

страненности. В частности, врач-инфекционист, к.м.н. К.Д. Ермоленко уделил большое внимание современным подходам в устранении и профилактике обезвоживания посредством адекватной регидратации, профилактике и коррекции нарушений нутритивного статуса с целью увеличения эффективности терапии. К.Д. Ермоленко отметил, что не все растворы для оральной регидратации, представленные на рынке, соответствуют требованиям мировых профессиональных сообществ, а потому не могут быть рекомендованы к применению у детей, особенно с рождения. В то же время есть препараты, например NANCARE® Re-Hydra, соответствующие всем требованиям ESPGHAN к составу растворов для оральной регидратации. Это, в частности, касается адекватной осмолярности (240 мОсм/л), оптимального содержания и соотношения глюкозы и натрия (что важно для всасывания натрия), наличия в составе электролитов, а также использования в качестве основы для раствора цитрата. Как известно, корректно проводимая оральная регидратация позволяет значительно увеличить эффективность лечения ОКИ и предупредить развитие осложнений. Было отмечено, что во многом течение ОКИ зависит от питания ребенка, поэтому к ним нужен особый подход в диетотерапии. Грудное вскармливание во время эпизода ОКИ, по сути, становится частью терапии, а при его отсутствии в схему диетотерапии целесообразно включать современные адаптированные кисломолочные смеси, например смесь NAN® кисломолочный, для которой накоплена серьезная доказательная база в эффективности диетотерапии ОКИ у детей на ИВ.

В своем сообщении ассистент кафедры педиатрии ФГАОУ «Российский университет дружбы народов» М.А. Карпенко рассказал о детях с диагнозом «Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев» (НЭКГМ). Докладчик пояснил, что это — заболевание неизвестной этиологии, манифестирующее у детей первого года жизни, характеризующееся наличием у младенцев одышки, объяснить которую зачастую очень сложно. Докладчик отметил, что частота встречаемости НЭКГМ выше, чем частота установления этого диагноза, что требует настороженности педиатров в отношении данной патологии. Особое внимание было уделено профилактике острых респираторных инфекций, поскольку на фоне НЭКГМ они протекают в более тяжелой форме по сравнению с течением у здоровых детей. Безусловно, в первую очередь речь идет о необходимости поддержания ГВ, в то время как детям, находящимся на ИВ, может быть рекомендовано использование смеси NAN

SUPREME, содержащей олигосахариды, идентичные олигосахаридам грудного молока. Что же касается лечения детей с НЭКГМ, то в его основе лежит симптоматическая терапия: дотация кислорода при снижении SpO₂ менее 90–92%, коррекция других возможных симптомов. Учитывая высокие расходы энергии и высокую нагрузку на дыхательную мускулатуру, важным в комплексе ведения таких детей является обеспечение оптимального поступления в организм ребенка энергии и нутриентов. В части случаев на определенном этапе лечения для обеспечения адекватного поступления белка и энергии рекомендовано использование смесей для недоношенных детей — например, смеси PreNAN, которую можно использовать в виде двух стандартных разведений (70 или 80 кКал на 100 мл).

По оценкам ВОЗ, ежегодно недоношенными рождаются 15 млн детей, и эта цифра не имеет тенденции к уменьшению. Выживание недоношенных детей не ограничивается пребыванием в стационаре, поэтому важно обеспечить преемственность между стационаром и амбулаторным этапом, в частности в организации нутритивной поддержки. Врач-неонатолог Е.С. Першина пояснила, что для обеспечения полноценного развития нутриентной плотности грудного молока недостаточно, поскольку оно отличается недостаточным содержанием белка, жирных кислот, многих микро- и макроэлементов, например кальция и фосфора. Учитывая важность грудного молока для становления иммунного ответа недоношенного ребенка, созревания и формирования всех органов и систем, для вскармливания детей на ГВ рекомендовано применение фортификаторов (обогащителей) грудного молока, например PreNAN® FM85, и фортификация грудного молока должна продолжаться и после выписки ребенка из стационара. Решение об отмене фортификации грудного молока принимается индивидуально, с учетом данных по динамике антропометрических показателей и данных лабораторных исследований. Что же касается детей на ИВ, то в этом случае применение специализированных смесей должно продолжаться в условиях педиатрического участка при одновременном мониторингировании антропометрических показателей. Докладчик особо отметила важность преемственности между стационаром и педиатрическим участком в обеспечении нутритивной поддержки недоношенных детей и оценки динамики их развития. Для этого важно продолжать использовать те таблицы для оценки физического развития ребенка, которые использовались на этапе стационара.

<https://doi.org/10.15690/pf.v19i2.2423>



Вакцинация против пневмококковой инфекции детей и взрослых: успехи и достижения

Внедрение вакцинации от пневмококковой инфекции (ПИ) во всем мире позволило достичь значительного прогресса в профилактике пневмоний и отитов и внесло колоссальный вклад в снижение инвазивных форм ПИ.

Открывая научный симпозиум, посвященный вакцинации против ПИ, академик Л.С. Намазова-Баранова подчеркнула, что *S. pneumoniae* остается киллером номер один во всем мире, вызывая высокий процент смертельных исходов среди новорожденных детей.

Однако, по глобальным оценкам, смертность от ПИ среди детей младше 5 лет в период с 2000 по 2015 г. снизилась в два раза благодаря внедрению программ массовой вакцинации. На сегодняшний день 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина (Превенар 13) применяется в 164 странах мира, в 135 странах входит в национальные иммунизационные программы (из них в 132 — эксклюзивно).

Несмотря на то, что вакцинация против ПИ входит в национальный календарь профилактических прививок

(НКПП) Российской Федерации с 2014 г., уровень охвата ею остается недостаточным и составляет 87%. Если брать отдельные регионы, этот показатель может быть гораздо ниже.

Далее лектор представила успехи и достижения программ вакцинации детей против ПИ во всем мире.

Так, введение Превенар 13 в программу иммунизации младенцев (на примере Великобритании) позволило значительно снизить распространенность вакцин-специфичных серотипов Превенар 13 как у детей первых двух лет жизни при использовании схемы 2 + 1, так и в рамках догоняющей иммунизации среди детей с 2–4 лет.

В настоящее время проводятся многочисленные проспективные исследования эффективного использования Превенар 13 в отношении снижения числа инвазивных пневмококковых инфекций (ИПИ). Так, исследование, проведенное в Северной Каролине за период с 2008 по 2010 г., а также с 2011 по 2018 г., позволило оценить ежегодную заболеваемость ИПИ до и после введения вакцины в национальную программу иммунизации у детей младше 2 лет. При этом охват вакцинацией Превенар 13 у детей с 6 нед до 6 лет был достаточно высоким (более 94%), а среди взрослых старше 18 лет не превышал 26%.

Вакцинируя детей против ПИ, мы создаем популяционный эффект для взрослых. Правильнее будет сказать, что успешная вакцинация детей против пневмококка — это фактор положительного влияния на здоровье взрослых.

10-летнее исследование, проводимое на территории Соединенных Штатов Америки, позволило оценить заболеваемость ИПИ до и после введения Превенар 13 в программу иммунизации младенцев США. При этом общая заболеваемость ИПИ снизилась на 34%, а также снизилось количество серотип-специфичных для Превенар 13 ИПИ во всех возрастных группах — в основном за счет серотипов пневмококка 19A и 7F (89 и 97% соответственно).

20-летний период использования пневмококковых конъюгированных вакцин (ПКВ) в программах вакцинации у детей первых пяти лет жизни в США привел к снижению ИПИ на 91%, количества среднегодовых посещений по поводу среднего отита — на 41% и ежегодных госпитализаций с пневмонией — на 66–79%. Эти данные подтверждают существенные преимущества ПКВ для профилактики пневмококковых заболеваний у детей.

Эффективность использования Превенар 13 в Южном Израиле в отношении осложненного острого среднего отита у детей в возрасте 5–35 мес составила 77,4% (за счет серотипов 19F и 3, входящих в вакцину Превенар 13). А среди детей первых двух лет жизни отмечалось снижение случаев заболеваемости плевритами и пневмониями без плевритов на 57 и 52% соответственно, а в возрастной группе с 2–4 лет — на 79 и 60% соответственно.

В Австралии после внедрения Превенар 13 число госпитализаций, связанных с бактериальной пневмонией, снизилось на 36% среди детей первого года жизни и на 28% — среди детей раннего дошкольного возраста. Годовой уровень госпитализаций, связанных с эмпиемой, уменьшился на 27%.

Во Франции в первые 3 года введения Превенар 13 частота внебольничных пневмоний (ВБП) снизилась на 44% у детей первых 15 лет жизни, а у детей с плевритом — на 48%.

В России, по данным 2020 г., показатели смертности детей до года от пневмоний снизились на 56% (в сравнении с довакцинальным периодом 2013 г.). Отмечено,

что эффект вакцинации Превенар 13 напрямую зависит от своевременного начала и соблюдения схемы вакцинации. На примере Российской Федерации наибольшая эпидемиологическая эффективность (55%) в отношении ВБП любой этиологии показана у детей, своевременно вакцинированных на первом году жизни.

Вакцинация против ПИ поможет решить и проблему антибиотикорезистентности, поскольку после внедрения массовой вакцинации снизились частота применения антимикробных препаратов, а также годовая заболеваемость ИПИ, вызванных штаммами, устойчивыми к макролидам, цефалоспорином, тетрациклинам и пенициллинам.

Официальные статистические данные, а также данные социологических исследований свидетельствуют о росте с каждым годом приверженности населения и врачей иммунизации против ПИ, однако в ряде регионов этот вопрос еще предстоит решить.

Доктор медицинских наук И.С. Королева в своем докладе озвучила динамику основных эпидемических показателей пневмококкового менингита на глобальном уровне и в Российской Федерации.

- Наибольший показатель заболеваемости пневмококковым менингитом в нашей стране отмечен среди детей до 5 лет (в среднем 0,74 на 100 000 населения за 2010–2019 гг.).
- Заболеваемость пневмококковым менингитом имеет тенденцию к росту — преимущественно за счет лиц 25–44 лет.
- После внедрения вакцинации от ПИ в НКПП (с 2014 г.) наблюдается тенденция к снижению заболеваемости пневмококковым менингитом среди детей до 4 лет.
- Показатель летальности при пневмококковом менингите составил 19,5%, что превышает показатель летальности при менингитах другой этиологии (менингококковый менингит и менингит, обусловленный гемофильной палочкой).
- Показатель летальности преобладал у лиц от 65 лет и старше (38%).
- В серотиповой характеристике пневмококка преобладают серотипы 3, 23F, 19F.
- Покрытие вакциной Превенар 13 инвазивных штаммов пневмококка, циркулирующих в общей популяции, составило 68%.
- Выявлено повышение доли невакцинных штаммов в популяции детей с 7% в период 2010–2013 гг. до 50% в 2018–2021 гг.
- Не выявлено изменения доли невакцинных штаммов во взрослой популяции: 37,5% в период 2010–2013 гг. и 33,3% в период 2018–2021 гг.
- Устойчивость пневмококка к пенициллину определена на уровне 15%.
- Выявлен факт существенного роста резистентности пневмококка к эритромицину и клиндамицину.
- Резистентность пневмококка к пенициллину выше среди серотипов 6B, 19F и 14.

Профессор Т.В. Куличенко привела данные ретроспективного исследования из 18 субъектов Приволжского и Дальневосточного федеральных округов. В ходе научного эксперимента проанализирована первичная медицинская документация (форма № 063/у) детей 2015–2017 годов рождения, а также данные форм федерального государственного статистического наблюдения № 6 «Сведения о контингентах детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» 2016–2019 гг. в тех же субъектах Российской Федерации. Наиболее часто отклонения от НКПП отмечались при вакцинации

от ПИ, при этом доля не полностью привитых детей в различных субъектах нашей страны составила от 7 до 64%. В ряде регионов первая доза пневмококковой вакцины в 50–70% случаев вводится после года; догоняющая вакцинация проводится крайне редко.

Нарушение схемы и сроков вакцинации (начало иммунизации детей старше 1 года, незаконченная схема иммунизации, вакцинация детей первых трех лет жизни в разные возрастные периоды по разным схемам и т.д.) приводит к:

- формированию носительства *S. pneumoniae*;
- повышению риска развития пневмококковых заболеваний, в том числе инвазивных (сепсис, бактериемия, менингит);
- снижению профилактического эффекта вакцинации;
- отсутствию ожидаемого снижения заболеваемости детей;
- отсутствию популяционного иммунитета.

В следующем сообщении академик Л.С. Намазова-Баранова предположила, что пневмококк и COVID-19 могут быть опасным дуэтом. Эти доводы доказывают турецкие коллеги, опубликовавшие исследование, демонстрирующее высокий уровень носительства *S. pneumoniae* (32,2%) среди детей, заразившихся COVID-19. Другое исследование, проводившееся в Китае, показало, что *S. pneumoniae* — лидер среди респираторных патогенов, обнаруживаемых при сочетанной инфекции у пациентов с выделенным SARS-CoV-2.

В период пандемии COVID-19 более чем у половины пациентов, госпитализированных с пневмонией на фоне новой коронавирусной инфекции, при обследовании высевались типичные и атипичные агенты, вызывающие пневмонию. Более 35% пациентов, заболевших COVID-19 и перенесших вторичную пневмонию, при обследовании имели подтвержденную инфекцию, вызванную *S. pneumoniae*, *S. aureus* и гемофильной инфекцией типа b.

Кроме того, ПИ встречалась среди пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) по поводу SARS-CoV-2 и гриппозной пневмонии. Причем такая вирусно-бактериальная ассоциация повышала риск 28-дневной летальности у пациентов с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2.

На фоне эпидемии COVID-19 в минувшем 2019/2020 г. отмечалось значительное снижение ИПИ в сравнении с предыдущими годами, что связывают с введением ограничительных мер. Однако, несмотря на то, что коинфекции (ИПИ и SARS-CoV-2) были редкими, они ассоциировались с высоким уровнем летальности — в основном у пожилых людей.

Респираторные вирусные инфекции тесно связаны с пневмококковой, поскольку облегчают проникновение возбудителя в организм и прогрессирование заболевания.

В ходе проведенных клинических исследований было установлено, что носительство пневмококка ассоциировалось со снижением противовирусного иммунного ответа, что было продемонстрировано снижением уровня мукозальных антител IgA среди лиц с легкой и бессимптомной инфекцией, а также снижением вторичного клеточного иммунного ответа у пациентов с COVID-19.

S. pneumoniae моделирует иммунитет хозяина к SARS-CoV-2 и может способствовать ускользанию этого вируса от иммунного ответа посредством аналогичного механизма, как было продемонстрировано для вируса гриппа.

Крупное зарубежное исследование было посвящено взаимодействию между SARS-CoV-2 и *S. pneumoniae*

у лиц старше 65 лет путем измерения связи исходов COVID-19 с проведенной пневмококковой вакцинацией (ПКВ13 или ППВ23). Была выдвинута гипотеза, что пневмококки, присутствующие в верхних дыхательных путях, взаимодействуют с SARS-CoV-2, что приводит к тяжелым исходам. Вакцинация Превенар 13 может предотвратить носительство *S. pneumoniae*, что, в свою очередь, снижает риск коинфицирования и тяжелые исходы COVID-19.

Врач-пульмонолог д.м.н. И.В. Демко напомнила, что пневмококк является ведущим возбудителем ВБП у взрослых.

В возрастной популяции старше 65 лет уровень заболеваемости пневмококком составляет 16,2–59,7 на 100 000 населения, для больных с отягощенным коморбидным фоном этот показатель значительно выше и составляет 176–483 на 100 000 населения, а среди пациентов, имеющих иммунодефицитное состояние, достигает 324–2031 на 100 000 населения.

ПИ, сочетанная с COVID-19, характеризуется тяжелыми исходами. Анализ данных, предоставленных Службой общественного здравоохранения Великобритании, свидетельствует о том, что среди пациентов, у которых развилась инфекция COVID-19 во время или вскоре после ИПИ, отмечается повышенная частота случаев заболевания со смертельным исходом по сравнению с теми пациентами, у которых имела место только ИПИ.

Пациенты, перенесшие COVID-19, могут иметь персистирующие легочные симптомы и структурное поражение легких. Длительно сохраняются одышка, кашель, возникает фиброз легких, снижается диффузная способность легких. Поражаются и другие органы, среди которых сердце, нервная система, кожа, печень, почки и др.

Необходимо отметить, что риск повторного развития ВБП у пациентов, ранее ее перенесших, достаточно высок в течение года и последующих нескольких лет.

Представленные результаты крупномасштабного клинического исследования «Иммунизация взрослого населения против внебольничной пневмонии» (CAPITA), проведенного среди взрослого населения старше 65 лет, целью которого являлось изучение влияния вакцинации Превенар 13 на развитие ВБП, вызванной вакцин-специфическими серотипами *S. pneumoniae*, доказали, что однократная иммунизация Превенар 13 обеспечивает длительную профилактику ВБП, вызванных вакцин-специфическими серотипами *S. pneumoniae*. Эффективность вакцинации сохраняется на протяжении не менее 5 лет наблюдения, что позволяет минимизировать риски заболевания пневмонией.

В другом исследовании, проводимом на территории США, было показано, что риск госпитализации по поводу ВБП, вызванных вакцин-специфическими серотипами *S. pneumoniae*, у людей, привитых Превенар 13, был на 73% ниже по сравнению с невакцинированными.

Лектор сослалась на руководство по плановой иммунизации в период пандемии COVID-19 в Европейском регионе ВОЗ, выпущенное в марте 2020 г., согласно которому рекомендована приоритизация иммунизации восприимчивых групп населения против ПИ и сезонного гриппа.

Согласно российским рекомендациям, для пациентов, перенесших пневмонию и COVID-19, рекомендовано следующее.

1. Иммунизацию против ПИ можно проводить в течение года. Сезонную вакцинацию против гриппа удобнее провести совместно с прививанием против ПИ перед началом сезона острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и гриппа — в соответствии с реко-

мендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

2. Пациенты с нарушениями иммунологической реактивности могут иметь сниженный иммунологический ответ на вакцинацию, что потребует дополнительного введения доз вакцины.

3. Вакцинацию можно проводить через 2 нед после достижения ремиссии / выздоровления или через 2 нед после выписки из стационара. Перенесенная ранее ПИ не является противопоказанием к вакцинации.

Согласно методическим рекомендациям «Иммунизация взрослых», созданным ведущими российскими экспертами, пациенты, перенесшие COVID-19, могут прививаться через 1–2 нед после достижения ремиссии или выздоровления от острого инфекционного заболевания.

Лицам в возрасте 18–64 лет, страдающим хроническими заболеваниями легких, сердца, печени, почек, сахарным диабетом (СД), а также лицам старше 65 лет следует начать вакцинацию ПКВ13, а через год провести ревакцинацию пневмококковой полисахаридной вакциной (ППВ23).

Иммунокомпрометированных пациентов любого возраста следует привить ПКВ13, а через 8 нед — ППВ23. Через 5 лет введение ППВ23 таким больным следует повторить.

Прививаться против ПИ следует и медицинским работникам. Врач-пульмонолог представила результаты вакцинации Превенар 13 медицинских работников. Привитой персонал в 2 раза реже болел респираторными инфекциями, из них на 33% реже встречались поражения верхних и нижних дыхательных путей любой этиологии. Кроме того, вакцинация против ПИ способствовала двукратному снижению частоты бактерионосительства.

Актуальность вакцинации против ПИ отметил и врач-кардиолог профессор И.В. Фомин, подчеркнув, что относительными рисками формирования пневмонии у лиц старше 65 лет чаще всего являются хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), острая декомпенсированная сердечная недостаточность (ОДСН) и хроническая болезнь почек (ХБП). При этом в общей структуре коморбидности первое место по распространенности занимает патология сердечно-сосудистой системы (ССС). Независимо от возраста наличие патологии СССР в 3–4 раза увеличивает риск развития ИПИ и пневмонии.

Таким образом, возникает порочный круг. Пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), имеют более высокие шансы развития пневмонии. С другой стороны, известно, что пациенты, перенесшие ВБП либо имеющие в анамнезе ИПИ, в 2 раза чаще могут перенести ОИМ либо инсульт в течение первого года после болезни.

На фоне ИПИ увеличивается риск обострения хронических заболеваний легких, а также декомпенсации СД.

Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) — в зоне высокого риска ПИ и смерти. Данные трех международных исследований — китайского, немецкого и российского — показали, что при ОДСН уровень летальности в 30-дневный период составляет 20,5–27,4%.

Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН), пневмонии, цирроза печени и ХПН может привести к летальности, равной 56,1%. Пациенты с ХСН, перенесшие COVID-19, погибают в 40% случаев.

Недавние научные исследования, проводившиеся на территории США, показали, что пациенты, получив-

шие вакцину против пневмококка и гриппа, имеют более низкую внутрибольничную смертность.

Вакцинация против ПИ показана лицам с ССС в период ремиссии на фоне базисной терапии и стабилизации показателей гемодинамики. Иммунизация может проводиться через 28 дней после ОИМ, через 7 дней после ХСН, а также при дилатационной кардиомиопатии на фоне стабильной гемодинамики в течение 4 дней.

Особенности течения ПИ у пациентов с СД осветила к.м.н. Е.В. Блинова, отметив, что пациенты с данным диагнозом имеют повышенный риск развития ВБП, госпитализаций по поводу ВБП и смерти, который выше в 1,5 раза, 1,4 раза, 1,7 раза соответственно в сравнении с пациентами без СД. Вероятность пневмококкового сепсиса при ВБП у больных с СД возрастает в 1,5 раза. Каждый десятый пациент с СД умирает в 30-дневный срок от ВБП.

Известно, что длительность диабета свыше 10 лет повышает вероятность развития пневмонии на 73%. Неблагоприятными факторами в реализации смертельного исхода от пневмонии являются уровень гликемии выше 14 ммоль/л, а также уровень гликированного гемоглобина более 7,5%. Летальность среди пациентов с ВБП сохраняется в течение 90 дней после перенесенного заболевания.

Только вакцинация против ПИ сможет помочь в профилактике пневмонии. Иммунизацию против ПИ можно проводить через 1–2 нед после достижения ремиссии или выздоровления от инфекционного заболевания. Перенесенная ранее ПИ не является противопоказанием к проведению иммунизации.

Согласно методическим рекомендациям, лицам, страдающим СД, с целью защиты от ПИ стартовой вакциной является ПКВ13, а через год вводится ППВ23.

Принимая решение о вакцинации пациента с СД, необходимо всегда учитывать стадию компенсации, наличие осложнений. В клинических рекомендациях «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным с сахарным диабетом», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2021 г., в дополнительных противопоказаниях к вакцинации пациентов с СД значатся острые осложнения заболевания (диабетический кетоацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние, лактацидоз). Следует с осторожностью прививать пациентов с выраженной декомпенсацией СД.

При анализе влияния вакцинопрофилактики ПИ у пациентов с ХОБЛ в сочетании с СД были отмечены отсутствие симптомов декомпенсации состояния после вакцинации, а также стабилизация показателей углеводного обмена за период наблюдения, составивший 3–5 лет.

Заседание продолжила к.м.н. Л.Ю. Дроздова с докладом: «Практические вопросы о вакцинации против пневмококковой инфекции».

Еще в допандемический период было известно, что перенесенные пневмонии повышают риск развития ССЗ в первый год в 6 раз, во второй год — в 2,47 раза, в третий год — в 2,12 раза; в дальнейшем риск остается повышенным еще 5 лет.

Консультируя пациента с хроническим заболеванием, необходимо всегда осведомиться, какие профилактические прививки он имеет. Это поможет выявить риски развития тяжелого течения инфекционных заболеваний, в т.ч. пневмонии и гриппа. Согласно рекомендациям ВОЗ, приоритетной вакцинацией в период пандемии COVID-19 признается иммунизация против ПИ и гриппа.

Риски развития ПИ у пациентов с онкогематологическими заболеваниями превышают таковые, имеющиеся у здоровых, в 13,3 раза, у пациентов с хроническими заболеваниями — в 9,8 раза, у больных с ССЗ — в 4,2 раза, у пациентов с СД — в 3 раза. В случае если пациент имеет 2 или 3 хронических заболевания, риск реализации ПИ становится гораздо выше, чем у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Как весомый аргумент для принятия решения о необходимости широкого внедрения программ массовой вакцинации от ПИ среди взрослых с хронической патологией и лиц пожилого возраста представлены данные последнего фармакоэкономического исследования. В частности, вакцинация против ПИ с использованием Превенар 13 является экономически высокоэффективной и позволяет вернуть в бюджет до 33% инвестированных средств за счет предотвращенных случаев ПИ у лиц старше 65 лет, а также до 96 и 83% у пациентов с СД и ХСН соответственно в возрасте 40 лет в пятилетней перспективе.

В рекомендательном порядке экспертами представлены следующие предложения для внесения изменений в НКПП.

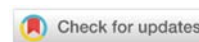
1. Расширение категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации против ПИ: лиц в возрасте 60 лет и старше в рамках НКПП (в приложении № 1 приказа Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок

по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»).

2. Расширение категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации против ПИ: дети в возрасте от 2 до 17 лет включительно (ранее не привитые), взрослые, относящиеся к группам риска (лица, подлежащие призыву на военную службу; лица, занятые на вредных производствах; медицинские работники; лица, страдающие хроническими заболеваниями легких, органов сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, печени, почек, с иммуносупрессивными состояниями, онкологическими заболеваниями) в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям (в приложении № 2 приказа Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»).

3. Усиление надзора за проведением, своевременным началом и соблюдением схем вакцинации против ПИ детей согласно НКПП (в приложении № 1 приказа Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»), а также за проведением догоняющей вакцинации.

<https://doi.org/10.15690/pf.v19i2.2424>



Возможности системной терапии атопического дерматита селективными иммунодепрессантами: резолюция рабочего совещания экспертов по профилю «дерматология»

19 февраля 2022 г. в Москве состоялось рабочее совещание экспертов по проблеме atopического дерматита под председательством директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России д.м.н., профессора, члена-корреспондента РАН А.А. Кубанова, академика РАН, главного внештатного детского специалиста по профилактической медицине, руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», д.м.н., профессора, академика РАН Л.С. Намазовой-Барановой, заместителя директора по клинической работе — главного врача ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России» д.м.н., профессора Н.И. Ильиной.

На совещании поднимались актуальные вопросы оказания медицинской помощи, уменьшения бремени заболевания и улучшения качества жизни пациентов с atopическим дерматитом (АтД). Обсуждались новые возможности и принципы системной терапии у пациентов со среднетяжелым и тяжелым АтД. Были проанализированы данные о новом представителе класса малых молекул — селективном ингибиторе янус-киназы 1 — упацитинибе, который зарегистрирован в Российской Федерации в июне 2021 г., с целью определить его

место в алгоритмах терапии АтД и возможности влияния терапии с его применением на качество жизни пациентов и бремя заболевания.

Атопический дерматит — мультифакторное, генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, манифестирующее в подавляющем большинстве случаев в раннем детском возрасте, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. АтД — это заболевание со значительным физическим, психологическим и экономическим бременем, которое сопровождается существенным снижением качества жизни как самого пациента, так и его родственников, и приводит к нарушениям социальной адаптации и работоспособности [1–4].

Распространенность АтД среди взрослых составляет 2,1–16,0%, среди детского населения — до 20%. Заболеваемость всего населения Российской Федерации АтД в 2019 г. в абсолютных цифрах составила 271 435 случаев, или 184,9 на 100 000 населения. У 60–70% детей манифестация АтД совпадает с первыми месяцами жизни и нередко является первой ступенью «атопического марша». Среднетяжелое течение составляет 36–46,9%, тяжелое — 14,6–34,1% среди всех больных АтД [1, 5–9].