

Резолюция Национальной ассамблеи «Защищенное поколение»

21 и 22 октября 2021 г. состоялась VI Национальная ассамблея «Защищенное поколение», посвященная насущным проблемам иммуно- и вакцинопрофилактики как детского, так и взрослого населения. В рамках ассамблеи были проведены ряд симпозиумов и Расширенное заседание Независимого Экспертного совета Союза экспертов в сфере иммунопрофилактики на тему «Вакцинация в эпоху COVID-19 — междисциплинарное решение сложной проблемы».

За последние несколько лет ассамблея стала одной из ключевых площадок, где медицинские специалисты разного профиля, ведущие ученые страны, представители законодательной и исполнительной власти вырабатывают основные пути совершенствования иммунологической и эпидемиологической защиты населения Российской Федерации.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции обеспечение биологической безопасности России является ключевой стратегической задачей государства, реализация которой включает в себя в том числе мероприятия по минимизации заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во время пандемии COVID-19 не следует прерывать плановую вакцинацию. Приостановка рутинной вакцинации может привести к росту инфекционной заболеваемости и повышению вероятности вспышек вакциноуправляемых инфекций, что способствует дополнительной нагрузке на систему здравоохранения, испытывающую и без того большое напряжение, связанное с проведением ответных мер на пандемию COVID-19.

Критически важно выработать стратегию, направленную на совершенствование системы вакцинопрофилактики и борьбу с инфекционными заболеваниями в современных условиях. В Российской Федерации сохраняются эпидемиологические угрозы в части заболеваемости коклюшем и менингококковой инфекцией, ветряной оспой, ротавирусной инфекцией, ВПЧ-ассоциированными болезнями (ВПЧ — вирус папилломы человека), гемфильной инфекцией типа *b* (*Hib*).

В связи с этим требуются как осуществление плановой иммунизации в соответствии с действующим национальным календарем профилактических прививок, так и разработка дополнительных мер по элиминации вакциноуправляемых инфекций и повышению эффективности мероприятий иммунопрофилактики, реализация которых предполагается во исполнение приоритетных задач Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года.

Для минимизации рисков необходимо в кратчайшие сроки закрыть пробелы в иммунизации детей с целью предотвращения регистрируемого во втором полугодии жизни роста заболеваемости и смертности детского населения от контролируемых с помощью вакцинации инфекционных заболеваний.

Стратегия иммунизации должна основываться на локальной эпидемической ситуации по вакциноуправляемым инфекциям — в первую очередь по име-

ющим вспышечный характер, таким как корь, полиомиелит, дифтерия, коклюш, менингококк и другие.

При проведении догоняющей иммунизации предпочтение следует отдавать использованию многокомпонентных комбинированных вакцин для сокращения сроков проведения вакцинации, повышения охвата профилактическими прививками и снижения нагрузки на педиатрическую службу.

В ходе выполнения плановой иммунизации необходимо особое внимание уделить эффективности вакцинопрофилактики на популяционном уровне, которая зависит от своевременности и охвата как населения в целом, так и отдельных возрастных и социальных групп профилактическими прививками с реальным достижением декретированных показателей по каждой инфекции в установленные сроки.

Совершенствование профилактики инфекционных заболеваний путем применения современных вакцин и расширение программ вакцинации населения за счет увеличения вакцинных препаратов обеспечит увеличение продолжительности и качества жизни, а также позволит снизить расходы системы здравоохранения на лечение и реабилитацию пациентов с болезнями, вызванными вакциноуправляемыми инфекциями или являющимися их следствием.

1. Участники ассамблеи «Защищенное поколение», заслушав и обсудив доклады выступающих в ходе:

1.1. симпозиума «Вакцинопрофилактика как ключевой фактор в сбережении здоровья детей»;

1.2. симпозиума «Приоритетные задачи развития отечественной иммунопрофилактики»;

1.3. расширенного заседания Независимого Экспертного совета по иммунопрофилактике «Вакцинация в эпоху COVID-19 — междисциплинарное решение сложной проблемы»;

1.4. симпозиума «Четыре шага на пути к формированию здорового поколения: вакцинопрофилактика кори, краснухи, паротита и ветряной оспы»;

1.5. симпозиума «Частные вопросы иммунопрофилактики в период новых вызовов»;

1.6. симпозиума «PCB-инфекция в реалиях сегодняшнего дня»;

1.7. симпозиума «Стратегия расширения вакцинопрофилактики гнойных бактериальных менингитов у детей — приоритет ВОЗ и российского здравоохранения»;

1.8. симпозиума «Ротавирусная инфекция: капли вместо слез»;

1.9. симпозиума «Региональные программы вакцинации против ВПЧ. Делимся опытом».

2. констатируют следующее:

2.1. По итогам симпозиума «Вакцинопрофилактика как ключевой фактор в сбережении здоровья детей»

2.1.1. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается двоякая ситуация: с одной стороны, за короткий срок были разработаны эффективные и безопасные вакцины, предназначенные для защиты от COVID-19, с другой — не удается добиться 50% охвата населения иммунопрофилактикой.

2.1.2. Возможности комбинированных вакцин позволяют завершить курсы вакцинации в кратчайшие сроки с минимальными интервалами, что важно в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

2.1.3. Инфанрикс Гекса — единственная в Российской Федерации комбинированная вакцина, действие которой направлено на предотвращение 6 заболеваний у детей грудного и дошкольного возраста. Вакцина содержит действующие вещества, полученные из бактерий дифтерии, столбняка, коклюша и *Hib*, вируса гепатита В и инактивированных полиовирусов 1, 2 и 3-го типов.

2.1.4. Комбинированная вакцина Инфанрикс Гекса может применяться детям с нарушенным графиком вакцинации и при ранее перенесенных осложнениях на те или иные вакцины.

2.1.5. Многолетний опыт применения 6-компонентной вакцины Инфанрикс Гекса демонстрирует доказанную эффективность при введении в соответствии с рекомендуемой схемой, высокие показатели иммуногенности, приемлемую безопасность и хорошую переносимость.

2.1.6. Ветряная оспа в России сохраняет лидирующую позицию в структуре инфекционной заболеваемости и представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения.

2.1.7. В Российской Федерации ветряная оспа занимает 2-е место по величине экономического ущерба от инфекционной патологии после ОРВИ.

2.1.8. Среди заболевших ветряной оспой 94,9% составляют дети. 75% случаев заболевания зарегистрировано среди детей в возрасте от 1 года до 6 лет, 60% из которых — в возрасте от 3 до 6 лет.

2.1.9. В 2020 г. показатель заболеваемости ветряной оспой снизился на 40,3% по сравнению с 2019 г. (559,1 на 100 тыс. населения). Снижение заболеваемости обусловлено длительным разобщением детей в организованных коллективах в период эпидемиологического подъема заболеваемости инфекцией, вызванной SARS-CoV-2.

2.1.10. На сегодняшний день для применения вакцины Варилрикс утверждена новая инструкция, согласно которой вакцинацию можно начинать уже с 9-месячного возраста, что, безусловно, будет способствовать уменьшению бремени заболевания ветряной оспой и ее осложнений в популяции детей с высокой восприимчивостью.

2.1.11. Дети в возрасте до 12 мес включены в категорию пациентов с высоким риском тяжелого течения и развития осложнений первичной инфекции ветряной оспы.

2.1.12. Серопозитивный статус в отношении вируса ветряной оспы, полученный младенцами от матери, уменьшается менее чем до 10% к возрасту 6–9 мес жизни.

2.1.13. Возможность подкожного и внутримышечного введения вакцины Варилрикс делает ее более удобной в применении.

2.1.14. В 2020 г. средняя заболеваемость вирусным гепатитом А в Российской Федерации снижается (1,89 на 100 тыс. населения 2020 г. в сравнении с 2,88 на 100 тыс. населения в 2019 г.). Среди основных причин следует указать на улучшение качества санитарно-гигиенических условий, разобщение населения ввиду локдауна, снижение количества групп организованного детского населения.

2.1.15. В настоящее время в России на фоне снижения заболеваемости гепатитом А происходят снижение популяционного иммунитета к данной инфекции и рост числа восприимчивых детей, подростков и молодых взрослых.

2.1.16. Вакцинация является эффективным методом контроля над гепатитом А и приводит к быстрому снижению заболеваемости не только в вакцинированных когортах, но и в популяции в целом.

2.1.17. В 2020 г. в Российской Федерации привито более 349 тыс. человек, тогда как в 2019 г. вакцинировано значительно больше — 504,1 тыс. человек. Наибольшее число людей привито в субъектах страны, где действуют утвержденные региональные календари профилактических прививок, таких как г. Москва, Республика Тыва, Свердловская область, Иркутская область.

2.1.18. Наибольший показатель заболеваемости гепатитом А в 2020 г. зарегистрирован в Брянской (34,69, среднемноголетний показатель (СМП) — 2,07) и Мурманской (10,74, СМП — 2,21) областях.

2.1.19. Сохранение на территории России неблагоприятных по гепатиту А регионов требует разработки и внедрения региональных программ вакцинопрофилактики.

2.2. По итогам симпозиума «Приоритетные задачи развития отечественной иммунопрофилактики»

2.2.1. Документами, регламентирующими на сегодняшний день развитие вакцинопрофилактики, являются Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, утвержденная Правительством Российской Федерации 18 сентября 2020 г., и Программа ВОЗ 2014 г. Life-course immunization.

2.2.2. Риск-ориентированный подход к вакцинопрофилактике — это приоритетное проведение вакцинопрофилактики в группах (территориях), где риски инфицирования и развития инвазивных форм инфекции особенно велики.

2.2.3. Необходимо рассмотреть возможность расширения национального календаря профилактических прививок (НКПП). В частности, первоочередного включения в практику рутинной иммунизации или расширения уязвимых контингентов требуют профилактические вакцины против папилломавирусной инфекции, пневмококковой инфекции, ветряной оспы, ротавирусной инфекции.

2.2.4. В соответствии с планом реализации Стратегии развития иммунопрофилактики перспективами реализации риск-ориентированного подхода в рамках совершенствования НКПП выбраны пневмококковая инфекция с расширением перечня подлежащих вакцинации когорт населения в период с 2022 по 2025 г., менингококковая инфекция (2025 г.), коклюш (2025 г.), ВПЧ-инфекция (2024 г.), ротавирусная инфекция (2022 г.) и ветряная оспа (2023 г.).

2.2.5. Региональные программы иммунизации позволяют уже до реализации модернизации НКПП решить вопросы о расширении числа прививок с учетом эпидемической ситуации, групп риска и факторов риска (персонализированный подход), а также изменить стра-

тегию и тактику иммунизации с учетом новых возможностей вакцинопрофилактики.

2.2.6. Инструментами для реализации риск-ориентированной вакцинопрофилактики заболеваний в регионах являются региональные программы иммунизации, региональные календари профилактических прививок, корпоративные календари профилактических прививок предприятий (учреждений).

2.2.7. Вакцинопрофилактика гриппа в период пандемии:

- снижает риск смерти от COVID-19 на 23%, необходимость в переводе в ОПИТ — на 24%, потребность в ИВЛ — на 26%;
- способствует активации адаптивного иммунитета;
- сохраняет потенциально ограниченные ресурсы здравоохранения.

2.2.8. В 2020 г. наибольшую экономическую значимость представляли острые инфекции верхних дыхательных путей, в том числе грипп — 606,5 млрд руб. — это более 88% от всего ущерба, нанесенного инфекционными болезнями.

2.2.9. Риск тяжелых осложнений от сезонного гриппа является самым высоким среди детей до 2 лет, у которых частота госпитализаций по поводу осложненной значительно выше, чем у детей старшего возраста.

2.2.10. Согласно докладу Роспотребнадзора о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в Российской Федерации в 2020 г. зарегистрировано 37,5 млн случаев инфекционных заболеваний, из которых 45–60% — дети.

2.2.11. Заболеваемость гриппом в 2020 г. составила 35,07 на 100 тыс. населения, что ниже показателя 2019 г. на 6%, ниже СМП (2010–2019 гг.) — 52,55 на 100 тыс. населения — на 33,3%.

2.2.12. Заболеваемость гриппом детского населения в 2020 г. составила 92,97 на 100 тыс. населения, в возрастной группе 1–2 года — 144,08 на 100 тыс. населения, у детей 3–6 лет — 113,43 на 100 тыс. населения.

2.2.13. В 2020 г. против гриппа привито 83,46 млн человек, что составило 59% от численности населения страны и представляет собой максимальный охват прививками за все годы проводимой в стране рутинной иммунизации.

2.2.14. Основными направлениями решения задач вакцинопрофилактики гриппа Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года являются:

- разработка программ по обеспечению замещения трехвалентных вакцин против гриппа четырехвалентными вакцинами в закупках, осуществляемых Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках НКПП;
- достижение целевых показателей охвата населения вакцинацией против гриппа до 60%.

2.2.15. Полный переход на четырехвалентную вакцину при ценах на российские вакцины против гриппа, актуальных в эпидсезоне 2020 г., даст экономию средств бюджета порядка 1,1 млрд руб.

2.2.16. Стратегия развития иммунопрофилактики гриппа включает:

- переход на четырехвалентные инактивированные вакцины;
- использование комбинированных вакцин (против гриппа и COVID-19);
- переход на вакцины, в цикле производства которых не будут использоваться куриные эмбрионы;

- использование новых адъювантов в составе вакцин;
- вариативность антигенной дозировки.

2.2.17. Начиная с 2015 г. и по настоящее время объем бюджетных средств на закупку иммунобиологических препаратов в Сахалинской области вырос более чем в 15 раз.

2.2.18. Один из основных подходов программы вакцинопрофилактики Сахалинской области — когортная вакцинация:

- закупка вакцины осуществляется из расчета на количество человек, нуждающихся в вакцинации;
- когортная вакцинация позволяет снижать объем закупки со второго года и в последующие, а также вакцинировать дополнительные контингенты в зависимости от эпидемической ситуации;
- эффективность программы вакцинации увеличивается за счет формирования коллективного иммунитета.

2.3. По итогам Расширенного заседания Независимого Экспертного совета Союза экспертов в сфере иммунопрофилактики на тему «Вакцинация в эпоху COVID-19 — междисциплинарное решение сложной проблемы», проводившегося под председательством академика Л.С. Намазовой-Барановой, в котором приняли участие академики Р.М. Хаитов, С.А. Бойцов, Н.И. Брико, А.Д. Каприн, А.И. Мартынов, член-корреспондент РАН О.М. Драпкина, профессора и эксперты Н.К. Рунихина, Е.Н. Байбарина, О.Н. Ткачева, И.В. Фельдблюм, Ю.Г. Самойлова, Д.Г. Солдатов, М.В. Федосеенко, Л.Ю. Дроздова, А.В. Жестков, Д.А. Каюмова, Л.А. Огуль, О.В. Солонина, О.И. Трушина, Л.Р. Селимзянова и др.

2.3.1. ВОЗ в ежегодном итоговом докладе за 2019 г. признала снижение доверия вакцинации одной из 10 глобальных опасностей человечества наряду с голодом, бедностью, лихорадкой Эбола, ВИЧ-инфекцией, птичьим гриппом, загрязнением воздуха.

2.3.2. В настоящее время большую проблему представляет недостаточная информированность населения и низкая профессиональная подготовка медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики, отсутствие механизма межведомственных взаимодействий по контролю организации и практического осуществления процесса вакцинации.

2.3.3. Основным авторитетным источником получения информации по вопросам иммунопрофилактики являются медицинские работники (согласно мнению 92% населения в России и Европе).

2.3.4. В России прослеживается недостаточная приверженность самих медицинских работников иммунопрофилактике — у 20% имеются сомнения в ее необходимости или даже наблюдается негативное отношение к вакцинации.

2.3.5. Решением вопросов, связанных с формированием приверженности к вакцинопрофилактике, является разработка следующих совместных тактических действий общественных профессиональных организаций, исполнительной власти и главных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- организация конференций, симпозиумов, круглых столов для врачей;
- формирование программ непрерывного медицинского образования для медицинских работников на основе доказательной медицины;
- разработка методических рекомендаций по формированию доверия вакцинопрофилактике;

- внедрение Концепции риск-коммуникаций по формированию приверженности населения вакцинопрофилактике.

2.3.6. Целью Концепции риск-коммуникаций по обеспечению приверженности вакцинации является определение стратегии поддержания общественного доверия вакцинопрофилактике для достижения высокого уровня охвата иммунизацией, позволяющего контролировать заболеваемость, инвалидность, смертность от основных инфекционных заболеваний и ряда неинфекционных патологий с целью поддержания активного здорового долголетия населения Российской Федерации.

2.3.7. Онкобольных пациентов, относящихся к группе риска по тяжелому течению заболевания и летальности, рекомендуется вакцинировать против COVID-19 в первую очередь вследствие значительно высокой вероятности заражения и тяжелого течения новой коронавирусной инфекции по причине иммунокомпрометированного состояния. Эти риски неизмеримо выше, чем риски реакций после вакцинации. Безопасность вакцинации у онкологических больных сопоставима с таковой в здоровой популяции. Вакцинацию следует проводить не менее чем за 14 дней до хирургического лечения или начала лучевой терапии. При трансплантации костного мозга период между оперативным вмешательством и вакцинацией должен составлять от 3 до 6 мес.

2.4. По итогам Симпозиума «Четыре шага на пути к формированию здорового поколения: вакцинопрофилактика кори, краснухи, паротита и ветряной оспы»

2.4.1. Согласно данным Роспотребнадзора, в 2020 г. в России зарегистрировано 1212 случаев кори (в том числе 777 случаев у детей до 17 лет). Доля непривитых составила 88,12% против 84,28% в 2019 г.

2.4.2. Для эффективной защиты населения от кори охват прививками детей против кори должен насчитывать не менее 95%, взрослых — не менее 90%.

2.4.3. Согласно данным Роспотребнадзора, в 2020 г. в России было выявлено 3 случая заболевания краснухой у лиц 19–35 лет, не прошедших вакцинопрофилактику, в 2019 г. — 34 случая.

2.4.4. В соответствии с позицией ВОЗ для взрослых пациентов все коревые вакцины признаны взаимозаменяемыми, поэтому возможен переход на использование другого иммунобиологического препарата, содержащего коревой компонент, в том числе комбинированных вакцин; коревая вакцина (независимо от штаммового состава и производителя), будь то моно-, дивакцина или комбинированная, одинаково хорошо защищает от всех генотипов диких вирусов кори.

2.4.5. Длительность сохранения поствакцинального иммунитета к кори, эпидемическому паротиту может уменьшаться с возрастом человека, делая его восприимчивым к инфекции.

2.5. По итогам симпозиума «Частные вопросы иммунопрофилактики в период новых вызовов»

2.5.1. В настоящее время широко распространены длительные нарушения плановой иммунизации из-за пандемии COVID-19. К причинам сбоев медики относят ограниченный доступ к медицинским учреждениям, нарастающую тревогу и отсутствие информации у пациентов или родителей пациентов, ограничение возможности передвижения/поездки.

2.5.2. В случаях нарушения плановой вакцинации необходимо рассмотреть стратегию догоняющей вакцинации для пропустивших плановые прививки. В руководствах ВОЗ подчеркивается важность воспол-

нения пропущенных прививок и даются рекомендации по достижению цели. Инновационные решения в области организации вакцинопрофилактики помогут улучшить доступ к плановой вакцинации после нарушений, возникших в результате пандемии COVID-19.

2.5.3. Рекомендуемая тактика проведения иммунизации при нарушении графика вакцинации в период пандемии COVID-19:

- проводить в приоритетном порядке сочетанную вакцинацию и использовать комбинированные вакцины;
- сократить интервал между прививками до 1 мес;
- принимать во внимание терапию сопутствующей или хронической патологий;
- осуществлять профилактику респираторных инфекций в период вакцинации.

2.6. По итогам симпозиума «РСВ-инфекция в реалиях сегодняшнего дня»

2.6.1. Респираторно-синцитиальный вирус человека (РСВ) является наиболее частой причиной инфекции нижних дыхательных путей среди младенцев и детей во всем мире, а также тяжелых заболеваний дыхательных путей и смерти.

2.6.2. Недоношенные дети (рожденные до 35-й нед беременности), а также дети, рожденные с проблемами развития легких или сердца, находятся в группе риска по тяжелому течению РСВ-инфекции.

2.6.3. Тяжелое течение РСВ-инфекции в раннем возрасте является независимым фактором влияния на формирование бронхиальной астмы в детском возрасте и пубертате.

2.6.4. На сегодняшний день доступен только один препарат для проведения активной профилактики РСВ-инфекции — вакцина Паливизумаб, которая, как было показано, снижает количество госпитализаций из-за РСВ-инфекции у некоторых младенцев высокого риска до 80%.

2.7. По итогам симпозиума «Стратегия расширения вакцинопрофилактики гнойных бактериальных менингитов у детей — приоритет ВОЗ и российского здравоохранения»

2.7.1. *Hib*-инфекция является причиной тяжелых инвазивных бактериальных заболеваний у детей, к которым относятся менингит, эпиглоттит, пневмония, артрит, флегмона, и может приводить к пожизненному нарушению функций органов и систем или к смертельному исходу.

2.7.2. Заболеваемость гемофильными менингитами в Российской Федерации не имеет тенденции к снижению.

2.7.3. Подавляющее большинство случаев гемофильного менингита приходится на детей в возрасте до 4 лет, среди них наибольшее число случаев регистрируется у детей в возрасте до 1 года.

2.7.4. Нарушение слуха или другие неврологические осложнения встречаются у 15–30% пациентов, выживших после *Hib*-менингита.

2.7.5. Сохраняется высокая летальность при гемофильных менингитах, которая у детей в возрасте до 1 года за последние годы достигала показателя 21%. В 2020 г. зарегистрированы 4 летальных случая у детей до 4 лет.

2.7.6. По данным анализа случаев тяжелых *Hib*-инфекций, большинство заболевших детей не входило в имеющиеся группы риска, подлежащие вакцинации, и не были привиты.

2.7.7. ВОЗ рекомендует включение конъюгированных вакцин против *Hib*-инфекции во все программы иммунизации младенцев.

2.7.8. В настоящее время 191 страна мира (98%) включила *Hib*-иммунизацию в рутинные календари прививок.

2.7.9. Менингококковая инфекция характеризуется высокой заболеваемостью среди детей младшего возраста и высокой инвалидизацией детей после перенесенной генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ). Причем у детей раннего возраста уровень заболеваемости в 25 раз выше, чем у взрослых.

2.7.10. Уровень летальности по причине менингококковой инфекции сохраняется высоким и достигает в группе детей до года 23%.

2.7.11. Наблюдается увеличение доли детей старшего возраста, подростков среди заболевших менингококковой инфекцией.

2.7.12. Случаи заболевания ГФМИ характеризуются высокой стоимостью лечения и реабилитации.

2.7.13. Продолжают выявляться очаги с двумя и более случаями заболеваний ГФМИ.

2.7.14. Источники возбудителя менингококковой инфекции невозможно нейтрализовать (уровень носительства *N. meningitidis* в зависимости от возраста может достигать 25%).

2.7.15. В последние годы наблюдается изменение серогрупповой характеристики штаммов менингококка с растущей значимостью распространения серогрупп W и Y.

2.7.16. Доступность в Российской Федерации конъюгированных поливалентных вакцин позволяет перевести менингококковую инфекцию в разряд вакциноуправляемых.

2.8. По итогам симпозиума «Ротавирусная инфекция: капли вместо слез»

2.8.1. Заболеваемость ротавирусной инфекцией (РВИ) в 2020 г. снизилась в 2 раза по сравнению с 2019 г. и составила 33,94 на 100 тыс. населения (в 2019 году — 70,26, СМП — 74,93), что косвенно может быть связано с ограничительными мероприятиями в период пандемии COVID-19.

2.8.2. Наиболее высокий показатель заболеваемости РВИ в 2020 г. регистрировался среди детей в возрасте 1–2 лет (575,78 на 100 тыс. населения). Высокая интенсивность инфицирования детей первых месяцев жизни наблюдалась в республиках Тыва, Дагестан, Кабардино-Балкарская, Бурятия, в Забайкальском крае.

2.8.3. По данным референс-центра по мониторингу острых кишечных инфекций, в зимне-весенний сезон 2020 г. в Российской Федерации преобладали изоляты ротавирусов группы А генотипа G9P [8].

2.8.4. У детей первого года жизни РВИ в типичных случаях протекает в виде гастроэнтерита и/или гипертермического синдрома, что обосновывает включение исследования на ротавирус в комплекс диагностического поиска при лихорадочных состояниях.

2.8.5. У новорожденных РВИ может сопровождаться нарушением витальных функций в виде апноэ/брадикардии и желтухи (непрямая гипербилирубинемия).

2.8.6. У здоровых детей дошкольного возраста РВИ может осложниться тяжелым экзикозом.

2.8.7. Особенно уязвимы для РВИ дети с патологией желудочно-кишечного тракта.

2.8.8. В 2014 г. вакцинация против РВИ включена в календарь прививок по эпидемическим показателям согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н (в ред. от 03 февраля 2021 г.).

2.9. По итогам симпозиума «Региональные программы вакцинации против ВПЧ. Делимся опытом»

2.9.1. Министерством здравоохранения Свердловской области в 2018 г. была закуплена вакцина против ВПЧ для профилактики доброкачественных и злокачественных новообразований в расчете на 1673 девочек-подростков в возрасте 12 лет с началом вакцинации в 2019 г.

2.9.2. В 2019 г. Правительством Свердловской области была утверждена Программа «Борьба с онкологическими заболеваниями Свердловской области» на 2019–2024 гг., в рамках которой планируется открытие онкогинекологического центра, в задачи которого будет входить как скрининг ВПЧ, так и формирование приверженности населения вакцинопрофилактике заболевания.

2.9.3. В 2019 г. бюджет на вакцинацию против ВПЧ в Свердловской области был увеличен, что позволило привить в 2020 г. значительно больше девочек — 4375.

2.9.4. Согласно статистике, среди 4322 родителей Свердловской области осведомлены о существовании ВПЧ 69%, о возможности сделать прививку против папилломавирусной инфекции знают 58,7%, о том, что вирус вызывает рак шейки матки, знают 62%, положительно относятся к вакцинации против ВПЧ 40,3% родителей.

2.9.5. В г. Москве объективной причиной, осложнившей организацию плановой вакцинации против ВПЧ в 2020 г., стали ограничительные мероприятия в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и перевод детей, подлежащих вакцинации, на дистанционное обучение. В 2021 г. запланирована двукратная вакцинация девочек — 57 500 человек, целевой показатель охвата — 60%. За 9 мес (данные на сентябрь 2021 г.) вакцинировано 28 802 девочки, что составляет 50,1% от плана. Переход в Москве на использование Единой информационно-аналитической системы с обязательным внесением сведений о прививках ВПЧ позволяет контролировать и своевременно анализировать данные о привитости.

2.9.6. В 2017 г. в Тульской области был утвержден региональный календарь профилактических прививок. Дополнительно, в отличие от национального календаря прививок, в региональный календарь включены вакцинации против ветряной оспы, ротавирусной инфекции, менингококковой инфекции, пневмококковой инфекции, ревакцинация против дифтерии, столбняка и коклюша (комбинированной вакциной с уменьшенным содержанием дифтерийных и столбнячных антигенов и содержанием ацеллюлярного коклюшного компонента), природно-очаговых инфекций.

2.9.7. В 2019 г. для Тульской области было закуплено 2345 доз квадριвалентной вакцины против ВПЧ. Разработан план по включению в проект медицинских организаций (25 учреждений в регионе, участвующих в вакцинации), в соответствии с которым двукратно привиты 1172 человека. В медицинских организациях подготовлены планы в разрезе педиатрических участков с учетом образовательных организаций, находящихся на территории обслуживания. Проведена работа по информированию населения (плакаты и брошюры в детских поликлиниках, работа со СМИ, организация собраний с родителями в образовательных учреждениях, размещение информации на официальных сайтах медицинских организаций).

3. Заслушав и обсудив выступления докладчиков ассамблеи «Защищенное поколение», члены Независимого Экспертного совета Союза экспертов

в сфере иммунопрофилактики выдвинули ряд предложений

3.1. Внесение изменений в НКПП (Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям») в части включения в него:

3.1.1. контингентов групп риска, подлежащих вакцинации против новой коронавирусной инфекции;

3.1.2. **вакцинации против гемофильной инфекции типа b (Hib)** всей когорты новорожденных (по схеме 3 мес — 4,5 мес — 6 мес, ревакцинация в 18 мес) преимущественно в составе комбинированных вакцин;

3.1.3. **вакцинации против полиомиелита инaktivированной полиомиелитной вакциной** всей когорты новорожденных (по схеме 3 мес — 4,5 мес — 6 мес, ревакцинация в 18 мес) преимущественно в составе комбинированных вакцин;

3.1.4. **вакцинации против менингококковой инфекции** начиная с 2023 г. для ранней защиты детей по схеме в 9 и 12 мес жизни.

3.2. Внесение изменений в календарь профилактических прививок **по эпидемическим показаниям** (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям») в части:

3.2.1. расширения контингентов, подлежащих вакцинации против **менингококковой инфекции**, с преимущественным использованием современных конъюгированных вакцин с максимальным присутствием серогрупп (ACWY).

Рекомендуемые контингенты, подлежащие вакцинации в межэпидемический период: дети и взрослые из групп риска по менингококковой инфекции в соответствии с СанПин 3.3686-21, включая детей до 5 лет, лиц, подлежащих призыву на военную службу, лиц в очагах и контактных по менингококковой инфекции, при ухудшении эпидемической ситуации;

3.2.2. включения ревакцинации против **коклюша** с использованием комбинированных вакцин, содержащих бесклеточный коклюшный компонент (с уменьшенным содержанием антигена), дифтерийный анатоксин (с уменьшенным содержанием антигена) и столбнячный анатоксин. Вакцинация проводится в сроки, предусмотренные Приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» для ревакцинации против дифтерии и столбняка.

Основными рекомендуемыми категориями граждан, подлежащих ревакцинации против коклюша, являются:

- дети 6–7 лет (вторая ревакцинация);
- дети 14 лет (третья ревакцинация);
- лица старше 18 лет, относящиеся к группам риска (каждые 10 лет);

3.2.3. расширения контингентов, подлежащих вакцинации против **пневмококковой инфекции** в календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям и для отдельных категорий риска взрослых лиц в возрасте 60 лет и старше, имеющих высокий и умеренный риск развития пневмококковой инфекции.

Основными рекомендуемыми категориями граждан, подлежащих вакцинации против пневмококковой

инфекции, являются группы высокого и умеренного риска развития пневмококковой инфекции, подлежащие вакцинации, а также иммунокомпрометированные лица, подлежащие вакцинации;

3.2.4. расширения контингентов, подлежащих вакцинации против **ветряной оспы**, в календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям и для отдельных категорий риска.

Основными рекомендуемыми категориями граждан, подлежащих вакцинации против ветряной оспы, являются дети и взрослые из групп риска, ранее не болевшие, не привитые или не имеющие завершеного курса иммунизации (привитые однократно) против ветряной оспы.

3.3. Предложения в План реализации Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года в отношении расширения перечня инфекционных болезней, против которых проводится вакцинация, в том числе особо опасных, и определение категорий граждан, подлежащих вакцинации

3.3.1. Для обеспечения в кратчайшие сроки защищенности населения от вакциноуправляемых (в том числе жизнеугрожающих) инфекций рекомендуется предусмотреть в рамках процедуры государственных закупок вакцин для нужд НКПП и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям возможность закупок иммунобиологических препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, производство которых находится на одной из стадий локализации с учетом установления обязательств производителей по углублению локализации.

3.3.2. Провести пересмотр сроков внедрения в НКПП вакцинопрофилактики инфекций, предусмотренных Стратегией, с учетом данных о локализации производства соответствующих лекарственных препаратов — в частности, рассмотреть возможность ускорения внедрения вакцинации против менингококковой инфекции, принимая во внимание начало локализации в России с 2022 г. и социальную значимость менингококковой инфекции — одной из инфекций с самой высокой летальностью и инвалидизацией у детей до 5 лет. Данная мера позволит решить одну из трех составляющих программы ликвидации смертности детей от бактериальных менингитов к 2030 г.

3.4. Предложения в отношении совершенствования нормативно-правовой базы, необходимой для развития региональных программ вакцинопрофилактики

3.4.1. Внесение изменений в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям в 1-м квартале текущего года (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям») в части включения профилактики инфекций, необходимых регионам для развития региональных программ вакцинопрофилактики для контроля эпидемической ситуации вакциноуправляемых инфекций, перечисленных в Плате реализации Стратегии.

3.4.2. Разработка единого регламентированного порядка формирования и внесения изменений в региональные календари с учетом единого подхода к обоснованию мероприятий иммунопрофилактики, планируемых к включению.

3.4.3. Планирование регионального финансирования для осуществления закупок вакцин против каждой

нозологии, включенной / планируемой к включению в региональные календари профилактических прививок в рамках трехлетнего бюджетного цикла с указанием источников финансирования.

3.4.4. Применение для региональных программ вакцинации всех зарегистрированных в России вакцин с учетом их доступности, эффективности, безопасности, опыта применения в России для эффективного контроля по управлению эпидемиологическими рисками.

3.4.5. Приоритизация рассмотрения и утверждения Научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации клинических рекомендаций по детским нозологиям, прежде всего — по детским инфекциям.

3.4.6. Придание официального статуса «клинических рекомендаций» или аналогичного методическим рекомендациям, описывающим вакцинопрофилактику различных инфекционных заболеваний, в том числе детей групп риска и профессиональных групп населения (с размещением на ресурсе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Рубрикатор клинических рекомендаций»).

3.5. Провести ряд мероприятий, направленных на повышение приверженности населения вакцинации

3.5.1. Принять нормативно-правовой акт по утверждению информационно-коммуникационной кампании, направленной на повышение приверженности населения вакцинопрофилактике и снижение уровня влияния антивакцинального движения. При этом мероприятия информационно-коммуникационной кампании должны быть адаптированы субъектами Российской Федерации в части их реализации с учетом специфических характеристик региона.

3.5.2. Внести изменения в главу 2 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», дополнив ее статьей 5.1., регулирующей порядок информирования населения об иммунопрофилактике в рамках осуществления государственной информационной политики с установлением порядка:

3.5.2.1. действий медицинских работников в сфере информирования населения об иммунопрофилакти-

ке в соответствии со Стандартом для медицинских работников по информированию населения об иммунопрофилактике и по работе с возражениями и предубеждениями;

3.5.2.2. создания и функционирования официального федерального информационного портала об иммунопрофилактике населения;

3.5.2.3. установления обязательств СМИ, социальных сетей и прочих интернет-ресурсов удалять недостоверную и не подтвержденную фактами информацию о вакцинопрофилактике как методе борьбы с инфекционными заболеваниями, признавая ее недостоверной общественно значимой информацией, распространяемой под видом достоверных сообщений, которая создает угрозу причинения вреда жизни и/или здоровью граждан и подлежит удалению в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

3.5.3. Принять организациям здравоохранения ряд локальных актов, предусматривающих порядок привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности при несоблюдении порядка работы по информированию населения о вакцинопрофилактике, установленного Стандартом для медицинских работников об информировании об иммунопрофилактике и о работе с возражениями и предубеждениями (предполагаемый к разработке), и дополнение должностных инструкций медицинских работников.

3.5.4. Принять Министерством здравоохранения Российской Федерации нормативно-правовой акт, утверждающий новую форму и подход к получению информированного добровольного согласия на проведение профилактических прививок с учетом необходимости совершенствования данной процедуры.

3.5.5. Увеличить норматив рабочего времени на проведение врачами в рамках приема разъяснительной работы по вопросам иммунопрофилактики.

3.5.6. Предусмотреть увеличение часов изучения вопросов, связанных с иммунопрофилактикой, в рамках базового и непрерывного медицинского и фармацевтического образования.