

Резолюция V Национальной ассамблеи «Защищенное поколение»

Участники V Национальной ассамблеи «Защищенное поколение», заслушав и обсудив доклады и выступления в рамках научной программы, констатируют:

1. По результатам «Симпозиума Российско-Белорусской дружбы: вакцинопрофилактика — защита от болезней без границ»:

- 1.1. симпозиум позволил обозначить основные преимущества и недостатки национальных систем вакцинопрофилактики обеих стран;
- 1.2. в ходе обсуждения стало ясно, что проблемы в виде угрозы управляемых инфекций схожи в России и Беларуси, как, например, сохраняющаяся высокой заболеваемость коклюшем, а возможности борьбы вполне достижимы и универсальны;
- 1.3. особое значение придается оптимизации календаря профилактических прививок в качестве приоритетной задачи стратегического развития всей системы национальной вакцинопрофилактики;
- 1.4. докладчик из Департамента здравоохранения г. Москвы представила инновационный опыт в области информатизации здравоохранения в вопросе учета проведения вакцинопрофилактики, а руководитель московской поликлиники поделилась собственными данными усовершенствования рутинной системы вакцинации в условиях учреждения первичной медико-санитарной помощи, что может быть внедрено в других регионах Российской Федерации и в Республике Беларусь.

2. По результатам симпозиумов «Ротавирусная инфекция — риски, которых можно избежать» и «Кинозал Союза педиатров России»:

- 2.1. по заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ротавирусы вызывают от 50 до 60% всех диарей, связанных с ИСМП, у детей в возрасте 0–24 мес, часть из которых заканчиваются летальным исходом;
- 2.2. по данным зарубежной литературы, частота инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, вызванных ротавирусной инфекцией, составляет 27–32%;
- 2.3. по данным на 2016 г., в мире произошло 128 500 детских смертей, обусловленных ротавирусной инфекцией (РВИ) по сравнению с 528 000 случаев смерти, зарегистрированных в 2000 г.;
- 2.4. диагноз тяжелого ротавирусного гастроэнтерита (РВГЭ) устанавливается у 47–69% всех госпитализированных пациентов в возрасте от 4 до 12 мес жизни;
- 2.5. в результате комплексных эпидемиологических и клиничко-лабораторных исследований и наблюдений, проведенных среди детей до 1 года, госпитализированных в инфекционные больни-

цы г. Москвы, а также среди новорожденных и рожениц, РВГЭ был диагностирован у 60–65% детей до 1 года;

- 2.6. у многих детей РВИ протекает легко, но невозможно предсказать, у кого будет тяжелое течение; большинство тяжелых случаев РВГЭ происходит у детей в возрасте 6–24 мес жизни;

- 2.7. парадигма РВИ как локализованного заболевания, ограниченного только поражением слизистой оболочки тонкого кишечника, требует переоценки с учетом доказанной возможности ее генерализованного течения, а также развития внекишечных форм:

2.7.1. в работах зарубежных авторов указывается на возможность поражения ЦНС у детей, перенесших РВИ, подтвержденную обнаружением в ликворе РНК ротавируса методом ПЦР;

2.7.2. помимо поражения ЖКТ в виде гастроэнтерита, у них отмечались судороги, нарушение сознания и речи различной степени, атаксия;

2.7.3. у половины больных при спинномозговой пункции определялся плеоцитоз, а также были выявлены соответствующие патологические изменения на ЭЭГ и компьютерной томограмме;

2.7.4. описаны также энцефалопатия, менингоэнцефалит и сопутствующий церебеллит, бессимптомный гепатит в периоде реконвалесценции инфекции, кардиомиопатии инфекционного генеза;

2.7.5. в популяции с рутинной вакцинацией против РВИ в США в период 2006–2017 гг. отмечено снижение риска развития диабета 1-го типа на 33% среди привитых против РВИ по сравнению с невакцинированными;

- 2.8. иммунизация против РВИ в Российской Федерации проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям с 2014 г. пентавалентной вакциной (РотаТек); однако, несмотря на рост количества привитых против РВИ в настоящее время, до сих пор иммунизацией охвачена лишь небольшая часть территории РФ, что не может в значительной мере повлиять на эпидемический процесс в масштабах страны;

- 2.9. по данным ВОЗ, критерием адекватной вакцинации является охват не менее 80% целевой когорты детского населения при доле лиц с неполным курсом вакцинации не более 10%; достоверные популяционные эффекты проявляются при охвате иммунизацией против РВИ не менее 60%;

- 2.10. согласно позиции ВОЗ в отношении вакцинации против ротавирусной инфекции, ротавирусные вакцины должны быть включены во все национальные программы иммунизации и рассматриваться как приоритетные;

- 2.11.** по данным на апрель 2020 г., вакцинация против РВИ была включена в календари прививок 107 стран, глобальный охват иммунизацией к 2020 г. составил 58%;
- 2.12.** лучшей профилактикой РВИ во всех когортах является своевременная вакцинация.
- 3.** По результатам симпозиума «**Актуальные вопросы развития вакцинопрофилактики в Российской Федерации в ближайшей перспективе**»:
- 3.1.** вакцинопрофилактика — инструмент демографической политики, обеспечивающий:
- 3.1.1.** снижение заболеваемости, смертности и активное долголетие;
- 3.1.2.** вакцинация — самое эффективное и экономически выгодное профилактическое мероприятие, известное современной медицине;
- 3.2.** преимуществами программ иммунизации в развитых странах являются:
- 3.2.1.** более высокий потенциал эффективности за счет обширного наполнения;
- 3.2.2.** более широкие экономические возможности обеспечения государством национального календаря профилактических прививок (НКПП);
- 3.2.3.** разнообразие стратегий вакцинаций («догоняющая», коконная, учет разнообразных факторов риска);
- 3.2.4.** участие учреждений различных форм собственности;
- 3.2.5.** широкое совместное участие профессиональных ассоциаций в составе Национальной технической консультативной группы экспертов по иммунизации (National Immunization Technical Advisory Group, NITAG);
- 3.2.6.** разнообразие форм финансирования программ иммунизации;
- 3.3.** направления совершенствования НКПП:
- 3.3.1.** расширение списка вакцинопредотвратимых инфекций;
- 3.3.2.** преимущественное использование комбинированных вакцин;
- 3.3.3.** замена устаревших вакцин на современные (бустеры АаКДС-М, переход на ИПВ);
- 3.3.4.** создание «целевых» календарей для беременных, пациентов с хроническими болезнями, пожилых, путешественников и т.д.;
- 3.3.5.** следование концепции иммунизации на протяжении всей жизни;
- 3.4.** этапы жизни, требующие проведения вакцинации:
- 3.4.1.** прегравидарная подготовка;
- 3.4.2.** защита беременной и внутриутробного ребенка;
- 3.4.3.** защита младенцев;
- 3.4.4.** подготовка к социализации в условиях детского сада;
- 3.4.5.** подготовка к поступлению в школу;
- 3.4.6.** подростковый возраст;
- 3.4.7.** взрослая жизнь;
- 3.4.8.** люди преклонного возраста;
- 3.5.** с учетом регулярного возникновения глобальных мировых вызовов в виде новых возбудителей смертельно опасных инфекций, оказывающих влияние как на здоровье и благополучие населения, так и на экономическую, политическую ситуацию в стране и в мире, необходимо также принять дополнительные меры для совершенствования системы иммунопрофилактики в России с целью устойчивого обеспечения населения иммунобиологическими лекарственными препаратами (ИЛП) или вакцинами, а именно:
- 3.5.1.** усовершенствовать НКПП посредством включения вакцин против следующих инфекций (с выделением необходимых бюджетных ассигнований):
- 3.5.1.1.** гемофильной инфекции типа *b*: с 2020 г. для всей когорты детей первых двух лет жизни (не ограничиваясь группами риска) по схеме, предусмотренной НКПП (3; 4,5; 6 и 18 мес), в составе комбинированных вакцин (например, Пентаксима);
- 3.5.1.2.** менингококковой инфекции с использованием вакцин широкой валентности (серогруппы А, С, Y и W-135, например, Менактра): для детей первых двух лет жизни из групп риска (9 и 12 мес) с поэтапным увеличением количества прививаемых до полной когорты детского населения к 2025 г.;
- 3.5.1.3.** коклюша: для второй и последующих ревакцинаций детей (в 6–7 и 14 лет) с использованием вакцин, содержащих сниженное количество антигена (например, Адасель);
- 3.5.2.** обеспечить более широкое применение комбинированных и многокомпонентных вакцин с учетом следующих преимуществ в сравнении с однокомпонентными:
- 3.5.2.1.** уменьшение количества инъекций для детей (с 26 до 18 инъекций при применении комбинированных вакцин в рамках НКПП);
- 3.5.2.2.** уменьшение количества посещений поликлиники (что особенно важно в период эпидемий и пандемий);
- 3.5.2.3.** повышение приверженности иммунопрофилактике благодаря соблюдению графика вакцинации;
- 3.5.2.4.** экономия в перспективе бюджетных средств, в том числе снижение расходов на утилизацию отходов.
- 4.** По результатам симпозиума «**Вакцинопрофилактика папилломавирусной инфекции: курс на выживание**»:
- 4.1.** вирус папилломы человека (ВПЧ) может распространяться посредством сексуальных контактов любого вида; необходимо учитывать, что обрезание и использование презервативов снижает риск передачи ВПЧ, однако не исключает риск инфицирования; передача вируса возможна при контакте кожи с кожей на незащищенных презервативом участках;
- 4.2.** средний возраст начала половой жизни в России составляет 14,5 лет; заражение ВПЧ-инфекцией происходит почти у 70% начавших половую жизнь подростков в первый же год;
- 4.3.** риск инфицирования ВПЧ среди юношей и девушек в возрасте сексуального дебюта не зависит от средовых факторов, таких как воспитание, образование или социокультурный уровень;
- 4.4.** у девочек до половой зрелости вагинальное содержимое имеет нейтральный или слабощелочной pH; повышение pH влагалища на 30% повышает риск активации ВПЧ и развитие дисплазии шейки матки у женщин в возрасте до 35 и старше 65 лет; установлена четкая

- корреляция между наличием бактериального вагиноза и присутствием ВПЧ в шейке матки;
- 4.5.** к наиболее распространенным проявлениям папилломавирусной инфекции относят аногенитальные кондиломы, интраэпителиальные неоплазии разной локализации, рак шейки матки (РШМ), рак вульвы и влагалища, рак полового члена, анальный рак, орофарингеальный рак (при этом РШМ составляет 93,5% всех случаев ВПЧ-ассоциированных опухолей);
- 4.6.** злокачественные образования, ассоциированные с ВПЧ-инфекцией, характеризуются высокой летальностью, инвалидизацией, потерей репродуктивной способности;
- 4.7.** причиной смерти 24% женщин в Российской Федерации в возрасте от 30 до 39 лет является РШМ;
- 4.8.** в России с 1999 г. наблюдается снижение среднего возраста заболевших РШМ женщин в среднем с 53 до 48 лет;
- 4.9.** частота регистрации всех типов ВПЧ у беременных женщин составляет 30–65%, а типов высокого онкогенного риска — 20–30%; риск развития дисплазии шейки матки при беременности возрастает в 11 раз;
- 4.10.** в настоящее время доказана возможность вертикального пути передачи ВПЧ от инфицированной матери внутриутробному ребенку с преобладанием восходящего пути передачи возбудителя при условии нарушения целостности плодных оболочек, а также трансплацентарно через межворсинчатое пространство;
- 4.11.** ВПЧ передается младенцам от инфицированных матерей во время родов за счет аспирации цервикального и вагинального содержимого, причем персистенция папилломавирусов в течение нескольких лет в клетках слизистой оболочки верхних дыхательных путей ребенка может стать причиной рецидивирующего папилломатоза гортани;
- 4.12.** наличие генитальных кондилом у женщины во время беременности повышает риск развития респираторного папилломатоза у ребенка в 200 раз;
- 4.13.** распространенность ВПЧ-инфекции среди мужчин:
- 4.13.1.** распространенность онкогенных типов ВПЧ у мужчин достигает 35,7–45% и незначительно отличается от распространенности у женщин;
- 4.13.2.** онкогенные типы вируса у мужчин обнаруживаются в уретре — у 42%, в секрете предстательной железы — у 32,6%, в мазках из полового члена — у 7%, с мошонки — у 5,1%, с перианальной области — у 2,9%;
- 4.13.3.** риск инфицирования мужчин при первом половом контакте составляет 28,5% и увеличивается до 50% за 3 следующих года контактов с тем же партнером или партнершей;
- 4.13.4.** элиминация ВПЧ у мужчин, в анамнезе которых было больше 50 половых партнеров, происходит медленнее;
- 4.13.5.** в результате обследования 3463 гетеросексуальных мужчин на 5 континентах установлено, что мужчины чаще, чем женщины, имеют латентную инфекцию, не проверяются на наличие ВПЧ высокого онкогенного риска и являются постоянными носителями папилломавирусной инфекции для женщин;
- 4.13.6.** при этом у мужчин, предпочитающих сексуальные отношения с мужчинами, наличие ВПЧ-инфекции регистрировалось в 2,6 раза чаще;
- 4.14.** четырехвалентная вакцина против ВПЧ защищает от наиболее онкогенных типов вируса папилломы человека (16-й и 18-й типы), а также от 6-го и 11-го типов, вызывающих 90% случаев генитальных кондилом и 100% случаев рецидивирующего респираторного папилломатоза;
- 4.15.** рекомбинантная вакцина против ВПЧ, как, например, Гардасил, состоящая из вирусоподобных частиц, не может вызвать инфицирование, равно как не выявлена связь вакцинации против ВПЧ с серьезными нежелательными явлениями и развитием аутоиммунных заболеваний:
- 4.15.1.** результаты метаанализа 6 клинических исследований, включившего 243 289 привитых и 248 820 человек контрольной группы, не выявили достоверной разницы в уровне заболеваемости аутоиммунными заболеваниями;
- 4.15.2.** по данным наблюдения 73 тыс. привитых ВОЗ, связь между вакцинацией и развитием серьезных нежелательных явлений (включая смертельные исходы) не выявлена;
- 4.15.3.** по результатам проводимой в Московской области программы вакцинации девочек-подростков против ВПЧ уже появились данные о благополучном родоразрешении 76 вакцинированных ранее женщин, у которых родились здоровые доношенные дети, 52 беременных пациентки находятся под наблюдением; вакцинироваться против ВПЧ необходимо, несмотря на то что организм может сам справиться с вирусом:
- 4.16.1.** в течение жизни ВПЧ инфицируются от 70 до 80% сексуально активного населения;
- 4.16.2.** в 90–95% случаев организм действительно сам справляется с ВПЧ-инфекцией (хороший сценарий);
- 4.16.3.** у 5–10% инфицированных вирус начинает персистировать в организме, что в конечном итоге может приводить к развитию доброкачественных или злокачественных изменений кожи и слизистых оболочек (плохой сценарий);
- 4.16.4.** по какому из двух сценариев пойдет развитие ВПЧ-инфекции, спрогнозировать невозможно;
- 4.16.5.** ранее перенесенная ВПЧ-инфекция не защищает от повторного заражения;
- 4.17.** дополнительные вещества в составе вакцины против ВПЧ, как например, Гардасил, доказанно безопасны в ходе тщательного изучения доклинических, клинических и пострегистрационных исследований:
- 4.17.1.** полисорбат-80 — поверхностно-активное вещество с эмульгирующими свойствами, широко используется в фармацевтической и косметической промышленности;
- 4.17.2.** алюминия гидроксифосфата сульфат аморфный — входящий в состав вакцин неорганический адъювант, одобренный для использования в вакцинах Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA);
- 4.18.** в странах, внедривших вакцинацию против ВПЧ в национальные программы, удалось на третью

снизить частоту раковых и предраковых заболеваний, а также значительно сократить уровень заболеваемости аногенитальными бородавками;

- 4.19.** вакцинация против ВПЧ внедрена в национальные программы иммунизации для девочек-подростков в 110 странах мира, из которых в 42 государствах проводится гендерно-нейтральная иммунизация.
- 5.** По результатам симпозиума «**Современная иммунопрофилактика — от науки к практике**» были определены цели вакцинации беременных:
- 5.1.** вакцинация беременной позволяет усилить иммунный ответ для формирования защиты будущей матери и ребенка (и в дальнейшем новорожденного) до момента, когда тот может быть иммунизирован;
- 5.2.** беременность, ранний неонатальный период и первое полугодие жизни младенца — уникальные иммунологические циклы повышенной восприимчивости к инфекциям;
- 5.3.** при этом повышенная концентрация антител у вакцинированной беременной способствует пассивному проникновению антител в сыворотку внутриутробного ребенка для обеспечения защиты в первые месяцы жизни;
- 5.4.** у недоношенных и новорожденных с очень малой массой тела при рождении имеет место повышенный риск тяжелого течения с необходимостью госпитализации вследствие таких вакциноуправляемых инфекций как:
- 5.4.1.** коклюш;
- 5.4.2.** инвазивная пневмококковая инфекция;
- 5.4.3.** ротавирусный гастроэнтерит;
- 5.4.4.** грипп;
- 5.5.** недоношенным необходима своевременная вакцинация с использованием вакцин НКПП в соответствии с гестационным возрастом;
- 5.6.** задержка вакцинации связана с ошибочными представлениями родителей и медиков о недоношенности:
- 5.6.1.** недоношенность до сих пор воспринимается в качестве ложного противопоказания к вакцинации;
- 5.6.2.** сохраняется необоснованный страх побочных эффектов и сомнения в безопасности вакцин;
- 5.7.** результаты 10 клинических исследований подтвердили возможность назначения гексавалентной вакцины (Инфанрикс Гекса) недоношенным и рожденным с низкой и очень низкой массой тела:
- 5.7.1.** в Испании после первичной вакцинации $\geq 92,5\%$ недоношенных были серопозитивными ко всем вакцинальным антигенам;
- 5.7.2.** введение гексавалентной вакцины (Инфанрикс Гекса) обеспечивает достаточную иммуногенность у недоношенных и новорожденных с низкой и очень низкой массой тела, при этом ответ на антигены НерВ/Ниб ниже, чем у доношенных;
- 5.7.3.** иммуногенность введения гексавалентной вакцины (Инфанрикс Гекса) достаточна при одновременном введении с 10-валентной конъюгированной пневмококковой вакциной Синфлорикс;
- 5.7.4.** Инфанрикс Гекса может вводиться одновременно с другими вакцинами для новорожденных и моноклональными антителами против РСВ;
- 5.8.** Актуальная ситуация по вопросам вакцинопрофилактики ветряной оспы:
- 5.8.1.** ветряная оспа в России сохраняет лидирующую позицию в структуре инфекционной заболеваемости и представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения;
- 5.8.2.** клинический полиморфизм ветряной оспы, рост доли тяжелых и осложненных форм не позволяют относиться к этой болезни как к легкой детской инфекции;
- 5.8.3.** снижение минимального возраста, в котором показана иммунизация вакциной против ветряной оспы (например, Варилрикс), до 9 мес будет способствовать уменьшению бремени заболевания ветряной оспой и ее осложнений в популяции с высокой восприимчивостью;
- 5.8.4.** возможность подкожного и внутримышечного введения вакцины против ветряной оспы (Варилрикс) делает ее более удобной в применении;
- 5.8.5.** необходимость расширения контингентов категорий граждан, подлежащих вакцинации против ветряной оспы, рекомендована Союзом Экспертов в сфере иммунопрофилактики Российской Федерации;
- 5.8.6.** в текущей ситуации чрезвычайно важно продолжать проведение полноценной вакцинопрофилактики у детей против вакциноуправляемых инфекций;
- 5.9.** обоснования снижения допустимого возраста начала вакцинации против ветряной оспы следующие:
- 5.9.1.** при рождении у большинства новорожденных отмечают серопозитивный статус в отношении вируса ветряной оспы из-за наличия пассивно приобретенных материнских антител;
- 5.9.2.** было показано, что серопозитивный статус в отношении вируса ветряной оспы, полученный детьми раннего возраста от матери, уменьшается до менее чем 10% к возрасту 6–9 мес;
- 5.9.3.** наиболее высокая частота госпитализаций в связи с ветряной оспой наблюдается в возрастной группе 0–12 мес и составляет 23–172 случаев госпитализации на 100 000 человек;
- 5.9.4.** дети в возрасте младше 12 мес включены в категорию пациентов с высоким риском более тяжелого течения заболевания и развития осложнений первичной инфекции ветряной оспы наряду с беременными женщинами, взрослыми и лицами со сниженным иммунитетом;
- 5.10.** данные по вакцинации препаратом Варилрикс с 9 мес:
- 5.10.1.** исследование у 600 новорожденных, проведенное в Индии, показало, что материнские антитела против ветряной оспы исчезают к возрасту 6 мес;
- 5.10.2.** массив клинических данных и результаты проведенных исследований позволили подтвердить эффективность и безопасность применения вакцины против ветряной оспы по двухдозовой схеме у детей в возрасте 9 мес на момент первого введения препарата;
- 5.10.3.** назначение вакцины против ветряной оспы с 9 мес одобрено регуляторными органами Великобритании, 11 стран ЕС, Австралии и ряда других стран;

- 5.11.** по вопросам применения комбинированных вакцин:
- 5.11.1.** возможности комбинированных вакцин позволяют завершать курсы вакцинации в кратчайшие сроки с минимальными интервалами, разрешенными инструкциями по применению препаратов, что важно в том числе в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации;
- 5.11.2.** Инфанрикс Гекса — единственная 6-компонентная вакцина в России;
- 5.11.3.** 6-компонентная вакцина может применяться группам риска, при нарушениях графика вакцинации, для профилактики календарных инфекций при необходимости выполнения требований по охвату вакцинацией;
- 5.11.4.** многолетний опыт применения 6-компонентной вакцины демонстрирует доказанную эффективность при введении по зарегистрированным схемам, высокие показатели иммуногенности, приемлемую безопасность и хорошую переносимость.
- 6.** По результатам интерактивного симпозиума «**Говорим о вакцинации с сомневающимся**» приведены:
- 6.1.** принципы успешной «доверительной» коммуникации врача и пациента:
- 6.1.1.** уверенность (компетентность);
- 6.1.2.** контроль над эмоциями (спокойная размеренная беседа);
- 6.1.3.** последовательность (вопрос — ответ);
- 6.1.4.** грамотное представление информации:
- 6.1.4.1.** качество — объективность, истинность;
- 6.1.4.2.** количество — принцип разумной достаточности (не злоупотреблять научными данными);
- 6.1.4.3.** структурированность — не отклоняться от темы;
- 6.1.4.4.** понятность — выражаться ясно, простым языком;
- 6.2.** причины недоверия пациентов к вакцинации:
- 6.2.1.** дефицит объективной информации;
- 6.2.2.** недоверие к медицине в целом;
- 6.2.3.** антивакцинальное движение;
- 6.3.** как отвечать на абсурдные суждения / мифы о вакцинации:
- 6.3.1.** четко обозначить свою позицию, что это заблуждение;
- 6.3.2.** объяснить, почему это заблуждение;
- 6.3.3.** заменить заблуждение на альтернативную гипотезу-объяснение;
- 6.4.** принципы успешной коммуникации с пациентами:
- 6.4.1.** выслушать;
- 6.4.2.** понимающе отнестись к убеждениям и опасениям;
- 6.4.3.** не говорить свысока;
- 6.4.4.** избегать нападений, в том числе критику авторитетов;
- 6.4.5.** сохранять спокойствие;
- 6.4.6.** при этом говорить искренне и выражать чувства;
- 6.4.7.** использовать юмор, только если вы им владеете и это уместно;
- 6.4.8.** не использовать отрицательные слова (никогда, никто);
- 6.4.9.** не избегать ответов на заданный вопрос;
- 6.4.10.** не придумывать ответ в случае незнания.
- 7.** По результатам симпозиума «**И снова все о нем: вакцинопрофилактика гриппа**»:
- 7.1.** вирусы гриппа А и В могут вызывать сезонные эпидемии гриппа, а также внесезонные спорадические случаи и вспышки;
- 7.2.** во всем мире вирусом гриппа А и В ежегодно заболевает около 5–10% взрослых и 20–30% детей; на долю смертей от респираторных заболеваний, связанных с гриппом, приходится до 2% всех смертей от респираторных заболеваний;
- 7.3.** грипп наиболее опасен для следующих групп:
- 7.3.1.** дети 6–59 мес;
- 7.3.2.** пациенты старше 50 лет;
- 7.3.3.** пациенты с хроническими болезнями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями печени, почек, с неврологической патологией, метаболическими нарушениями (включая сахарный диабет, избыточную массу тела), иммунодепрессивными состояниями;
- 7.3.4.** женщины, планирующие беременность и беременные;
- 7.3.5.** лица пожилого возраста;
- 7.4.** в последние годы благодаря организации широкомасштабной прививочной кампании и комплексным усилиям по информированию населения растет охват населения профилактическими прививками против гриппа; в результате подготовки к эпидемическому сезону 2020–2021 гг. против гриппа привито более 83,6 млн человек, что составило 56,9% от численности населения страны, в т.ч. более 19 млн детей;
- 7.5.** Ультрикс Квадри — первая российская четырехвалентная вакцина для профилактики сезонного гриппа, отвечающая всем рекомендациям ВОЗ по составу и количеству гемагглютинаина штамма вируса гриппа — содержит по 15 мкг гемагглютинаина вируса гриппа каждого штамма (А/Н1N1, А/Н3N2, В линия Yamagata, В линия Victoria):
- 7.5.1.** не содержит адьювантов, стабилизаторов и консервантов;
- 7.5.2.** соответствует критериям иммуногенности для инактивированных гриппозных вакцин, принятых в Евросоюзе и Российской Федерации;
- 7.5.3.** одобрена для применения у беременных и детей с 6 мес.
- 8.** По результатам симпозиума «**Знакомые с детства вирусные инфекции, их разрушительные последствия и реальные пути преодоления проблем**»:
- 8.1.** вакцинопрофилактика ветряной оспы в Российской Федерации проводится в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и введена в региональные календари профилактических прививок ряда субъектов страны;
- 8.2.** вакцинопрофилактика опоясывающего лишая в Российской Федерации не проводится;
- 8.3.** рекомендована оптимизация эпидемиологического надзора:
- 8.3.1.** усовершенствование эпидемиологического надзора за инфекцией *Varicella zoster* — внедрение регистрации случаев опоясывающего лишая и статистический учет случаев заболевания опоясывающим лишаем в форме № 2;
- 8.3.2.** внедрение в форме № 5 отдельного учета прививок детям и взрослым, V1 и V2 против

ветряной оспы, а также прививок по эпидемическим показаниям;

8.3.3. внедрение комплекса мероприятий по диагностике и предупреждению врожденной патологии;

8.4. рекомендована оптимизация эпидемического контроля заболеваемости ветряной оспой в виде:

8.4.1. внедрения плановой вакцинопрофилактики ветряной оспы в НКПП;

8.4.2. оптимизации противозидемических мероприятий в очагах инфекции *Varicella zoster*;

8.4.3. разработки отечественной и регистрации зарубежной вакцины против опоясывающего лишая.

9. По результатам симпозиума «**Медицинское ток-шоу “Пусть прививают!”: в фокусе пневмококковая инфекция**»:

9.1. вакцинация против пневмококковой инфекции необходима в первую очередь следующим группам риска:

9.1.1. пациентам с хроническими заболеваниями легких, в том числе бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких;

9.1.2. пациентам с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени (хронический вирусный гепатит В и С), почек, в том числе с нефротическим синдромом, хронической почечной недостаточностью;

9.1.3. больным сахарным диабетом;

9.1.4. детям с иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ, онкологическими заболеваниями, получающим иммуносупрессивную терапию, в том числе кортикостероидами;

9.1.5. пациентам с анатомической/функциональной аспленией;

9.1.6. пациентам с установленным кохлеарным имплантатом или планирующие на эту операцию;

9.1.7. пациентам с подтеканием спинномозговой жидкости;

9.1.8. пациентам, находящимся на гемодиализе;

9.1.9. пациентам, подлежащим трансплантации или получившим трансплантацию органов, тканей и/или костного мозга; реконвалесцентам острого среднего отита, менингита и/или пневмонии;

9.1.10. часто болеющим респираторными инфекциями, а также инфицированным микобактериями туберкулеза;

9.2. непривитых детей следует признать:

9.2.1. источниками инфекций для взрослых, в том числе пневмококковой инфекции;

9.2.2. группой риска развития частых респираторных инфекций с развитием хронических заболеваний, инвалидизации, которая может стать причиной незапланированных расходов на лечение, и, как следствие, снижения уровня семейного благополучия;

9.2.3. перенесенная пневмококковая инфекция может негативно влиять на развитие ребенка, в т.ч. нервно-психическое;

9.2.4. пополняющими группу с низким индексом здоровья, что, как следствие, отражается на последующем поколении нации;

9.3. вакцинация детей до 1 года против пневмококковой инфекции с использованием конъюгиро-

ванной вакцины широкой валентности (например, Превенара) обеспечивает:

9.3.1. снижение смертности от инвазивных пневмококковых заболеваний;

9.3.2. снижение заболеваемости менингитами пневмококковой этиологии на 99%;

9.3.3. снижение рентгенологически подтвержденных пневмоний на 70–80%;

9.3.4. снижение заболеваемости острыми средними отитами в целом на 25–30%;

9.3.5. популяционный эффект в виде снижения заболеваемости пневмококковой инфекцией среди населения в целом;

9.3.6. снижение антибиотикорезистентности пневмококков;

9.4. догоняющая вакцинация против пневмококковой инфекции детей до 5 лет ускоряет эффект прямой и непрямой защиты и имеет больше пользы на одну введенную дозу, чем догоняющие кампании для групп риска или только рутинная вакцинация младенцев;

9.5. универсальная вакцинация против пневмококковой инфекции детей младше 5 лет может снизить количество антибиотиков для лечения пневмонии, вызванной *S. pneumoniae*;

9.6. согласно позиции ВОЗ, вакцинация — единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией.

10. По результатам симпозиума «**Отменяет ли COVID-19 корь, краснуху, паротит? А ветрянку?**»:

10.1. несмотря на то что охват вакцинацией против кори в Европейском регионе в целом вырос, многие люди по-прежнему остаются уязвимыми;

10.2. в 2017 г. показатель охвата второй дозой противокоревой вакцины не достигал необходимого для предотвращения циркуляции вируса (т.е. для обеспечения коллективного иммунитета) порогового значения в 95% в 34 странах региона;

10.3. данные об охвате вакцинацией на субнациональном уровне указывают также на существование различий в пределах стран;

10.4. недостаточный охват любой из доз вакцины создает предпосылки для распространения инфекции;

10.5. перенесенная в детском возрасте ветряная оспа приводит к пожизненной латентной персистенции вируса *Varicella zoster* в организме переболевшего с высокой вероятностью его эндогенной реактивации и развития такого заболевания, как опоясывающий герпес; причем больные могут служить источниками инфекции для неиммунных к вирусу *Varicella zoster* лиц;

10.6. обоснованием значимости иммунизации против ветряной оспы являются характерные особенности ветряной оспы:

10.6.1. неэффективность неспецифических методов профилактики инфекции, как, например, изоляция источников инфекции;

10.6.2. невозможность контролировать пути передачи при высокой контагиозности инфекции;

10.6.3. высокая заболеваемость (> 1000 на 100 000 населения);

10.6.4. высокий риск тяжелого и осложненного течения инфекции, усугубляемых «повзрослением» ветряной оспы;

10.6.5. определенный уровень летальности;

- 10.6.6.** наличие врожденной и неонатальной ветряной оспы;
- 10.6.7.** недостаточная эффективность терапии ветряной оспы;
- 10.6.8.** высокое ранговое место экономического ущерба среди всех инфекционных заболеваний;
- 10.7.** меры по смягчению последствий, принятые для борьбы с пандемией COVID-19, угрожают свести на нет прогресс, достигнутый в профилактике вакциноуправляемых инфекций, в странах с низким и средним уровнем дохода и в странах с высоким уровнем дохода;
- 10.8.** согласно данным, предоставленным ВОЗ, Детским фондом ООН, GAVI (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации) и Институтом вакцин Сабина, оказание услуг по регулярной иммунизации существенно затруднено по меньшей мере в 68 странах и, вероятно, затронет примерно 80 млн детей в возрасте до 1 года, проживающих в этих странах;
- 10.9.** с марта 2020 г. в глобальном масштабе были нарушены обычные услуги по иммунизации детей, что может оказаться беспрецедентными с момента начала осуществления расширенных программ иммунизации (ИЭП) в 70-х гг. Более чем из половины (53%) стран (129), в которых имеются данные, поступили сообщения о нарушениях при проведении плановой иммунизации в этот период или о полном приостановлении услуг по вакцинации в марте-апреле 2020 г.;
- 10.10.** все это может привести к неконтролируемому росту заболеваемости предотвратимыми инфекциями, что требует незамедлительной организации мероприятий по догоняющей иммунизации, основополагающими принципами которой являются:
- 10.10.1.** нормативно-правовые документы: НКПП (Приказ от 21.03.2014 № 125н с посл. изм. и доп. от 03.02.2021 № 47н), санитарно-эпидемиологические правила и инструкции к применению ИЛП;
- 10.10.2.** при выполнении вакцинального комплекса, при нарушении сроков иммунизации вне зависимости от длительности интервалов дополнительных введений вакцины не требуется;
- 10.10.3.** все вакцины вводятся одновременно (разные или комбинированные препараты) в разные участки тела; число инъекций определяется технической возможностью и реакцией ребенка;
- 10.10.4.** интервал между прививками составляет 1 мес, исключением является вакцинация по эпидемическим показаниям;
- 10.10.5.** вакцинация должна проводиться не ранее чем через 2 или 4 нед после выздоровления при ОРИ;
- 10.10.6.** за всеми привитыми осуществляется плановый патронаж;
- 10.10.7.** допускается замена одной вакцины на другую против той же инфекции, в т.ч. цельноклеточной коклюшной вакцины на ацеллюлярную, моновакцины против кори/краснухи/эпидемического паротита на комбинированную вакцину и т.д.;
- 10.10.8.** дозы вакцин, введенные ранее минимально установленного возраста или без соблю-

- дения минимального интервала между дозами, не должны считаться валидными, и следует их ввести повторно (в соответствии с возрастными требованиями), соблюдая рекомендуемый минимальный интервал после недействительной дозы;
- 10.10.9.** если по какой-либо причине введение очередной дозы вакцины задержано, нет необходимости начинать серию вакцинации заново; следующую дозу в серии надо будет ввести как можно скорее;
- 10.10.10.** любую инактивированную вакцину можно вводить одновременно или в любое время до или после другой инактивированной или живой вакцины;
- 10.10.11.** если планируется применять более одной живой аттенуированной вакцины, то они должны вводиться либо одновременно, либо с интервалом 4 нед;
- 10.10.12.** приоритетным выбором должны стать комбинированные вакцины, которые позволяют сократить число получаемых пациентом инъекций, устранить беспокойства, связанные с инъекциями, и обеспечивают лучшую защиту, при этом позволяют экономить время посещения для проведения вакцинации;
- 10.10.13.** комбинированные вакцины можно применять взаимозаменяемо с моновалентными препаратами и другими комбинированными вакцинами, которые содержат те же антигены и выпускаются одним и тем же производителем.
- 11.** По результатам симпозиума «**Доказательная вакцинопрофилактика: часто задаваемые вопросы**» обсуждалось:
- 11.1.** что необходимо знать педиатру о пневмококковой инфекции:
- 11.1.1.** ежегодно в мире регистрируется более 700 млн случаев острого среднего отита, 197 млн случаев инфекций нижних дыхательных путей и 9,2 млн случаев инвазивных пневмококковых заболеваний;
- 11.1.2.** ежегодно в мире регистрируется 1,2 млн смертей, связанных с пневмококковыми инфекциями нижних дыхательных путей;
- 11.1.3.** *S. pneumoniae* — ведущий возбудитель пневмонии, в особенности у детей младше 5 лет и у взрослых старше 70 лет;
- 11.1.4.** при инвазивных пневмококковых инфекциях антибактериальный препарат может быть назначен слишком поздно;
- 11.1.5.** растущая проблема антибиотикорезистентности снижает эффективность антибиотикотерапии;
- 11.1.6.** дети являются «резервуаром» пневмококков для взрослых и пожилых лиц;
- 11.2.** вакцинация предназначена, чтобы сделать мир более безопасным:
- 11.2.1.** к безопасности вакцин предъявляются максимально высокие требования;
- 11.2.2.** необходимым условием в организации вакцинопрофилактики является осуществление фармаконадзора (мониторинга безопасности) иммунобиологических лекарственных препаратов;
- 11.2.3.** выявление, регистрация, расследование нежелательных реакций после иммунизации имеют важное значение для обеспечения безо-

пасности иммунизации и повышения приверженности населения вакцинации;

11.2.4. в процессе клинических исследований вакцины проводится непрерывная оценка безопасности на каждом этапе, которая продолжается и после регистрации препарата.

12. По результатам симпозиума «**Современные вызовы системе вакцинопрофилактики — разрешение последствий пандемии SARS-CoV-2**» были определены следующие выводы:

12.1. в ходе симпозиума рассматривались приоритетные направления мероприятий, направленных на преодоление последствий нарушения плановой вакцинации в период пандемии и в условиях выхода из нее;

12.2. подчеркивалось, что в условиях эпидемиологического неблагополучия в первую очередь внимание должно уделяться выполнению первичных схем иммунизации в младенческом возрасте в соответствии с НКПП и стандартными рекомендациями;

12.3. особенно важно прививать восприимчивых лиц и пациентов из групп риска против пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции типа *b*, сезонного гриппа;

12.4. иммунизацию следует проводить в условиях строгого соблюдения мер предупреждения распространения коронавирусной инфекции;

12.5. в докладах были обозначены основные проблемы, возникающие при проведении рутинной вакцинопрофилактики у детей в условиях эпидемии COVID-19, обозначена приоритетная значимость вакцинации детей раннего возраста и лиц с хроническими заболеваниями; представлены пути совершенствования организации вакцинопрофилактики с целью повышения ее эффективности;

12.6. доклады были посвящены современным угрозам безопасности населения планеты, главной из которых является недоверие к профилактическим прививкам, что влечет неуклонный рост заболеваемости инфекциями, успешно контролируемые с помощью вакцин;

12.7. приводимые данные позволяют актуализировать современные возможности и практические рекомендации по вакцинопрофилактике кори, эпидемического паротита и других инфекционных заболеваний.

13. В рамках V Национальной ассамблеи «Защищенное поколение» состоялось **Расширенное заседание профильной комиссии по педиатрии и профилактической медицине «Развитие и совершенствование программ по вакцинопрофилактике в условиях продолжающейся пандемии»**, по результатам которого экспертами принята отдельная резолюция.