на дому или узнают о состоянии его здоровья по телефону, чтобы не пропустить ситуации осложнения, развившиеся после прививки.

Какие признаки могут указать на неврологические проблемы ребёнка при осмотре перед прививкой?

У маленьких детей — напряжение, выбухание большого родничка в вертикальном положении, расширение подкожных вен головы, частые срыгивания, излишние движения языка, повышение мышечного тонуса рук и ног, тремор (мелкое дрожание) подбородка и рук в спокойном состоянии, нарушение сна и пр. Перечисленные признаки могут свидетельствовать о повышенном внутричерепном давлении.

Чрезмерно быстрый рост головы, увеличение размеров большого родничка, вместо его сокращения и другие признаки могут свидетельствовать о гидроцефальном синдроме — избыточном накоплении мозговой жидкости в желудочках мозга и других внутричерепных пространствах.

Эти и другие заболевания нервной системы выявляет и описывает при плановом осмотре детей до 3-х месяцев невролог. Для подтверждения или исключения патологии проводят дополнительные исследования, например, ультразвуковое исследование головного мозга — нейросонографию, когда датчик аппарата устанавливается на большом родничке и на экране отображается картина строения мозга.

Многие педиатры, неврологи склонны настороженно относиться к вакцинации детей с неврологическими проблемами из-за боязни усугубить течение патологии в поствакцинальном периоде. Это не правильно, так как инфекция, от которой проводится прививка, гораздо более опасна для ребёнка с поражением нервной системы. Например, коклюш у таких детей, особенно в возрасте до года может вызывать тяжёлые поражения мозга, судороги и прочее.

К сожалению, иногда о поражении нервной системы начинают думать уже после прививки, которая спровоцировала временные ухудшения в работе этой системы. Поэтому основным средством предупреждения поствакцинальных осложнений со стороны нервной системы является своевременное выявление неврологической патологии у новорождённого, её лечение и проведение прививок на фоне медикаментозной терапии или по её окончании.

Какие медикаментозные средства обычно применяют при подготовке к иммунизации детей с неврологическими проблемами?

Детям с повышенным внутричерепным давлением и гидроцефальным синдромом, назначают мочегонные средства (в том числе травы), препараты, улучшающие кровоток и обмен веществ в мозговой ткани. Курсы терапии повторяют 2-3 раза в год, в эти же периоды может быть проведена иммунизация ребёнка. Если прививку делают после завершения лечения, то желательно в момент иммунизации снова провести короткий курс ранее применявшихся средств (мочегонных, успокоительных и т.п.).

Если у ребёнка были судороги, вызванные повышенной температурой, прививки можно проводить не ранее, чем через 1 месяц после приступа. До и после прививки назначают противосудорожные, и иногда мочегонные лекарства. Детям, перенёвшим судороги, причиной которых являлась температура выше 38,0 градусов С, в дальнейшем можно

делать все прививки. Если судороги были на фоне температуры менее 38,0 градусов С, то не вводят коклюшную вакцину, входящую в состав комплексной вакцины против коклюша, дифтерии, столбняка (АКДС). Остальные вакцины могут быть использованы. Всем детям, ранее имевшим судороги или предрасположенным к ним, после прививки назначают и жаропонижающие препараты, так как вакцины могут вызвать высокую температуру и снова спровоцировать судороги.

При наличии у ребёнка эпилепсии, вакцинация также осуществляется не ранее, чем через 1 месяц после приступа, без коклюшной вакцины, на фоне противосудорожной терапии. При тяжёлых формах эпилепсии вопрос о прививках решается индивидуально с врачом невропатологом.

Дети с непрогрессирующими поражениями нервной системы (хромосомные, генетические заболевания, врождённые аномалии развития, детский церебральный паралич и т.п.), психическими заболеваниями вне острого периода, с умственной отсталостью и перенёвшие воспалительные заболевания нервной системы не имеют противопоказаний к прививкам. Их вакцинируют с использованием симптоматической (применяемой при лечении конкретного заболевания) терапии или не назначают лекарств совсем.

Прививки и аллергические заболевания.

Достаточно частой патологией на первом году жизни и в более старшем возрасте являются аллергические заболевания: пищевая аллергия, бронхиальная астма и т.п. Прививки в таком случае проводят не ранее 1 месяца после завершения обострения. Основными принципами профилактики осложнений после вакцинации у этой группы детей является — режим питания (особенно для детей с пищевой аллергией), исключающий введение новых продуктов за 5-7 дней до и после прививки. На новую пищу у них возможна аллергическая реакция, которую родители и врач ошибочно будут трактовать как реакцию на вакцину. Так же исключаются аллергены, на которые ребёнок заведомо даёт аллергические реакции. Например, ребёнка с аллергией на пыльцу какого-либо растения не прививают, когда оно цветёт. До и после прививки могут быть назначены противоаллергические препараты, препараты, содержащие бифидо- и лактобактерии. Они благотворно влияют на микрофлору кишечника, так как при аллергических заболеваниях часто происходит её нарушение.

Детям с бронхиальной астмой, постоянно получающим ингаляционные препараты, в том числе и гормональные, это лечение не отменяется, а продолжается.

Вакцинация часто болеющих детей.

При иммунизации детей, страдающих частыми респираторными заболеваниями, хроническими заболеваниями ЛОР — органов (уши, гортань, нос), повторными бронхитами, пневмониями, наиболее частой проблемой является развитие респираторных и других инфекций в поствакцинальном периоде.

Предрасполагают к возникновению частых заболеваний особенности иммунной системы ребёнка. Не у всех детей в одно время «созревают» иммунные реакции, поэтому одни являются более, а другие — менее восприимчивыми к инфекциям. Способствует заболеваниям и стрессовая ситуация, например, когда ребёнок не комфортно себя чувствует в детском учреждении и находится в состоянии хронического стресса. В какой-то мере к стрессу можно отнести и прививку.

Для профилактики таких заболеваний до и после вакцинации назначают общеукрепляющие средства (витамины, растительные и гомеопатические средства) или противовирусные препараты, изготовленные на основе крови человека (ИНТЕРФЕРОН) или синтетический интерферон (ВИФЕРОН) и пр., а также, препараты, способные моделировать иммунитет (РИБОМУНИЛ, ПОЛИОКСИДОНИЙ и др.).

Как готовят к прививке старших дошкольников с хроническими заболеваниями?

У более старших детей после прививки могут обостриться уже диагностированные хронические заболевания эндокринной системы, соединительной ткани, крови и кроветворных органов, почек, печени, сердца и др. Основной принцип иммунизации таких детей — прививать не ранее, чем через 1 месяц после окончания обострения и осуществлять профилактику обострений после прививки.

Детям с хроническими заболеваниями проводят минимальное лабораторное обследование (например, анализы мочи при болезнях почек). Если анализы в норме, то ребёнка прививают на фоне противорецидивной терапии, которую назначают за 3-5 дней до и на 7-14 дней после прививки. Рекомендуется провести контрольные лабораторные обследования через 7, 14 и 30 дней после прививки (анализы мочи, крови и др.) Такое обследование позволяет быть уверенным в достаточности медикаментозной терапии, которую получал ребёнок в момент прививок. Если в анализах выявляются изменения, характерные для обострения хронического заболевания, то последующие прививки проводят после нормализации состояния на фоне более интенсивного лечения.

Вот такая непростая последовательность комбинаций требуется для прививания заведомо нездорового малыша. Но всё же следует помнить о том, что инфекция, в плане обострения хронического заболевания много опаснее, чем возможность минимальных, крайне редко встречающихся, контролируемых обострений при вакцинации.

Кроме того, детям с любыми хроническими заболеваниями рекомендуется проводить дополнительные прививки (помимо плановых) против гемофильной инфекции типа В, менингококковой, пневмококковой инфекций, гриппа.

После прививки, и в последующие дни, родителям следует обращать внимание на состояние ребёнка. Первые три дня рекомендуется измерять температуру, особенно после прививки против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС, Тетракок). Если состояние не изменилось и не ухудшилось, т.е. малыш весел, бодр, у него хороший аппетит, спокойный сон и пр., то его режим жизни менять не нужно. Продолжайте как обычно, кормить, купать ребёнка, гулять с ним. Единственно — следует ограничить общение с чихающими, кашляющими людьми, и детьми, чтобы ребёнок не имел шансов заразиться. С этой же точки зрения не желательно путешествовать с ребёнком сразу после прививки. Если родителям необходимо куда-то уезжать с малышом, следует подумать о прививках заранее, за 1-2 недели до отъезда. За это время успеют выработаться антитела на введённую вакцину и успеют проявиться нежелательные эффекты от прививки, если им суждено быть. В дороге или в чужом городе может оказаться сложнее оказать медицинскую помощь ребёнку.

Что же делать, если после прививки повысилась температура, ухудшилось общее состояние малыша?

Следует воздержаться от купания и прогулок. Сообщите о нарушении состояния ребёнка медицинской сестре, которая проводит патронаж после прививки или врачу. Дайте

жаропонижающие средства в возрастной дозировке: для детей, перенёвших ранее судороги — сразу же при любой повышенной температуре (даже если это 37,1 градус С), для остальных — при температуре выше 38,5 градус С.

Своевременное обращение к врачу позволит выяснить, с чем связана температура — с обычной реакцией на вакцину, случайным заболеванием или с чем-либо ещё. Правильно поставленный диагноз — залог безопасности дальнейшей вакцинации.

Помните, что в месте введения всех вакцин может появиться краснота и уплотнение, которые должны пройти через 1-3 дня. Если уплотнение, покраснение держится дольше 4 дней или его размеры более 5-8 см, необходимо обязательно проконсультироваться у врача.

Можно ли делать прививку в специальном центре?

Любого ребёнка, а тем более, страдающего каким-либо заболеванием можно прививать в специализированных центрах иммунопрофилактики (филиалы таких центров могут существовать и в участковых поликлиниках), под наблюдением врачей иммунологов. Они составят индивидуальный график прививок, подберут оптимальный тип вакцины для конкретного малыша и пр. Такие меры позволят свести к минимуму риск развития поствакцинальных осложнений и создать эффективную защиту организма от тяжёлых и опасных инфекций.

Исключение из правил.

Известно, что детям во время острого заболевания или обострения хронического, плановые прививки не проводят. Вакцинацию откладывают до выздоровления или завершения обострения хронического процесса. Однако, если возникает экстренная ситуация, когда нужно привить нездорового ребёнка, это может быть сделано (вакцинация по экстренным показаниям). Например, ребёнок болен ОРВИ, или у него обострилось хроническое заболевание, и при этом он общался с больным дифтерией или его укусила собака и т.д. В таких случаях противопоказаниями к вакцинации можно пренебречь, чтобы по жизненно важным обстоятельствам срочно привить ребёнка.

Как это должно быть по нормативным документам.

Основными принципами вакцинации при работе со всеми, в том числе импортными, вакцинами являются соблюдение «Холодовой цепи», т.е. доставка вакцины от изготовителя до потребителя при определённой температуре, выполнение санитарно-гигиенических норм, контроль поствакцинального состояния, наличие противошоковой укладки при вакцинации на дому и в мед.учреждении, врачебная оценка показаний и противопоказаний в выборе препаратов для вакцинации.

Прививки должны осуществляться медицинским персоналом, прошедшим подготовку в области вакцинопрофилактики.

Прививки разрешается проводить только здоровому медицинскому персоналу. Лица, болеющие острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи, от проведения прививок должны быть отстранены. Помимо этого, лица, проводящие прививки (как и весь медперсонал) должны быть привиты против дифтерии, столбняка, кори, паротита, гепатита В.

Для проведения профилактических прививок должны использоваться только зарегистрированные и разрешенные для применения на территории РФ вакцины отечественного и зарубежного производства.

Перед вакцинацией врач обязан:

- провести опрос родителей с целью выявления противопоказаний;
- при необходимости провести соответствующие анализы (крови, мочи);
- провести врачебный осмотр и измерение температуры,
- полностью заполнить информированное согласие на проведение вакцинации и дать Вам его подписать, указав при этом дату, вид вакцинации и свою фамилию, имя, отчество.

Перед проведением прививки медицинская сестра обязана:

- проверить наличие заключения врача о состоянии здоровья лица, пришедшего на прививку, также об - - отсутствии противопоказаний к введению вакцины.
- вымыть руки
- сверить наименование препарата на ампуле (флаконе) с назначением врача
- удостовериться в неистекшем сроке годности препарата, а также одноразовых инструментов
- проверить маркировку и целостность ампул (флаконов), отсутствие посторонних включений в вакцине
- провести необходимые процедуры по подготовке препарата согласно инструкции по его применению
- проверить наличие на процедурном столе средств противошоковой терапии;

При проведении иммунизации необходимо обеспечить:

- правильную обработку места введения препарата. Как правило, обработку производят 70% спиртом, если нет других указаний (например, эфиром при постановке реакции Манту или введении вакцины БЦЖ и ацетоном или смесью спирта с эфиром при подкожном способе вакцинации);
- соблюдение положений инструкции по применению вакцины;
- строгое соблюдение рекомендуемой дозы вакцины, метода и места ее введения.
- использование только одноразовых шприцев и игл
- прививку следует проводить в положении лежа или сидя во избежание падения при обмороках, которые встречаются (хотя и редко), во время процедуры у подростков и взрослых.

После проведения прививки следует:

- поместить в холодильник вакцину,
- сделать запись о проведенной прививке в медицинской документации,
- проинформировать привитого (или его родителей) о возможных реакциях на прививку и доврачебной помощи при них, необходимости обращения за медицинской помощью при проявлении сильной или необычной реакции,

- осуществлять наблюдение за привитыми непосредственно после введения препарата в течение как минимум 30 минут,
- осуществлять наблюдение патронажной сестрой первые 3 дня после введения инактивированной вакциной и на 5-6 и 10-11 день после введения живых вакцин.

Профилактика поствакцинальных осложнений.

Ни одна из применяющихся в настоящее время вакцин не может гарантировать отсутствие побочных реакций (хотя риски и сведены к минимуму, но все же). Поэтому чрезвычайно важны меры профилактики поствакцинальных осложнений.

К основным мерам профилактики относятся:

- строгое выполнение техники вакцинации;
- соблюдение противопоказаний;
- точное исполнение инструкций по транспортировке и хранению вакцин;
- соблюдение интервалов между прививками.

К факторам, располагающим к поствакцинальным осложнениям относятся:

Наличие у ребенка поражения нервной системы, особенно таких, как повышенное внутричерепное давление, гидроцефальный и судорожный синдромы.

Любые формы аллергических проявлений.

Частота, длительность, характер острых заболеваний, особенности течения хронических заболеваний.

Наличие в прошлом ненормальных реакций на предшествующие прививки.

При вакцинации необходимо соблюдать следующие положения:

Минимальный интервал между проведением прививки и предшествующим острым или обострением хронического заболевания должен быть не менее 2 недель - 1 мес. При легко протекающих острых заболеваниях (например, насморке), интервал может быть сокращен до 1 недели. Прививки против гриппа инактивированными вакцинами можно делать сразу после нормализации температуры. В близком окружении ребенка не должно быть больных острыми респираторными заболеваниями. В случаях, когда врач по какой-либо причине опасается вакцинировать ребенка амбулаторно, прививка может быть проведена в стационаре (например, в случаях тяжелых аллергических реакций в прошлом).

Перед прививкой:

Перед первой прививкой АКДС-вакциной (по календарю ее сейчас выполняют в 3 месяца) необходимо сделать общий анализ крови и мочи, дабы исключить наличие инфекции, вялотекущей или скрытой, а так же других отклонений в состоянии здоровья. Деткам, имеющим различные неврологические диагнозы (а таких, как видно из записей в картах, почти 80%) также нужно получить разрешение невропатолога на вакцинацию.

При наличии у ребенка аллергических расстройств (сыпи, шелушения, покраснения, упорные опрелости, корочки на голове и др.) заранее обсудите со своим врачом схему профилактики обострения аллергии. Обычно она представляет собой прием антигистаминных препаратов (супрастин, фенистил) в течение 2-3 дней до прививки и 2-3 дней после.

Перед вакцинацией за день на ночь рекомендуется поставить свечку Вибуркола, утром в день вакцинации, вечером в день вакцинации, и так на протяжении 3-5 дней.

Если вы это еще не приобрели, на всякий случай купите детские жаропонижающие с парацетамолом. Лучше покупать свечи, поскольку ароматизаторы в сиропах сами способны вызвать побочные аллергические реакции.

В день прививки (любой).

Не вводите новый прикорм или новые виды пищи. Если ребенок находится на грудном вскармливании - не вводите в свой рацион новые продукты (за три дня до предполагаемой прививки и после нее дня два-три). Не забудьте принять антигистаминные и другие препараты, которые назначил врач.

Убедитесь, что дома есть (особенно в случае АКДС-вакцин) детские свечи с парацетамолом (эффералган, панадол). Не полагайтесь только на гомеопатические препараты - ими можно пользоваться, но при сильных реакциях на прививки они не помогут.

Если ребенок достаточно взрослый - никогда, даже в шутку не пугайте ребенка прививкой.

Если ребенок спросит про укол - будьте честны, скажите, что это может быть немного болезненным, но ведь это всего на несколько секунд.

Перед выходом из дома.

Если у вас есть прививочный сертификат, в который вносятся сделанные прививки, возьмите его с собой. Обязательно возьмите с собой любимую игрушку или пеленку ребенка.

Перед самой прививкой.

Убедитесь совместно с врачом, что у ребенка на момент прививки нет повышения температуры. Это является единственным универсальным противопоказанием к проведению прививки. Поинтересуйтесь у врача от чего и какой именно вакциной сегодня будут прививать ребенка.

Не стесняйтесь задать вопросы врачу, если у вас есть какие-то сомнения относительно прививки.

В момент укола.

Не волнуйтесь. Ваше волнение и беспокойство передаются ребенку. Будьте спокойны и уверены - и ребенок перенесет прививку гораздо легче. Не переживайте из-за того, что вы все же волнуетесь, просто переведите ваше волнение в конструктивное русло. Чтобы отвлечь ребенка (и себя) - общайтесь с ним, играйте, пойте песенки, разглядывайте предметы интерьера, играйте взятой из дома игрушкой. Улыбайтесь и будьте ласковы к ребенку.

Во время укола ребенок должен быть у вас на руках - так ему и вам будет комфортнее. Дайте ребенку выплакаться после укола. Не заставляйте ребенка "быть храбрым", не говорите, что плакать стыдно.

Если ребенок говорит, что ему больно - "выдуйте" боль. Сделайте глубокий вдох и медленно "выдувайте" боль. Повторите это упражнение несколько раз.

После прививки.

В первые 30 минут после прививки. Не уходите из поликлиники. Самые негативные последствия в виде анафилактического шока возникают в первые 30 минут после вакцинации. Внимательно наблюдайте за малышом, в случае подозрительных симптомов – одышка. Покраснение или бледность, холодный пот и прочих. Немедленно сообщите врачу или процедурной сестре прививочного кабинета. Не забудьте и не стесняйтесь задать ваши вопросы врачу. Обязательно спросите о том, какие и когда реакции на прививку могут возникнуть и в каких случаях обращаться за медицинской помощью.

Если ребенок находится на грудном вскармливании - дайте ему грудь, это поможет ему успокоиться.

Если ребенок достаточно взрослый, порауйте его каким-нибудь приятным сюрпризом, наградите его чем-нибудь, похвалите. Скажите ему, что все в порядке.

По возвращении домой после прививки.

В случае прививки АКДС-вакциной: если врачом не было предписано иначе, дайте ребенку дозу (свечку или сироп) жаропонижающего. Это позволит избежать неприятных реакций, возникающих в первые часы после прививки. Если у ребенка нет температуры - можно искупаться, как обычно. Наличие реакций в месте укола - не противопоказание к купанию и даже наоборот.

Первая ночь после прививки.

Чаще всего, температурные реакции на инактивированные вакцины (АКДС и другие) возникают в первые сутки после прививки. При возникновении сильных температурных реакций (38,5 С и выше) дайте однократно ребенку жаропонижающее и измерьте температуру спустя 30-40 минут. При температурных реакциях не пренебрегайте обтиранием ребенка теплой водой. Не используйте для обтираний водку - она раздражает и сушит детскую кожу.

Не забывайте о том, что суточная дозировка парацетамола не безгранична. При передозировке возможны тяжелые осложнения. Внимательно прочтите инструкцию к препарату, которым пользуетесь (панадол, эффералган, тайленол). Ни в коем случае не пользуйтесь аспирином. Его применение у детей младшего возраста чревато тяжелыми осложнениями.

Первые два дня после прививки.

Инактивированные вакцины - АКДС, АДС, гепатит В, ХИБ-вакцина, ИПВ: Принимайте те препараты для профилактики аллергических расстройств, которые назначил врач.

Продолжайте принимать жаропонижающие согласно инструкции к препаратам, если температура остается повышенной.

АКДС-вакцины. Следите за температурой тела ребенка. Старайтесь, чтобы она не поднималась выше 38,5 С (под мышкой). У части детей на фоне повышения температуры возможно появление т.н. фебрильных судорог. Принимайте жаропонижающие, не дожидаясь подъема температуры выше 38 С.

С ребенком можно и нужно гулять, можно и нужно купать его. Исключение составляют случаи, когда у ребенка повышена температура вследствие или независимо от прививки.

Если была проведена проба Манту - при купании старайтесь, чтобы вода не попадала на место постановки пробы. Не забывайте, что пот это тоже жидкость, поэтому следите за тем, чтобы ручка ребенка не потела.

В случае АКДС-, АДС-, гепатитных В и АДС-М-вакцин. При появлении сильных реакций в месте укола (припухлость, уплотнение, покраснение) сделайте согревающий компресс или просто периодически прикладывайте смоченную водой ткань. Если противовоспалительные средства еще не принимаются, начните их давать.

Через 5-12 дней после прививки.

В случае прививки живыми вакцинами (капли полиомиелитной вакцины ОПВ, коревая, паротитная, краснушная) побочные реакции обычно возникают на 5-12 сутки после прививки. Если возникла какая-либо реакция, но прививка была сделана не живой вакциной, то вакцинация с 99% вероятностью здесь ни при чем. Наиболее частой причиной температурных и некоторых других реакций у детей младшего возраста являются режущиеся зубки, у детей старшего возраста - простудные инфекции.

Внимание! То, что первая вакцинация прошла незаметно, не говорит о том, что и в следующий раз все будет так же. При первой встрече с антигеном организм может не среагировать, а вот реакция на повторное введение вакцины может быть довольно сильной.

Противопоказания к вакцинации

Отношение к противопоказаниям к вакцинации постоянно меняется – поводов для "отводов" становится все меньше, перечень заболеваний, освобождающих от прививок становится все короче. И то, что раньше было противопоказанием, например хронические заболевания, теперь наоборот является показанием к вакцинации.

Почему перечень противопоказаний постоянно уменьшается?

У детей и взрослых с хроническими заболеваниями инфекции, от которых защищают вакцины, протекают значительно тяжелее и приводят к большему числу осложнений. В качестве примера можно привести более тяжелое течение кори у больных с расстройствами питания, инфицированных туберкулезом и ВИЧ, коклюша у недоношенных детей, краснухи у больных с сахарным диабетом, гриппа у больных с бронхиальной астмой, пневмококковой инфекции у больных с заболеваниями крови, вирусных гепатитов у больных с заболеваниями печени, ветряной оспы у больных с лейкозом. Ограждать таких детей от прививок попросту нелогично.

Современная вакцинология не стоит на месте – совершенствуется технология производства, очистки вакцин, уменьшается концентрация балластных веществ в пользу необходимых компонентов. В качестве примера можно привести вакцину Ваксигрип – в 1997 году была изменена технология очистки вакцины, за счет чего удалось добиться снижения концентрации балластного яичного белка до неопределяемых величин. Аллергия к белку куриных яиц, таким образом, из абсолютных противопоказаний к прививке против гриппа постепенно переходит в разряд относительных.

Практика показывает нормальное течение поствакцинального периода у больных с хроническими заболеваниями.

Все противопоказания делятся на:

- Истинные – настоящие противопоказания, перечисленные в инструкции к вакцинам и в руководящих документах (приказы и международные рекомендации). Как правило, вызваны определенными компонентами вакцин. Например – коклюшный компонент АКДС и прогрессирующие неврологические заболевания.

- Ложные – противопоказания, которые таковыми не являются. Как правило, их авторство принадлежит врачам и пациентам, которые «оберегают» от прививок на основании общечеловеческих и общенаучных соображений – «он такой маленький», «он такой болезненный», «раз болеет, значит снижен иммунитет», «раз в семье были реакции, значит и у всех членов семьи реакции будут». С другой стороны, это противопоказания, которые сложились в силу традиций – например, перинатальная энцефалопатия.

Абсолютные – противопоказания, имеющие абсолютную силу. При наличии такого рода противопоказаний – данная прививка не проводится ни при каких условиях.

Относительные – это истинные противопоказания, окончательное решение по которым принимается врачом на основе других факторов – близость эпидемии, степень вероятности контакта с источником инфекции, вероятность того, что пациент сможет быть привит в следующий раз и т.п. В качестве примера можно привести аллергию на белок куриных яиц, которая является противопоказанием к прививкам против гриппа. В ситуации, когда риск осложнений и смерти вследствие гриппа у данного больного превышает риск аллергии на компоненты вакцины, за рубежом последним противопоказанием пренебрегают и делают прививку, проводя специальную профилактику аллергии.

Временные – противопоказание есть в данный момент, однако по прошествии времени оно может быть снято. Например – ОРВИ, во время которых прививать не рекомендуется, однако после выздоровления прививки не противопоказаны.

Постоянные – противопоказания, которые с течением времени сняты не будут. Например, первичный иммунодефицит, вызванный глубоким дефектом иммунной системы.

Общие – общие для всех прививок противопоказания. На практике к общим противопоказаниям относят наличие остро текущей инфекции сопровождающейся повышением температуры, обострения хронического заболевания или острое заболевание.

Частные – противопоказания, которые относятся только к данной прививке или конкретной вакцине, но не относятся ко всем остальным. Например, беременность, которая является противопоказанием к прививкам живыми вакцинами (краснуха, желтая лихорадка), но не инактивированными (грипп, гепатит В).

Истинные противопоказания к прививкам Методические указания МУ 3.3.1.1095-02

3.3.1. Вакцинопрофилактика

«Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 9 января 2002 г.)

1. Область применения

1.1. Настоящие методические указания предназначены для медицинских работников лечебно-профилактических учреждений, независимо от ведомственной подчиненности и

форм собственности, имеющих разрешение на проведение профилактических прививок детям, подросткам и взрослым, а также для специалистов государственной санитарно-эпидемиологической службы, осуществляющих контроль за организацией и проведением профилактических прививок.

1.2. Настоящие методические указания содержат требования к учету медицинских противопоказаний и проведению профилактических прививок против ряда инфекционных болезней.

1.3. Требования, изложенные в методических указаниях, направлены на обеспечение эффективности и безопасности вакцинопрофилактики, а также снижение количества необоснованных медицинских отводов от профилактических прививок.

2. Основные положения

2.1. Использование для массовой иммунизации современных высокоэффективных, малореактогенных вакцин привело к резкому сокращению частоты тяжелых реакций и осложнений, возникающих в поствакцинальном периоде. Основная их часть носит характер индивидуальных реакций, которые невозможно предвидеть, т.е. связать с предшествующим состоянием прививаемого. В поствакцинальном периоде могут наблюдаться нетяжелые местные и, реже, общие реакции, а также патологические состояния, не связанные с вакцинацией.

2.2. Сокращение списка противопоказаний в мире за последние 20 лет обусловлено как повышением качества вакцин, так и расширением наших знаний о причинах осложнений. Противопоказаниями являются лишь немногие виды патологии, повышающие риск развития поствакцинальных осложнений. Подобные состояния должны непременно учитываться как важнейший фактор снижения частоты неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде. Поскольку введение некоторых вакцин в активном периоде заболевания может обострить или утяжелить его течение, это также учтено в списке противопоказаний. Учтена и необходимость защиты проводящего вакцинацию медицинского работника, в вину которому может быть поставлено развитие осложнения или обострения заболевания, не связанного с вакцинацией, а лишь совпадающего с ней по времени.

2.3. Несоблюдение противопоказаний, необоснованные медицинские отводы от прививок часто приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, которые у них текут особенно тяжело. Из списка противопоказаний исключено большинство хронических болезней, которые до начала 90-х годов рассматривались как противопоказание к проведению профилактических прививок. Разработка рациональной тактики проведения профилактических прививок таким детям позволила резко повысить охват этих детей прививками без каких-либо последствий для них.

3. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок

3.1. В список противопоказаний к вакцинации включены следующие состояния (табл. 1).

3.2. Следует учесть, что наличие противопоказания не означает, что в случае проведения прививки у вакцинированного обязательно возникнет осложнение, речь идет лишь о повышении риска неблагоприятной реакции, что, однако, должно рассматриваться как препятствие к проведению вакцинации в большинстве случаев.

4. Сильные реакции и поствакцинальные осложнения на профилактические прививки

4.1. Противопоказаниями к проведению профилактических прививок являются сильные реакции и поствакцинальные осложнения на введение предыдущей дозы той же вакцины.

4.2. Сильной реакцией считается наличие температуры выше 40°C, в месте введения вакцины — отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре.

4.3. К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отек), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела, сывороточной болезни;
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражение центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

5. Иммунодефицитные состояния

5.1. У больных с первичным иммунодефицитом повышен риск осложнений при использовании живых вакцин. К ним относится вакциноассоциированный полиомиелит при применении живой оральной полиомиелитной вакцины, генерализованные заболевания в ответ на живые вирусные вакцины и БЦЖ. Как правило, клинические проявления иммунодефицитных состояний отсутствуют при введении БЦЖ в роддоме и редко проявляются к моменту вакцинации ребенка АКДС + ОПВ в возрасте 3 месяцев, а поголовное исследование на наличие иммунодефицита нереально. Состояниями, заставляющими думать о первичном иммунодефиците, являются:

- тяжелое, особенно рецидивирующее гнойное заболевание;
- парапроктит, аноректальный свищ;
- наличие упорного кандидоза полости рта (молочницы) или других слизистых и кожи;
- пневмоцистная пневмония;
- упорная экзема, в т.ч. себорейная;
- тромбоцитопения;
- наличие в семье иммунодефицита.

Детей с такими состояниями надо обследовать иммунологически и при выявлении иммунодефицита заменить живую вакцину на инактивированную. Также поступают при невозможности проведения обследования. БЦЖ не следует вводить новорожденным детям, в семье которых есть или погибали дети с признаками иммунодефицитного состояния.

- 5.2. Детей с иммунодефицитом, связанным со злокачественными заболеваниями лимфоидной системы и (или) иммуносупрессией прививают живыми вакцинами после наступления ремиссии, не ранее чем через 3 месяца по окончании иммуносупрессивной терапии. При введении в более ранние сроки убитых вакцин (например, против гепатита В) целесообразно провести серологический контроль.
- 5.3. Детям от инфицированных ВИЧ матерей оральную полиовакцину (ОПВ) следует заменить на инактивированную (ИПВ) и воздержаться от введения БЦЖ до возраста 18 месяцев, когда будет уточнен его ВИЧ-статус. Коревую и другие живые вакцины этим детям вводят, несмотря на риск выраженной реакции, поскольку корь у инфицированных ВИЧ течет очень тяжело.
- 5.4. Инактивированные вакцины детям со всеми формами иммунодефицита вводят как обычно, у них целесообразно оценить иммунный ответ и ввести дополнительную дозу вакцины в случае его слабой выраженности.
- 5.5. Дозой кортикостероидных препаратов, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут (или 20 мг/сут для детей с весом более 10 кг), принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим детям допускается через 1 месяц и более после окончания терапии. Использование такой дозы в течение менее 2 недель или меньших доз в течение более длительного периода не ведет к развитию выраженной иммуносупрессии, так что введение живых вакцин возможно сразу по окончании курса лечения. Использование поддерживающих доз стероидов, а также ингаляционное, местное или внутрисуставное их применение не является противопоказанием к введению любых вакцин.
- 5.6. Противопоказано введение живых вакцин беременным, что связано не столько с опасностью их тератогенного влияния (подобных случаев в мировой литературе не описано), сколько с возможностью связать с вакцинацией рождение неполноценного ребенка, например, с врожденным дефектом или наследственным заболеванием. После введения краснушной вакцины женщинам детородного возраста назначаются противозачаточные средства в течение 2 месяцев. В случае введения этой вакцины при недиагностированной беременности, ее прерывание не проводится.
- 5.7. Диагноз иммунодефицитного состояния требует наличия соответствующей клинической картины (в первую очередь, тяжелых повторных бактериальных, грибковых или оппортунистических инфекций). Его постановка у детей без соответствующих клинических проявлений только на основании частых ОРЗ, общей астении, состояния реконвалесценции и других подобных признаков не может считаться обоснованной, такие дети должны прививаться в обычном порядке.
- 5.8. Неправомерен отказ от вакцинации ребенка без соответствующей клинической картины (в первую очередь, тяжелых повторных бактериальных грибковых или оппортунистических инфекций).
- 5.9. Неправомерен отказ от вакцинации ребенка без соответствующей клинической картины, у которого выявлены отклонения показателей иммунного статуса, не достигающих уровней, характерных для конкретного иммунодефицитного состояния. Нерезкое снижение уровней сывороточных иммуноглобулинов, изменения в соотношении субпопуляций лимфоцитов, снижение численности Т-клеток и т.д. закономерно возникают при различных заболеваниях и состояниях, не достигая пороговых уровней и не сопровождаясь соответствующими клиническими проявлениями. Эти состояния не

должны отождествляться с иммунодефицитами, их патологическое значение не доказано, они чаще всего отражают циклические колебания весьма динамичных иммунологических параметров во время болезни и реконвалесценции.

6. Противопоказания для введения БЦЖ

6.1. Противопоказание для введения БЦЖ является недоношенность (вес при рождении менее 2000 г), что связано не с ее опасностью для ребенка, а с тонкостью его кожи, затрудняющей внутрикожное введение вакцины. Эти дети (как и не получившие вакцину БЦЖ из-за заболевания) должны быть привиты до выписки из отделения второго этапа выхаживания.

6.2. Ревакцинация БЦЖ не проводится детям с келоидными рубцами, в т.ч. и на месте первого введения этой вакцины, т.к. это часто приводит к развитию обезображивающего рубца.

7. Противопоказания для коклюшного компонента (АКДС)

7.1. У детей с прогрессирующими заболеваниями нервной системы повышен риск осложнений со стороны ЦНС (судорог) и поэтому АКДС заменяется на АДС.

7.2. Противопоказанием к введению коклюшного компонента являются афебрильные судороги; эти дети должны обследоваться на предмет выявления эпилепсии, прививки проводят им после уточнения диагноза на фоне противосудорожной терапии.

7.3. Наличие фебрильных судорог при введении предыдущей дозы вакцины не является противопоказанием к введению АКДС; после ее введения целесообразно назначение парацетамола (10 — 15 мг/кг 3 — 4 раза в день) в течение 1 — 2 суток.

7.4. Вакцины АДС и АДС-М постоянных противопоказаний не имеют, при эпидемиологической необходимости их можно вводить на фоне острого заболевания. В случае сильной реакции на предыдущую дозу этих вакцин повторная доза вводится на фоне применения стероидов (преднизолон внутрь 1 — 1,5 мг/кг/сут. за день до и сразу после прививки).

8. Противопоказания к введению живых вирусных вакцин (помимо иммунодефицитов)

8.1. Коревая, краснушная и паротитная вакцины не вводятся лицам с тяжелыми аллергическими реакциями на аминокликозиды, о чем следует осведомиться перед проведением прививки, несмотря на редкость этих реакций.

8.2. Зарубежные препараты коревой и паротитной вакцин готовятся на куриных эмбрионах и поэтому их не вводят лицам с анафилактическими реакциями на куриный белок (немедленная шоковая реакция или отек тканей лица и гортани). Отечественные коревая и паротитная вакцины готовятся на яйцах японских перепелов, хотя это противопоказание к ним напрямую не относится, следует иметь в виду возможность перекрестных аллергических реакций.

9. Противопоказания к введению вакцин против гепатита В

9.1. Эти вакцины готовятся в культуре дрожжей, антигены которых, несмотря на тщательную очистку, могут вызвать анафилактическую реакцию у отдельных лиц с сенсibilизацией к пекарским дрожжам; их выявление несложно — это лица, у которых хлеб и другие содержащие дрожжи продукты вызывают аллергические реакции.

9.2. Хотя рядом убедительных исследований было доказано отсутствие связи между вакцинацией против гепатита В и развитием рассеянного склероза, не исключено, что введение вакцины может обострить латентно текущее заболевание; в связи с этим в наставлениях к вакцине предприятиями-производителями указывается на необходимость осторожного подхода при проведении прививки больным с ремиссией рассеянного склероза.

10. Острые заболевания

10.1. Плановая вакцинация в случае острого заболевания откладывается до выздоровления (или периода реконвалесценции), хотя опыт проведения прививок по эпидемическим показаниям в таких случаях показал хорошую иммуногенность и низкую реактогенность вакцин. Это связано с тем, что развитие осложнения основного заболевания или его неблагоприятный исход могут быть истолкованы как следствие проведенной вакцинации. Врач определяет необходимый интервал (в пределах 2 — 4 недель), руководствуясь, в первую очередь, степенью риска развития осложнения заболевания.

10.2. Перенесших менингококковый менингит и другие острые тяжелые заболевания нервной системы прививают через более длительные интервалы (до 6 месяцев от начала болезни) после стабилизации остаточных изменений, которые при более ранней вакцинации могут быть истолкованы как ее последствия.

11. Хронические болезни

11.1. Вакцинация по тем же соображениям не проводится во время обострения хронической болезни: она откладывается до наступления ремиссии — полной или максимально достижимой, в т.ч. на фоне поддерживающего лечения (кроме иммуносупрессивного).

11.2. Вакцинацию детей с отклонениями в состоянии здоровья не следует обозначать как «щадящую вакцинацию», поскольку речь идет не об использовании какой-то другой вакцины или снижении ее дозы, а о выборе оптимального времени прививки и лекарственном «прикрытии». Неправомерен и термин «подготовка к вакцинации», используемый нередко при назначении витаминов, «общеукрепляющих» и других подобных средств «ослабленному ребенку»; в отсутствие обострения хронической болезни следует провести вакцинацию, назначив необходимые средства.

12. Состояния, не являющиеся противопоказаниями к вакцинации, но требующие особого подхода

12.1. Детей с гемофилией из-за опасности кровотечения при внутримышечном введении вакцинируют подкожно с использованием очень тонких игл в область, где можно прижать место инъекции (например, тыл стопы или кисти); иглу вводят параллельно костной плоскости. Внутримышечное введение АКДС (что предпочтительно) осуществляют в мышцы дорзальной поверхности предплечья. Вакцинацию убитыми вакцинами лучше проводить на фоне введения препаратов факторов свертываемости, тактика вакцинации живыми вакцинами определяется с учетом введения этих препаратов, которые могут содержать антитела к соответствующим вирусам (см. ниже).

12.2. Вакцинацию живыми вирусными вакцинами детей, получивших препараты крови, проводят с интервалами, приведенными в табл.2. Это связано с тем, что препараты крови содержат антитела против вирусов кори, паротита и краснухи, которые препятствуют размножению живых вакцинных вирусов в организме вакцинируемого. Такая отсрочка не

повышает риска заболевания, т.к. наличие антител в крови защищает ребенка от заболевания.

Ребенок, получивший живую вирусную вакцину, считается непривитым в случае введения ему в сроки до 2 недель после прививки иммуноглобулина, плазмы или крови. На приживаемость живой вакцины против полиомиелита в кишечнике, а также на результаты использования инактивированных вирусных и бактериальных вакцин антитела, содержащиеся в препаратах крови, не влияют. Для экстренной профилактики гепатитов А и В вакцины вводят одновременно с препаратами иммуноглобулинов.

12.3. Детям, родившимся с весом ниже 1500 г у матерей-носителей HbsAg, наряду с вакциной против гепатита В рекомендуется одновременно в первые 12 часов жизни вводить специфический иммуноглобулин человека против гепатита В в дозе 100 МЕ.

12.4. Поскольку оперативное вмешательство представляет собой сильное стрессовое воздействие, способное влиять на иммунные реакции, иммунизацию, без крайней необходимости, проводить раньше чем через 3 — 4 недели не следует. В случае предстоящей плановой операции прививки следует провести не позже чем за 1 месяц до операции. Для профилактики гепатита В вакцинацию проводят до или, в крайнем случае, сразу после операции (переливания крови).

Ложные противопоказания к прививкам. Методические указания МУ 3.3.1.1095-02

3.3.1. Вакцинопрофилактика «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок»(утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 9 января 2002 г.)

13.1. Медицинские противопоказания, встречаются реже чем у 1% детей. Не намного чаще выявляются состояния, которые требуют не «отвода», а лишь отсрочки иммунизации. На практике, даже в регионах с высоким уровнем охвата прививками, дети нередко «отводятся» от вакцинации (постоянно или на длительные сроки), не имея противопоказаний. Основными причинами таких отводов являются перинатальная энцефалопатия, аллергия и анемии. Отказы родителей, на которые часто ссылаются в регионах с низким уровнем охвата прививками, имеют место менее чем в 1% случаев. Все эти состояния должны рассматриваться как ложные противопоказания. Использование педиатром перечисленных в табл.3 и иных ложных противопоказаний должно рассматриваться как свидетельство его некомпетентности в вопросах иммунопрофилактики со всеми вытекающими отсюда мерами.

Ряд состояний этого списка, однако, ставит перед педиатром определенные диагностические и терапевтические задачи, решение которых вполне возможно до проведения прививок.

13.2. Перинатальная энцефалопатия — собирательный термин, обозначающий повреждение ЦНС травматического и/или гипоксического генеза, ее острый период заканчивается в течение первого месяца жизни. В практике этот термин используют (нередко у 80-90% детей первых месяцев жизни) и как диагноз для обозначения непрогрессирующих остаточных расстройств (мышечная дистония, нарушения периодичности сна и бодрствования, запаздывание становления статических и моторных функций и др.). Если педиатру неясен характер изменений ЦНС, он направляет ребенка к невропатологу для исключения прогрессирующего процесса, после чего он сам принимает решение о проведении вакцинации.

Таблица 3. Ложные противопоказания к проведению вакцинации

Состояния: перинатальная энцефалопатия, стабильные неврологические состояния, аллергия, астма, экзема, анемии, увеличение тени тимуса, врожденные пороки, дисбактериоз, поддерживающая терапия, стероиды местного применения.

Указания в анамнезе на недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденных, сепсис, болезнь гиалиновых мембран, поствакцинальные осложнения в семье, аллергия в семье, эпилепсия в семье, внезапная смерть в семье.

13.3. Стабильные неврологические состояния не несут в себе риска осложнений вакцинации, о чем говорит опыт прививок детей с ДЦП, болезнью Дауна и другими подобными состояниями.

13.4. Анемия — нетяжелая, алиментарного генеза не должна быть причиной отвода от прививки, после которой ребенку назначают соответствующее лечение. Тяжелая анемия требует выяснения причины с последующим решением вопроса о времени вакцинации.

13.5. Дисбактериоз как диагноз оправдан только у больного с расстройством стула на фоне массивной антибиотикотерапии, когда вопрос о прививке не возникает до выздоровления. У ребенка с нормальным стулом диагноз «дисбактериоз» не имеет под собой каких-либо оснований, при неустойчивом стуле речь обычно идет о непереносимости молочного сахара или синдроме раздражимой кишки. В этих случаях факт количественных или качественных отклонений микробной флоры кала от «нормы» не может являться поводом для отвода от прививки или ее отсрочки.

13.6. Увеличение тени тимуса на рентгенограмме выявляется обычно случайно при обследовании по поводу ОРЗ, оно является анатомическим вариантом либо результатом его постстрессовой гиперплазии. Такие дети хорошо переносят прививки, дают нормальный иммунный ответ, а частота поствакцинальных реакций у них не больше, чем у детей без видимой тени вилочковой железы. Срок вакцинации определяется течением заболевания, по поводу которого был сделан снимок.

13.7. Аллергические заболевания являются скорее показанием к вакцинации, чем противопоказанием, поскольку у этих детей инфекции протекают особенно тяжело (например, коклюш у больного астмой). Педиатр, консультируя такого ребенка с аллергологом, должен ставить вопрос не о допустимости прививок, а о выборе оптимального времени их проведения и необходимости лекарственной защиты (противогистаминные препараты при кожных формах атопии, ингаляции стероидов и бета-агонистов при астме).

13.8. Врожденные пороки развития, в т.ч. пороки сердца, не являются поводом для отвода от прививок в отсутствие других причин, они проводятся по достижении компенсации имеющихся расстройств.

13.9. Поддерживающее лечение хронического заболевания антибиотиками, эндокринными препаратами, сердечными, противоаллергическими, гомеопатическими средствами и т.д. само по себе не должно служить поводом для отвода от прививок.

13.10. Местное применение стероидов в виде мазей, капель в глаза, спреев или ингаляций не сопровождается иммуносупрессией и не препятствует вакцинации.

13.11. Анамнестические данные о тяжелых заболеваниях не должны служить поводом для отсрочки прививок: дети первых месяцев жизни, перенесшие тяжелые заболевания

(сепсис, гемолитическую анемию, пневмонию, болезнь гиалиновых мембран и др.) и поправившиеся от них, вакцинируются в обычном порядке.

13.12. Неблагоприятный семейный анамнез не должен служить поводом для отвода от прививок. Внезапная смерть сибса в поствакцинальном периоде также не является противопоказанием для проведения вакцинации. Лишь наличие в семье больного с симптомами иммунодефицита требует обследования новорожденного до введения ему БЦЖ и использования инактивированных вакцин вместо живых.

Реакция, проба Манту у ребенка

Что такое реакция Манту?



Проба Манту - это основной метод профилактического обследования детей на туберкулез, иммунологический тест, который показывает, есть ли в организме туберкулезная инфекция.

Реакция Манту – это реакция организма на введение туберкулина. В месте введения препарата в кожу возникает специфическое воспаление, вызванное инфильтрацией лимфоцитами – специфическими клетками крови, ответственными за клеточный иммунитет (в отличие от антительного иммунного ответа, при котором основную роль играют белки-антитела). Фрагменты микобактерий как бы притягивают к себе лимфоциты из пролегающих поблизости кровеносных сосудов кожи. Но в игру вступают не все лимфоциты, а только те, которые уже полностью или частично «знакомы» с палочкой Коха. Если организм уже имел шанс «познакомиться» с настоящей микобактерией

туберкулеза, то таких лимфоцитов будет больше, воспаление интенсивнее, а реакция Манту будет «положительной» (есть инфицирование палочкой Коха). Естественно, положительная реакция означает, что воспаление превышает таковое, вызываемое самим уколom и некий диагностический порог. Измеряя линейкой диаметр папулы (воспалительной «бляшки» или «пуговки») можно оценить напряженность иммунитета к туберкулезной палочке.

Строго говоря, реакция организма на туберкулин является одной из разновидностей аллергии (ибо туберкулин сам по себе не является полноценным антигеном, но скорее аллергеном).

Так ли безвредна реакция Манту?

Несмотря на давний срок применения туберкулина с диагностической целью, сущность и механизм его действия остается спорным. До конца до сих пор неизвестен в точности механизм взаимодействия туберкулина с иммунной системой. Туберкулин не является подлинным токсином, его нельзя назвать и антигеном, так как после его введения в организме не образуются специфические антитела. Большинство исследователей видят в нем неполный антиген. Он способен вызывать ответную реакцию только у людей, предварительно сенсибилизированных микобактериями туберкулеза или вакциной БЦЖ. У этих пациентов на месте внутрикожного введения туберкулина развивается специфическая реакция замедленного типа в виде инфильтрата (уплотнения). Туберкулин не вызывает образования иммунитета. Но эта точка зрения не объясняет усиления, как при вакцинации, реакции при частой постановки пробы – т.н. «бустерный эффект» пробы Манту.

Скорее всего, туберкулин можно охарактеризовать как разнородную смесь из органических веществ разной степени сложности, полученных из микобактерий. Туберкулин не несет в себе туберкулезную палочку, как может показаться из названия. Он содержит только продукты ее жизнедеятельности.

Современный препарат, помимо самого туберкулина, содержит соли фосфатного буферного раствора, натрия хлорид, стабилизатор Твин-80, и фенол в качестве консерванта. В основном препарат избавлен от балластных примесей, однако он может содержать их в следовых количествах, что может влиять на результат реакции.

Ставим пробу "Манту".

Первая проба Манту ставится в год. Ежегодному обследованию с помощью внутрикожной реакции Манту подлежат практически здоровые дети и подростки, начиная с 12-месячного возраста, независимо от результатов предыдущей пробы.

И тут начинаются противоречия. Доказано, что постановка туберкулиновой пробы не имеет смысла у детей младше 12 месяцев, ибо результат пробы будет недостоверным или неточным, в связи с возрастными особенностями развития иммунной системы – реакция может быть ложноотрицательной. Дети младше 6 месяцев неспособны адекватно отвечать на реакцию Манту. Но при этом детям, не привитым в период новорожденности, проба Манту ставится 2 раза в год, начиная с 6-месячного возраста, до проведения ребенка прививки вакциной БЦЖ.

Уход за «пуговкой»

После введения туберкулина образуется специфическое выбухание верхнего слоя кожи более известное как «пуговка».

Неправильное обращение с местом постановки пробы может повлиять на результат реакции, а это не нужно ни пациенту, ни врачу. До момента оценки результатов не надо мазать пуговку зеленкой, перекисью. Очень важно не допускать контакта места пробы с водой и другими жидкостями. Не нужно заклеивать ранку лейкопластырем – под ним кожа может потеть. Не допускайте того, чтобы ребенок расчесывал место введения туберкулина. После оценки результатов пробы Манту, если образовался гнойничок или язвочка, ее можно обрабатывать как любую другую ранку, с применением всех традиционных средств.

Что может повлиять на результаты реакции Манту?

Реакция организма на туберкулин является одной из разновидностей **аллергии**. Именно поэтому имеющиеся **аллергические заболевания могут влиять на результат** - это и пищевая или медикаментозная аллергия, и аллергический дерматит. На **результат реакции Манту могут влиять недавно перенесенные инфекции, хроническая патология, иммунитет к нетуберкулезным микобактериям, возраст**. Не последнюю роль играют и другие сопутствующие факторы: **индивидуальные характеристики чувствительности кожи, фаза менструального цикла у девушек, сбалансированность питания ребенка**. Даже глисты способствуют **положительной реакции Манту**. Воздействие на результаты пробы оказывают неблагоприятные экологические факторы: **повышенный радиационный фон, вредные выбросы химических производств**.

На результаты туберкулинодиагностики также могут влиять различные нарушения в методике ее проведения: транспортировке и хранении туберкулина, при применении нестандартного и некачественного инструментария, при погрешностях в технике постановки и чтения реакций Манту.

Также в Инструкции указывается на возможную **индивидуальную непереносимость туберкулина**, при которой, по логике, Манту просто противопоказана (на вводимый туберкулин поднимается высокая температура, наблюдается общая вялость, плохое самочувствие, расстройство желудочно-кишечного тракта).

С учетом вышеперечисленных факторов, в изолированном виде, **сама по себе положительная реакция Манту не является 100% доказательством инфицирования туберкулезом**.

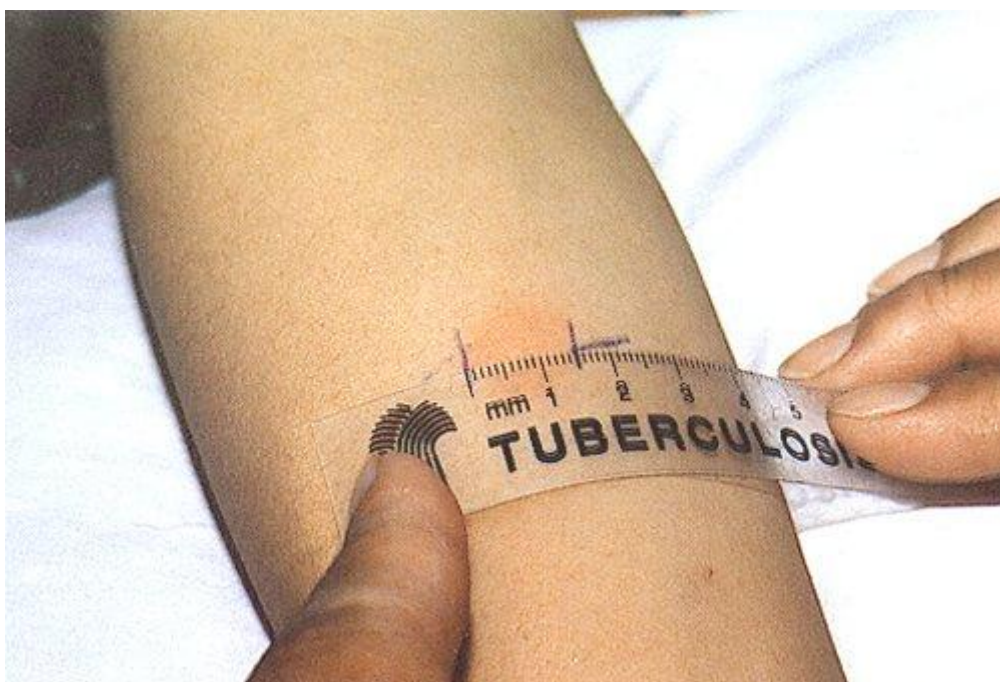
Противопоказания к проведению пробы Манту:

- кожные заболевания
- острые и хронические инфекционные и соматические заболевания в стадии обострения (проба Манту ставится через 1 месяц после исчезновения всех клинических симптомов или сразу после снятия карантина)
- аллергические состояния
- эпилепсия.
- Не допускается проведение пробы Манту в тех коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям - она ставится через 1 месяц после исчезновения всех клинических симптомов или сразу после снятия карантина.

Ввиду того, что вырабатываемый в результате прививок иммунитет может повлиять на результат реакции Манту, ее постановка не должна проводиться в один день с какими бы то ни было прививками. В противном случае увеличивается риск ложноположительных реакций. В случаях, если по тем или иным причинам пробу Манту производят не до, а после проведения различных профилактических прививок, туберкулинодиагностика должна осуществляться не ранее чем через 1 месяц после прививки.

Оценка результатов реакции Манту

После введения туберкулина, на 2-3 день образуется специфическое уплотнение кожи. На вид это возвышающийся над кожей, немного покрасневший округлый участок кожи, от обычного покраснения на ощупь отличающийся незначительным уплотнением. Чем больше в организме знающих о туберкулезной палочке иммунных клеток, тем больше будет размер уплотнения (папулы).



Результат пробы Манту оценивают через 72 часа. Начинают с внешнего осмотра места введения туберкулина. При этом можно установить отсутствие реакции, гиперемии или инфильтрат. Необходимо уметь отличать инфильтрат от гиперемии. Для этого пальпаторно определяют толщину складки кожи над здоровым участком, затем - на месте введения туберкулина. При инфильтрате кожная складка утолщена по сравнению со здоровым участком, при гиперемии одинаковая. Затем прозрачной бесцветной миллиметровой линейкой измеряют и регистрируют поперечный (по отношению к оси руки) размер инфильтрата. Не допускается применять для измерения термометр и другие «подручные материалы» вроде миллиметровой бумаги и самодельных линеек из рентгеновской пленки. **Внимательно проследите, чтобы в отношении вашего ребенка не было допущено халатного отношения, и оценка результатов пробы Манту проводилась специалистом в хорошо освещенном помещении, строго прозрачной линейкой!**

Измеряется только размер уплотнения. Покраснение вокруг уплотнения не является признаком иммунитета к туберкулезу или инфицированности, однако оно регистрируется, когда нет папулы.

Нормы при реакции Манту

Реакция Манту считается:

отрицательной - при полном отсутствии уплотнения инфильтрата (гиперемии) или при наличии только уколочной реакции (0-1 мм);

сомнительной - при “пуговке” размером 2-4 мм и при покраснении любого размера без уплотнения (при инфильтрате (папула) размером 2-4 мм при только гиперемии любого размера без инфильтрата);

положительной - при наличии выраженного уплотнения, инфильтрата (папула) диаметром 5 мм и более.

Слабо положительными считаются реакции с размером “пуговки” 5-9 мм в диаметре; средней интенсивности - 10-14 мм; **выраженными** - 15-16 мм;

очень сильно выраженной у детей и подростков считается реакция с диаметром уплотнения 17 мм и более.

Гиперергическими у детей и подростков считаются реакции с диаметром инфильтрата 17 мм и более, у взрослых - 21 мм и более, а также везикулонекротические реакции, независимо от размера инфильтрата, лимфангоит, дочерние отсевы, регионарный лимфаденит.

Когда необходимо обратиться к фтизиатру?

Сама по себе положительная реакция Манту не является 100-процентным доказательством наличия туберкулеза. Однако есть моменты, которые свидетельствуют об опасности:

чувствительность к туберкулину из года в год увеличивается по нарастающей; резкий “скачок”, при котором уплотнение увеличивается на 6 мм и более (например, в прошлом году “пуговка” была размером 10 мм, а в этом - 16);

недавнее пребывание в регионе с повышенной циркуляцией туберкулеза;

даже временный контакт с больным открытой формой туберкулеза;

наличие в семье родственников, болевших или инфицированных туберкулезом.

В таких случаях ребенка направляют на консультацию к детскому фтизиатру.

Если у ребенка положительная проба Манту

В условиях обязательной вакцинации и ревакцинации БЦЖ положительные реакции на пробу Манту могут быть следствием как инфекционной, так и поствакцинальной аллергии. Поэтому прежде чем приступить к решению вопроса о характере аллергии, необходимо установить наличие и размер кожного рубца на месте введения вакцины БЦЖ; сроки, прошедшие с момента вакцинации (ревакцинации) и сопоставить их с размером инфильтрата и предыдущими результатами туберкулиновых проб.

Положительная реакция на туберкулин у двух - трехлетнего ребенка может быть проявлением поствакцинальной аллергии. В зависимости от индивидуальной реактивности организма реакция на пробу Манту через 1-1,5 года после вакцинации БЦЖ может быть отрицательной, сомнительной и у 60 процентов детей положительной.

Положительные реакции как проявления поствакцинальной аллергии развиваются через 6-8 недель после вакцинации и достигают наибольшей интенсивности к 1-2 годам. Это обусловлено тем, что к этому периоду поствакцинальный иммунитет достигает максимальной выраженности. Поэтому в первые два года жизни после вакцинации БЦЖ положительные реакции на пробу Манту могут быть диаметром от 5 до 16 мм. При рубце 2-4 мм длительность поствакцинального иммунитета составляет 3-4 года. Таким детям

Манту рекомендуется ставить на фоне приема десенсибилизирующих средств в течение 7 дней (5 дней до постановки и 2 дня после нее).

Если туберкулиновая проба показала положительный результат, то педиатр направит вас на консультацию фтизиатра. Необходимо исключить все влияющие факторы: вакцинация БЦЖ и другими вакцинами, недавняя инфекция, аллергия к компонентам туберкулина, аллергия неясной этиологии.

Заключение "аллергия неясной этиологии" делается в том случае, когда невозможно решить вопрос о характере аллергии (инфекционная или послевакцинальная). Для уточнения этиологии аллергии дети направляются в ПТД, где после проведенного обследования их ставят на учет по "О" группе диспансерного наблюдения. Через 6 месяцев пробу Манту повторяют. Если размер реакции остается прежним или увеличивается, аллергия считается инфекционной. Снижение чувствительности к туберкулину свидетельствует о послевакцинальной аллергии.

Важным признаком, позволяющим провести различие между поствакцинальным иммунитетом и инфицированием, как причинами положительной реакции, является наличие пигментации (коричневатое окрашивание места, где была папула) спустя 1-2 недели после постановки пробы Манту. Папула, появляющаяся после вакцинации обычно не имеет четких контуров, бледно-розовая и не оставляет пигментации. Постинфекционная папула более интенсивно окрашена, имеет четкие контуры и оставляет пигментацию, сохраняющуюся около 2 недель.

Срок, прошедший после прививки БЦЖ	Размер рубчика после прививки БЦЖ	Размер папулы при постановке пробы Манту		
		Поствакцинальный иммунитет	Причина неясна	Инфицирование
1 год	6-10 мм	5-15 мм	16 мм	более 17 мм
	2-5 мм	5-11 мм	12-15 мм	более 16 мм
	нет	Сомнительная	5-11 мм	более 12 мм
2 года	Не имеет значения	Уменьшение размера или прежний размер	Увеличение размера на 2-5 мм, если предыдущий результат был положительным	Изменение на положительную или увеличение на 6 мм

«Виразж» пробы Манту – изменение (увеличение) результата пробы диаметра папулы) по сравнению с прошлогодним результатом. Является очень ценным диагностическим признаком.

Критериями виража являются:

- появление впервые положительной реакции (папула 5 мм и более) после ранее отрицательной или сомнительной;
- усиление предыдущей реакции на 6 мм и более;
- гиперергическая реакция (более 17 мм) независимо от давности вакцинации;
- реакция более 12 мм спустя 3-4 года после вакцинации БЦЖ.

Именно виразж заставляет врача думать о произошедшем в течение последнего года инфицировании. Например, если результат пробы за последние три года выглядел как 12, 12, 12, а на четвертый год был получен результат 17 мм, то с большой долей вероятности можно говорить о произошедшем инфицировании. Естественно, что при этом надо исключить все влияющие факторы – аллергию к компонентам туберкулина, аллергию на другие вещества, недавно перенесенную инфекцию, факт недавней вакцинации БЦЖ или другой вакциной менее 1 мес. назад, и т.п.

«Бустерный» эффект пробы Манту – эффект усиления (boost (англ.) – усиление), т.е. увеличения диаметра папулы при частой (чаще чем раз в год) постановке пробы. Несмотря на то, что туберкулин не является полноценным антигеном и не может вызывать формирование иммунитета, эффект по всей видимости связан с увеличением чувствительности лимфоцитов к туберкулину. Бустерный эффект имеет и обратную сторону – лица, инфицированные туберкулезной палочкой, с годами теряют способность реагировать на туберкулин и в конце концов результат пробы становится ложноотрицательным. Бустерный эффект (в обоих его проявлениях) встречается у подростков и взрослых, что, видимо, обусловлено более высокой степенью развития иммунной системы. У детей этот эффект выражен меньше, однако постановка пробы Манту чаще, чем один раз в год без явной необходимости не является желательной. Исключением из этого является необходимость в повторной пробе Манту (в сомнительных и критичных случаях), которая, согласно российским нормативным документам, проводится через 3 мес. от первой.

Для исключения бустерного эффекта у инфицированных микобактерией (при наличии явных факторов риска инфицирования и отсутствии реакции на пробу Манту) в США рекомендуют проводить повторную постановку пробы через 1-3 недели. У тубинфицированных реакция становится резко положительной, организм как бы «вспоминает» о своей чувствительности к туберкулину.

Если ребенка ставят на учет и назначают профилактическое лечение после пробы Манту

Дети и подростки с впервые выявленным инфицированием туберкулезом обладают повышенным риском развития клинически выраженного туберкулеза - считается, что у 7-10% таких детей может развиваться первичный туберкулез со всей присущей симптоматикой. Поэтому такие дети подлежат наблюдению в противотуберкулезном диспансере в течение года. В течение трех месяцев проводится химиопрофилактика

изониазидом. По окончании этого периода ребенок передается под наблюдение участкового педиатра как «инфицированный более одного года».

Если у такого ребенка спустя год не выявляются признаков усиления чувствительности к туберкулину и гиперергической реакции, то он наблюдается педиатром на «общих основаниях». У таких детей тщательно отслеживается результат ежегодной пробы Манту. Усиление у таких детей реакции на 6 мм и более говорит об активации инфекции.

Инфицированные более одного года с гиперергической реакцией на туберкулин и увеличением реакции на 6 мм и более наблюдаются в тубдиспансере. Проводится химиопрофилактика в течение 3 месяцев.

Если результат пробы у ребенка положителен, но предыдущая проба проводилась не один, а два и более года назад, ребенок считается «инфицированным с неустановленным сроком давности». Рекомендуется проведение повторной пробы через 6 месяцев. По результатам второй пробы решается вопрос о необходимости наблюдения в тубдиспансере и химиопрофилактике.

Постановка детей на диспансерный учет у фтизиатра определена положениями Инструкции по организации диспансерного наблюдения и учета контингентом противотуберкулезных учреждений (Приложение N 7 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109, часть III Группы диспансерного наблюдения и учета детских и подростковых контингентов противотуберкулезных учреждений).

Особо здесь отмечу, что, согласно «Инструкции по применению туберкулиновых проб» постановка детей до трех лет на учет по VI группе (собственно, по которой и определяется лечение специальными препаратами) вообще исключена! Цитирую: «Все дети (старше трех лет), у которых произошел переход ранее отрицательных туберкулиновых реакций в положительные, а также дети с усиливающейся чувствительностью к туберкулину при наличии контакта с больным туберкулезом, после исключения активного туберкулезного процесса, берутся на учет ПТД по VI группе». Старше трех лет! Это правило специально оговорено в Инструкции, однако часто нарушается на практике.

Напомню, проба Манту не является 100% достоверным средством диагностики туберкулеза, и на основании одной только положительной реакции диагноз «тубинфицирование» ставиться не может!

При первом визите к фтизиатру вам назначат следующие обследования – флюорография грудной клетки, микробиологический посев мокроты, обследование членов семей.

Если вам назначают профилактический курс изониазида или др. препараты, то требуйте весь комплекс обследований, необходимых по «Инструкции по химиотерапии больных туберкулезом»: исследование мокроты и иного доступного диагностического материала на микобактерии туберкулеза не менее чем трехкратно, исследование крови на антитела к ВИЧ, вирусам гепатита, ЭКГ, туберкулинодиагностика (определение порога чувствительности к туберкулину, кожная градуированная проба) и ряд других.

Препараты против туберкулезной палочки очень токсичны, пусть даже и в «профилактических дозах», которые рассчитываются на вес ребенка. Сами понимаете, что значит – «рассчитать на вес» препарат с большим количеством побочных эффектов, дети – они ведь не одинаковые механизмы, поэтому риск профилактического лечения здорового ребенка очень высок!

Режим и методику химиотерапии определяют индивидуально с учетом факторов риска. Требуется достоверной оценки состояния здоровья своего ребенка. Уточните рекомендации врача по приему витаминов, гепатопротекторов (лекарственные средства, защищающие печень) и режиму специальной диеты.

Другие методы диагностики туберкулеза

Проба Пирке - кожная проба, проводимая путём нанесения на кожу внутренней поверхности предплечья капли старого туберкулина Коха (АТК) и скарификации кожи через нанесённую каплю. Через 48-72 ч проводят оценку местной реакции. В настоящее время пробу практически не применяют ввиду низкого стандарта в постановке пробы (разная величина капли, разная длина и глубина царапины и т.д.).

Градуированная проба Пирке - модифицированная проба Пирке. На кожу внутренней поверхности предплечья или передней поверхности бедра наносят по каплям 4 различных р-ра туберкулина: 100%, 25%, 5% и 1% и в качестве контроля пятую каплю 0,25% р-ра карболовой кислоты в 0,9% р-ре NaCl, на котором готовят р-ры туберкулина. Скарификацию кожи через нанесённые капли проводят, начиная с контрольного р-ра и заканчивая 100% туберкулином. Чтение местной реакции проводят через 48-72 ч. Чаще всего эту пробу используют в педиатрической практике.

Среди других методов диагностики туберкулёза в некоторых регионах используют **иммуноферментный анализ (ИФА)**, несущий информацию не о заболевании, а об инфицировании. ИФА выявляет антитела к микобактериям туберкулёза. Его информативность высока лишь в странах с низкой заболеваемостью и инфицированностью населения. Чувствительность колеблется от 68 до 90%, следовательно, недиагностированным остается достаточно большой процент.

Серологические исследования при туберкулёзе основаны на распознавании сывороточных иммуноглобулинов G (IgG) — антител, специфичных к микобактериальным антигенам. Применяют методы, использующие связанный с ферментом иммуносорбент (ELISA).

Методика полимеразной цепной реакции (ПЦР), которая обладает исключительно высокой чувствительностью (порядок 1-10 микроорганизмов) и высокой специфичностью. ПЦР-метод позволяет улучшить диагностику туберкулеза, сделать ее быстрой и дешевой, а также снимает сомнительные диагнозы при гипердиагностике. Существенным преимуществом этой реакции является возможность работать с малым количеством патологического материала и получение результатов анализа в течение одного рабочего дня. Особенно сильно преимущество ПЦР-метода при внелегочных формах инфекции. Парадоксально, но метод ПЦР до сих пор не принят во фтизиатрии в качестве официального метода диагностики. К сожалению, на сегодняшний день ситуация такова, что результаты ПЦР обязательно должны быть подтверждены либо одной из официально принятых методик, либо клинически.

В некоторых городах ПЦР-метод распространен пока только применительно к диагностике туберкулеза урогенитальной локализации (на платной основе в медицинских центрах). Однако у вашего фтизиатра вы можете запросить направление в Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии (УрНИИФ Минздрава РФ), который является соисполнителем программы "Разработка и внедрение ускоренных методов диагностики и раннего выявления туберкулеза, новых технологий излечения

больных туберкулезом различных локализаций, достоверных способов контроля за эпидемиологией» и пройти современную диагностику на туберкулез.

Главная **профилактика туберкулеза** - это полноценное питание + витамины + позитивное настроение.

Данный материал написан в качестве «ликбеза по реакции Манту» на основании изучения нормативно-правовых документов, регламентирующих сферу деятельности фтизиатрических служб.

Принимая во внимание стрессовый характер ситуации, в которой оказываются родители ребенка с диагнозом «первичное тубинфицирование», призываю вас взвесить все «за» и «против» отказа от профилактического лечения и диспансерного наблюдения у фтизиатра. Россия, увы, страна, где фактически необъявленная эпидемия туберкулеза...

Если вы не согласны с диагнозом, либо попали под случай гипердиагностики, попросту – перестраховки специалиста, первое - подключите к ситуации педиатра. Лучше, если это будет педиатр высокой квалификации, который определит, что ребенок развивается нормально, результаты общего обследования в норме, и нет причин подозревать туберкулез внелегочной локализации (а легочная исключена по данным флюорографии). Второе – по закону вы имеете право отказаться от любого лечения (ст. 7, ч. 3 Закона "О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации" – об оказании противотуберкулёзной помощи несовершеннолетним только с согласия их законных представителей). И третье – если специалист отказывает вам в направлении на дополнительные исследования (нарушает другие положения Инструкции), либо просто отказывает вам в консультации и диалоге, вы можете обжаловать его действия в административном порядке в письменном обращении к руководству медицинского учреждения или территориального управления (отдела) Минздрава РФ.

Использованы документы:

Инструкция по применению туберкулиновых проб (Приложение N 4 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109)

Группы диспансерного наблюдения и учета детских и подростковых контингентов противотуберкулезных учреждений (Инструкция по организации диспансерного наблюдения и учета контингентом противотуберкулезных учреждений, Приложение N 7 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109, часть III).

PS: Есть непроверенные сведения про новый метод лечения туберкулеза - резонансно частотная терапия(аппаратура имедис, диагностика есть в любом крупном городе), примерно 15 сеансов(обязательно после прохождения вегетативно резонансной диагностики, на которой будут подобраны соответствующие программы.) Вегетативно-резонансная диагностика и биорезонансная терапия - новый метод, врачи в основном про это ничего не знают и знать не хотят.