Современная вакцинация.

Что нужно знать педагогам и родителям о прививках.

Национальный календарь профилактических прививок

Национальный календарь профилактических прививок утвержден приказом Минздрава России от 21 марта 2014 г. № 125н .

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Новорожденные на 3–7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза <2 >
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В <1 >
Дети 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3 > Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Первая вакцинация против полиомиелита <4 > Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5 >
Дети 4,5 месяцев	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5 > Вторая вакцинация против полиомиелита <4 > Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 месяцев	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Третья вакцинация против вирусного гепатита В <1 > Третья вакцинация против полиомиелита <6 > Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группа риска) <5 >
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3 >
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 18 месяцев	Первая ревакцинация против полиомиелита <6 > Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
Дети 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита <6 >
Дети 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка <7 > Ревакцинация против туберкулеза <8 >
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка <7 > Третья ревакцинация против полиомиелита <6 >
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В <9 >
Дети от 1 года до 18 лет, женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о	Вакцинация против краснухи

прививках против краснухи	
Дети от 1 года до 18 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори <10 >
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1–11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в т. ч. с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

<1> Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0–1–6 (1-я доза – в момент начала вакцинации, 2-я доза – через месяц после 1 прививки, 3-я доза – через 6 месяцев от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0–1–2–12 (1-я доза – в момент начала вакцинации, 2-я доза – через месяц после 1 прививки, 3-я доза – через 2 месяца от начала вакцинации, 4-я доза – через 12 месяцев от начала вакцинации).

<2> Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах РФ с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом – вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<3> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей – носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

<4> Первая и вторая вакцинации проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<5> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; детям, находящимся в домах ребенка).

<6> Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой); детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, детям с ВИЧ-инфекцией, детям, находящимся в домах ребенка – вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<7> Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.

<8> Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<9> Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0–1–6 (1-я доза – в момент начала вакцинации, 2-я доза - через месяц после 1-й прививки, 3-я доза - через 6 месяцев от начала вакцинации).

<10> Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее трех месяцев.

Профилактика полиомиелита.

Требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения и ликвидацию заболеваний полиомиелитом на территории Российской Федерации, регламентированы санитарно-эпидемиологическими правилами "Профилактика полиомиелита. СП 3.1.2951-11", утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 июля 2011 г. № 107 (далее – СП 3.1.2951-11).

Полиомиелит – острая вирусная инфекция, поражающая нервную систему (серое вещество спинного мозга). Характеризуется появлением вялых параличей, в основном нижних конечностей. В наиболее тяжелых случаях поражение спинного мозга приводит к остановке дыхания.

Источником инфекции является человек, больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 часов, а в испражнениях – через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях – в течение 3–6 недель. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания.

Механизм передачи возбудителя – фекально-оральный, пути передачи – водный, пищевой и бытовой. Эпидемиологическое значение имеет и аспирационный механизм с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи.

Внимание:

Вирус может передаваться от человека к человеку воздушно-капельным и фекально-оральным (через загрязненные предметы, пищу, воду) путями. Источником инфекции является больной человек или носитель вируса. Вирусы полиомиелита отличаются высокой контагиозностью (заразностью), поэтому инфекция быстро распространяется.

Попав в желудочно-кишечный тракт человека, вирус полиомиелита размножается, проникает в кровь и нервную систему, чаще всего поражает спинной мозг, разрушая нервные клетки, что определяет появление параличей (расстройства двигательных функций или полное отсутствие произвольных движений).

Специфической терапии полиомиелита нет, единственным действенным средством предупреждения является прививка. Требования к проведению вакцинации регламентированы разделом VIII СП 3.1.2951-11.

Иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Внимание:

В соответствии с требованиями п. 9.5 СП 3.1.2951-11 в медицинских организациях и общеобразовательных учреждениях, летних оздоровительных организациях детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита, не привитых против полиомиелита или получивших менее 3 доз полиомиелитной вакцины, разобщают с детьми, привитыми вакциной ОПВ в течение последних 60 дней, на срок 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ.

Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в индивидуальном порядке (отдельным лицам) и (или) группам населения путем проведения кампаний по дополнительной иммунизации.

Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям в индивидуальном порядке проводится:

- лицам в очагах полиомиелита и ОВП;
- лицам, выезжающим в эндемичные (неблагополучные) по полиомиелиту страны (территории), не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита, а также по требованию принимающей стороны; лицам, не привитым против полиомиелита, вне зависимости от возраста рекомендуется сделать прививку не менее чем за 10 дней до выезда;
- детям в возрасте до 15 лет, прибывшим из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), не привитым против этой инфекции, а также не имеющим сведений о прививках против полиомиелита, иммунизация проводится однократно (по прибытии), последующие прививки – в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- детям в возрасте до 15 лет из семей мигрантов, кочующих групп населения, не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита, иммунизация проводится однократно (по месту их выявления), последующие прививки – по месту их проживания в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- лицам с отрицательными результатами серологического исследования уровня индивидуального иммунитета к полиомиелиту ко всем трем типам полиовируса или к одному из типов полиовируса иммунизация проводится двукратно с интервалом в 1 месяц;
- лицам, работающим с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным "диким" штаммом полиовируса, – однократно – при поступлении на работу, далее в соответствии с требованиями п. 8.7 СП 3.1.2951-11.

Вакцинация против полиомиелита.

Специфической терапии полиомиелита нет, единственным действенным средством предупреждения заболевания является прививка.

Внимание:

Требования к проведению вакцинации регламентированы санитарно-эпидемиологическими правилами "Профилактика полиомиелита. СП 3.1.2951-11", утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 июля 2011 г. № 107 .

Для вакцинации против полиомиелита используют оральную живую полиомиелитную (далее – ОПВ) или инактивированные полиомиелитные вакцины (далее – ИПВ), содержащие штаммы трех типов вируса. В нашей стране производство ИПВ только налаживается. Зарегистрированы зарубежные вакцины “Имовакс Полио” (Санофи Пастер, Франция), “Полиорикс” (ГлаксоСмитКляйн, Бельгия). ИПВ также входят в состав зарубежной комбинированной пятикомпонентной вакцины “Пентаксим” (Санофи Пастер, Франция) и шестикомпонентной “Инфанрикс Гекса” (ГлаксоСмитКляйн, Бельгия), зарегистрированной в России в 2012 г.

Внимание:

Вакцины против полиомиелита могут вводиться одномоментно с любыми другими вакцинами, кроме БЦЖ.

ОПВ – жидкая вакцина розового цвета, горько-соленая на вкус. Метод введения – закапывание в рот, на лимфоглоточное кольцо у маленьких детей, у детей старшего возраста – на поверхность миндалин (в этом месте отсутствуют вкусовые сосочки). Схема иммунизации ОПВ: первые три прививки проводят в 3; 4,5 и 6 мес., далее ревакцинации: однократно в 18, 20 мес. и в 14 лет.

Внимание:

Если при иммунизации график прививок нарушен, то заново прививать ребенка не нужно, следует продолжить введение всех недостающих прививок.

После введения ОПВ клинические проявления, как правило, отсутствуют. В крайне редких случаях возможно появление субфебрильной температуры на 5–14-е дни после прививки, изредка – учащение стула.ОПВ живет в кишечнике до месяца и формирует иммунитет, практически идентичный образуемому при инфекции: синтезируются антитела (защитные белки) в крови и на слизистой кишечника; возникает клеточная защита (клетки, способные распознавать в организме другие клетки, инфицированные вирусами полиомиелита, и уничтожать их). Формирование иммунитета на слизистых препятствует проникновению в организм вируса дикого полиомиелита.

Внимание:

Лица, перенесшие полиомиелит, в дальнейшем продолжают вакцинацию, т. к. повторное заболевание может быть вызвано другим типом вируса.

ИПВ – инактивированные полиомиелитные вакцины, содержащие убитые дикие вирусы полиомиелита. Вводятся подкожно или внутримышечно в бедро (детям до 18 мес.) или в плечо (детям старше 18 мес.). Противопоказаний к введению инактивированных вакцин практически нет.

Схема вакцинации: 3 введения с интервалом 1,5 мес. (в 3, 4,5 и 6 мес.), через год после третьего введения проводят первую ревакцинацию, вторая ревакцинация предусмотрена через 5 лет.

Согласно Национальному календарю профилактических прививок, утв. приказом Минздрава России от 21 марта 2014 г. № 125н , третья вакцинация и ревакцинации в нашей стране проводятся ОПВ. Инактивированная вакцина создает у привитого стойкий гуморальный иммунитет, но практически не формирует иммунитет на слизистых и клеточной защиты. Комбинированная схема вакцинации обеспечивает высокий уровень иммунной защиты.

Детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, детям с ВИЧ-инфекцией, а также детям, находящимся в домах ребенка, третью вакцинацию и последующие ревакцинации проводят ИПВ.

После введения ИПВ у 5–7% привитых могут быть местные реакции в виде небольшого отека и красноты, у 1–4% – общие проявления в виде кратковременного повышения температуры, беспокойства ребенка в 1–2-й дни после прививки.

Внимание:

При использовании ИПВ никогда не бывает ВАПП, ее можно смело вводить всем детям с иммунодефицитами. Побочным эффектом в редких случаях может быть аллергическая реакция (сыпь).

ИПВ рекомендованы ВОЗ, Американской Академией педиатрии (США). Несколько десятков развитых стран используют для иммунизации только инактивированную вакцину.

Памятка
для родителей дошкольника
о туберкулинодиагностике и направлении к фтизиатру

1. В родильном доме вашему ребенку сделали прививку БЦЖ – от нее остался рубчик на левом плече. Теперь необходимо оценить напряженность поствакцинального иммунитета и своевременно провести профилактику туберкулеза – именно для этого нужна проба Манту, которую предлагают в детском саду ежегодно.

2. Многие ошибочно считают реакцию Манту прививкой, однако это не прививка, а кожная аллергическая проба, позволяющая определить напряженность иммунитета к туберкулезу и своевременно диагностировать заболевание у ребенка. Проба Манту проводится туберкулином – раствором осколков оболочек возбудителя туберкулеза (т. е. аллергеном, не вызывающим заболевания), который вводится в предплечье подкожно. Через три дня пробу измеряют.

3. При технически правильном внутрикожном введении туберкулина образуется “лимонная корочка”, а затем при положительной реакции появляется папула, напоминающая внешне укус комара. У ребенка, привитого вакциной БЦЖ, реакция Манту в первые 4–5 лет обычно стойко положительная (свыше 5 мм, но не более 17 мм) и постепенно угасающая. Это нормальное явление, т. н. поствакцинальная аллергия.

4. Отрицательная реакция Манту у привитого ребенка означает неэффективную вакцинацию, и ребенку могут предложить повторную процедуру.
   Если реакция Манту нарастает более чем на 6 мм, или рядом появляются пузырьки, красная дорожка от пробы к локтю, или увеличиваются лимфоузлы, то это признаки т. н. виража туберкулиновых проб, т. е. инфицирования возбудителем туберкулеза. В подобных случаях ребенка обязательно направляют на консультацию к фтизиатру.

5. Не отказывайтесь от похода к специалисту. Фтизиатр выяснит, истинная это реакция или ложноположительная, обследует ребенка и, возможно, назначит профилактическое лечение. Детская противотуберкулезная помощь направлена прежде всего на профилактику заболевания, потому что лечение туберкулеза продолжительное.

6. *Помните, что при отсутствии заключения фтизиатра в течение месяца после направления ребенка, не обследованного на туберкулез, не рекомендуется допускать в детский сад, т. к. он может стать источником инфекции в детском коллективе.*

Основания для проведения туберкулинодиагностики:

Обязательность соблюдения мероприятий , направленных на предупреждение распространения такого социально опасного заболевания, как туберкулез , регламентирована Федеральным законом от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон № 77-ФЗ).

Согласно ст. 7 Федерального закона № 77-ФЗ противотуберкулезная помощь оказывается гражданам при их добровольном обращении или с их согласия. Противотуберкулезная помощь несовершеннолетним в возрасте до 15 лет оказывается с согласия их законных представителей. Исключения касаются диспансерного наблюдения (ст. 9 Федерального закона № 77-ФЗ), обязательного обследования и лечения (ст. 10 Федерального закона № 77-ФЗ).

Внимание:

Добровольность не предусмотрена лишь в отношении случаев заболевания туберкулезом. Так, диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия больных или их законных представителей (ч. 2 ст. 9 Федерального закона № 77-ФЗ).

Также в случае угрозы возникновения и распространения туберкулеза на основании предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей или органа исполнительной власти субъекта РФ в порядке, установленном законодательством РФ, проводятся дополнительные противоэпидемические мероприятия (ч. 1 ст. 10 Закона №77-ФЗ).

Никаких мер, обязывающих граждан, не являющихся больными туберкулезом, проходить обследования, не предусмотрено.Соответственно, в иных случаях граждане имеют право отказаться от обследования (от Манту, рентгенологического, флюорографического обследования и т. п.). Как показывает практика, многие родители пользуются этим правом.

Однако согласно п. 5.7 санитарно-эпидемиологических правил "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.2.3114-13" (далее – СП 3.1.2.3114-13), утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. № 60, дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители (законные представители) которых не представили в течение одного месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются в детские организации. Дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

Соответственно, чтобы удостовериться, что у ребенка нет туберкулеза, руководители образовательных организаций (далее - ОО) выдвигают требование – либо обязательно делать пробу Манту (без которой не допускают в школу, детский сад), либо пройти обследование, принести справку из противотуберкулезного диспансера, результаты флюорографии и т. п.

Согласно пп.3.1 , 3.2 СП 3.1.2.3114-13 выявление больных туберкулезом осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских и оздоровительных организаций. При подозрении на туберкулез в медицинских организациях проводится обследование заболевшего в установленном объеме в целях уточнения диагноза.

Внимание:
С учетом принципа добровольности медицинского вмешательства родители ребенка вправе отказаться от туберкулинодиагностики, но при отсутствии справки от фтизиатра отказ в приеме ребенка в ОО, по их мнению, повлечет ограничение права ребенка на образование. Однако Верховный Суд РФ решением от 17 февраля 2015 г. № АКПИ14-1454 закрепил обоснованность п. 5.7 СП 3.1.2.3114-13 и признал, что отказ в таком случае не является ограничением права на образование.

Таким образом, установленный запрет на допуск в ОО детей без постановки реакции Манту и осмотра фтизиатра может рассматриваться как норма прямого и непосредственного действия.

В случае отказа родителей (законных представителей) ребенка от проведения пробы Манту с целью своевременного выявления заболевания туберкулезом они несут ответственность за возможные последствия состояния здоровья ребенка, связанные с данным заболеванием.

В целях соблюдения требования законодательства можно оказать информационную помощь родителям для принятия ими верного решения.

Иммунодиагностика туберкулеза у детей.

Иммунодиагностика туберкулеза осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 29 декабря 2014 г. № 951 "Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания" (далее – Методические рекомендации). Цель разработки документа – улучшение диагностики туберкулеза органов дыхания и лечения больных этим заболеванием.

Для профилактики туберкулеза органов дыхания наиболее важным является раннее выявление микобактерий туберкулеза и определение их генетических маркеров в организме человека, а также рентгенологическое обследование.

Внимание:
Выявление больных туберкулезом осуществляется с помощью скрининговых (просеивающих) периодических обследований населения. Для этого проводятся рентгенологические обследования органов грудной клетки у взрослых и иммунодиагностика у детей. Кроме того, обследованию на туберкулез подлежат лица, обратившиеся за медицинской помощью с жалобами, подозрительными на наличие указанного заболевания.

До введения Методических рекомендаций выявление инфицированных микобактерией туберкулеза детей осуществлялось с применением пробы Манту. Проба Манту – это внутрикожное введение специфического вещества туберкулина – структурного компонента микобактерии туберкулеза. При введении туберкулина возникает кожная аллергическая реакция. Положительная туберкулиновая проба (даже слабо положительная) может свидетельствовать о наличии в организме ребенка микобактерии туберкулеза и о необходимости индивидуального углубленного обследования такого ребенка у фтизиатра.

В соответствии с Методическими рекомендациями иммунодиагностика туберкулеза разделяется на массовую и индивидуальную. Для массовой иммунодиагностики теперь будет использоваться не только туберкулин, но и аллерген туберкулезный рекомбинантный.

Массовую иммунодиагностику осуществляют в условиях медицинских организаций общей лечебной сети.

Для проведения иммунодиагностики применяются:
– аллерген туберкулезный очищенный жидкий в стандартном разведении (очищенный туберкулин Линниковой – ППД-Л), биологическая активность которого измеряется в туберкулиновых единицах (ТЕ);
– аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении (белок CFP10-ESAT6 0,2 мкг).

Пробу Манту проводят один раз в год всем детям с 12 месячного возраста до 7 лет включительно (при отсутствии вакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ (БЦЖ-М) – с 6-месячного возраста два раза в год).
Пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении проводят один раз в год всем детям и подросткам с 8 лет до 17 лет включительно.
Внимание:
Детям с 12 месячного возраста до 7 лет включительно по показаниям (инфицирование микобактериями туберкулеза) проводится проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении наряду с пробой Манту. Допускается одновременная постановка пробы Манту и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении на разных руках.

Техника проведения пробы Манту и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении идентична и проводится в соответствии с инструкцией по применению препарата. Внутрикожные иммунологические пробы осуществляет медицинская сестра, прошедшая инструктаж в противотуберкулезном учреждении и имеющая справку-допуск для постановки внутрикожных проб.
Проведение проб с туберкулином и аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении необходимо планировать до проведения профилактических прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок . При проведении профилактических прививок до постановки иммунодиагностических проб, последние проводят не ранее, чем через месяц после вакцинации.

Результаты пробы Манту и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении оценивают через 72 ч. Реакция на пробу Манту может быть:
– отрицательной – при наличии только уколочной реакции (0–1 мм);
– сомнительной – при наличии инфильтрата (папулы) 2–4 мм или гиперемии любого размера без инфильтрата;
– положительной – при наличии инфильтрата (папулы) 5 мм и более.
Положительные реакции Манту делятся:
– на слабо положительные – 5–9 мм;
– средней интенсивности –10–14 мм;
– выраженные – 15–16 мм.

Реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении может быть:
– отрицательной – при полном отсутствии инфильтрата и гиперемии или при наличии уколочной реакции до 2 мм или "синяка" до 1–3 мм в диаметре;
– сомнительной – при наличии гиперемии без инфильтрата;
– положительной – при наличии инфильтрата (папулы) любого размера.

Результаты проб фиксируют в учетной форме № 063/у, в Медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у), в истории развития ребенка (форма № 112/у) и прививочном сертификате. При этом отмечают:
– предприятие-изготовитель препарата;
– номер серии, срок годности;
– дату проведения пробы;

– результат пробы – инфильтрат (папула) или гиперемии (при отсутствии инфильтрата) в мм.

Дети с высоким риском заболевания туберкулезом должны проходить более частую иммунодиагностику. Такие дети, хотя и не подлежат диспансерному наблюдению у фтизиатра, но нуждаются в проведении иммунодиагностики два раза в год в условиях медицинских организаций.

К группе высокого риска относятся дети и подростки:
– больные сахарным диабетом, язвенной болезнью;
– с хроническими неспецифическими заболеваниями бронхолегочной системы и почек;
– больные ВИЧ-инфекцией;
– длительно получающие иммуносупрессивную терапию (цитостатики, стероидные гормоны, активные иммунобиологические препараты и др.).

Системное проведение иммунодиагностики туберкулеза должно способствовать сохранению здоровья подрастающего поколения.

Мероприятия по профилактике туберкулеза среди детей:

На сегодняшний день, требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических), дезинфекционных мероприятий, проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения, установлены санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза", утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. № 60 (далее – СП 3.1.2.3114-13).
К одному из основных мероприятий по предупреждению заболеваний СП 3.1.2.3114-13 относит плановую массовую иммунизацию против туберкулеза детского населения, которая проводится в соответствии с национальным календарем .
Внимание:
Профилактические прививки *детям проводятся с согласия родителей (законных представителей) несовершеннолетних граждан. При этом* отказ *должен быть оформлен записью в медицинской документации и подписан одним из родителей (законным представителем) несовершеннолетнего гражданина, а также медицинским работником (п. 11.3 СП 3.1.2.3114-13). Детям, посещающим детские дошкольные организации, школы, школы-интернаты, колледжи, лицеи, прививки проводятся в специально оборудованных прививочных кабинетах.*

Также в целях раннего выявления туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет, вакцинированным против туберкулеза, проводится туберкулинодиагностика. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее - проба Манту) ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб (п. 5.1 СП 3.1.2.3114-13) .

Ежегодный охват детей пробой Манту должен составлять не менее 95%. При этом в обязательном порядке обследуются дети из социально неблагополучных семей и проживающие на территории Российской Федерации дети иностранных граждан, прибывшие из неблагополучных по туберкулезу стран.

Детям, посещающим образовательные организации, в том числе школы, школы-интернаты, колледжи, гимназии, лицеи, средние специальные и высшие

учебные заведения, туберкулинодиагностика проводится медицинскими работниками данной организации, имеющими специальную справку-допуск.

При наличии реакции на пробу Манту, ребенок направляется на консультацию в противотуберкулезный диспансер. В течение месяца с момента постановки пробы Манту родители или законные представители должны представить заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, иначе ребенок не допускается в образовательную организацию (п. 5.7 СП 3.1.2.3114-13).

Дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в образовательную организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

Кроме того, одним из методов профилактики туберкулеза является гигиеническое воспитание населения, которое должно осуществляться в образовательных организациях в процессе воспитания и обучения детей. Гигиеническое воспитание работников образовательных организаций осуществляется при профессиональной гигиенической подготовке, а также проведении профилактических медицинских осмотров.

Вакцинопрофилактика коклюша.

Требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых с целью предупреждения возникновения и распространения заболевания коклюшем , установлены новыми санитарно-эпидемиологическими правилами "Профилактика коклюша. СП 3.1.2.3162-14", утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 17 марта 2014 г. № 9 .

Основным методом профилактики и защиты населения от коклюша является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против коклюша проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок , утв. приказом Минздрава России от 21 марта 2014 г. № 125н . Для иммунизации применяются иммунобиологические лекарственные средства, разрешенные к применению в РФ. Профилактические прививки несовершеннолетним проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних после получения ими от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.

Внимание:

Согласие или отказ от проведения профилактической прививки оформляется записью в медицинских документах и подписывается родителем или его законным представителем и медицинским работником (п. 8.4 СП 3.1.2.3162-14).

Руководитель медицинской организации обеспечивает планирование, организацию и проведение профилактических прививок, полноту охвата и достоверность их учета, своевременное представление отчетов о сделанных прививках в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Учет детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляют в соответствии с действующим законодательством.

План профилактических прививок и потребность медицинских организаций в иммунобиологических лекарственных средствах для их проведения согласовывают с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Медицинские работники медицинских и иных организаций, а также лица, имеющие право на занятие частной медицинской практикой и получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством РФ при проведении профилактической прививки против коклюша регистрируют ее в учетных медицинских документах. Сведения о проведении прививки против коклюша вносятся в учетную документацию и сертификат профилактических прививок.

Внимание:

В случае отсутствия у ребенка профилактических прививок против коклюша медицинские работники организаций выясняют причины, по которым ребенок не был привит, и организуют его иммунизацию с учетом указанных ранее требований (прививки несовершеннолетним проводят с согласия родителей (законных

представителей) после получения ими от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях).

Согласно п. 8.10 СП 3.1.2.3162-14 для обеспечения популяционного иммунитета к коклюшу охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:
-законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев – не менее 95%;
-первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев – не менее 95%.

Иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший подготовку по вопросам вакцинопрофилактики.

Профилактика коклюша.

Требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых с целью предупреждения возникновения и распространения заболевания коклюшем, установлены санитарно-эпидемиологическими правилами "Профилактика коклюша. СП 3.1.2.3162-14", утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 17 марта 2014 г. № 9 .

Коклюш – острая антропонозная инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи – характеризуется длительным своеобразным спазматическим кашлем, поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Описание клинических форм коклюша у детей приведено в приложении 3 к СП 3.1.2.3162-14.

В санитарных правилах определен перечень случаев, при которых медицинские работники должны выявлять больных коклюшем. Это должно происходить не только при оказании всех видов медицинской помощи, в т. ч. на дому, при наблюдении за лицами, общавшимися с больными коклюшем, но и при проведении периодических и предварительных медицинских осмотров , лабораторных исследований с диагностической целью и по эпидемическим показаниям.

В целях раннего выявления коклюша медицинские работники обязаны установить медицинское наблюдение и направить на двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования (в предыдущих санитарных правилах этого исследования не предусматривалось) следующие категории лиц:
-дети, кашляющие в течение 7 дней и более;
-взрослые при подозрении на коклюш и/или при наличии контакта с больным коклюшем, работающего в родильных домах, детских больницах, санаториях, дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Лица, подлежащие госпитализации при заболевании коклюшем:
-дети первых шести месяцев жизни (в прежних правилах указывалось неопределенно – дети первых месяцев жизни);
-дети старше шести месяцев с выраженной тяжестью течения болезни, измененным преморбидным состоянием, сопутствующими заболеваниями (перинатальная энцефалопатия, судорожный синдром, глубокая недоношенность, гипотрофия 2–3 степени, врожденный порок сердца, бронхиальная астма), одновременным протеканием коклюша и острых респираторных вирусных, а также других инфекций,

осложнениями коклюшной инфекции (пневмония, энцефалопатия, энцефалит, подкожная эмфизема, пневмоторакс). В предыдущих санитарных правилах эту категорию детей лишь рекомендовалось госпитализировать;
-взрослые с осложненным течением (нововведение);
-дети из образовательных организаций с круглосуточным пребыванием детей, домов ребенка, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
-проживающие в общежитиях (по показаниям) (нововведение).

Внимание:

Срок обязательной изоляции больных коклюшем (детей и взрослых), выявленных в детских больницах, родильных домах, домах ребенка, дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – 25 дней от начала заболевания (п. 6.6 СП 3.1.2.3162-14).

Каждый случай коклюша подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний по месту их выявления. Эпидемиологическое расследование проводит специалист территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В соответствии с СП 3.1.2.3162-14 общавшиеся с больным коклюшем дети при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, подлежат отстранению от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического и (или) одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки против коклюша не проводят.

В помещении осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание. Взрослые, работающие в образовательных организациях, общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы. Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом один день) и (или) одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

Внимание:

Период, в течение которого осуществляется медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больными коклюшем в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях – 14 дней с момента прекращения общения. При появлении вторичных случаев заболевания медицинское наблюдение осуществляется до 21-го дня с момента изоляции последнего (п. 7.8 СП 3.1.2.3162-14).

Медицинское наблюдение за общавшимися с больным, ежедневный осмотр контактных осуществляет медицинский персонал медицинской организации, к которой прикреплена образовательная организация.

Профилактика дифтерии.

Требования к эпидемиологическому надзору, комплексу организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболеваний дифтерией, установлены санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3109-13 "Профилактика дифтерии", утв. постановлением Главного государственного санитарного врача России от 9 октября 2013 г. № 54.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание. Возбудителем являются коринебактерии (Corynebacterium diptheriae) – палочковидные бактерии, неподвижные, не образующие спор или жгутиков; устойчивые к высушиванию и низким температурам, способные длительное время сохраняться на поверхностях.

Источником инфекции может быть только человек – больной или здоровый носитель коринебактерий дифтерии. Заразность больного дифтерией максимальна в конце периода инкубации и превышает заразность бактерионосителя примерно в десять раз. В настоящее время благодаря массовой вакцинации заболеваемость дифтерией сведена к спорадическим случаям и наибольшую эпидемиологическую опасность представляют носители коринебактерий дифтерии.

Восприимчивость к возбудителю дифтерии определяется антитоксическим иммунитетом, который может появиться благодаря не только вакцинации, но и "бытовой" естественной иммунизации. Этим термином обозначают контакты здорового человека с больным или носителем, протекающие бессимптомно, но заканчивающиеся формированием иммунитета к возбудителю. К сожалению, первичный контакт непривитого ребенка может закончиться тяжелым заболеванием.

Внимание:

Для дифтерии характерен невысокий индекс контагиозности (заразности) (10–15%).

При этом считается, что грудные дети относительно невосприимчивы к этой инфекции за счет пассивного иммунитета, полученного от матери внутриутробно. Наибольшая восприимчивость характерна для детей от трех до семи лет. В последние годы, впрочем, возрастная восприимчивость к возбудителю дифтерии существенно изменилась, что обусловлено разными причинами, в т. ч. снижением естественной иммунизации, ростом количества отказов от вакцинации и т. д.

В большинстве случаев инфицирование происходит воздушно-капельным путем при непосредственном контакте с больным или носителем, реже – через предметы обихода, например игрушки, посуду. Крайне редко возникают пищевые вспышки.

Для дифтерии характерно возникновение воспалительного процесса с образованием фибринозной пленки в месте внедрения возбудителя. Наряду с наиболее часто встречающейся дифтерией верхних дыхательных путей возможно развитие дифтерии кожи, конъюнктивы.

Инкубационный период составляет от двух до десяти дней. После первичного проникновения коринебактерия начинает размножаться, выделяя ряд веществ, в т. ч. специфический экзотоксин. С действием экзотоксина связано возникновение большинства нарушений у больного. Следует отметить, что при достаточном уровне антитоксического иммунитета действие экзотоксина блокируется и бактерионосительство протекает без клинических проявлений.

Больной становится заразным в последний день инкубационного периода, за которым следует период клинических проявлений. Наиболее распространенный вариант – дифтерия ротоглотки – сопровождается изменениями со стороны глотки: наряду с воспалительным процессом выявляются белесовато-серые наложения, нередко выходящие за пределы миндалин. Эти наложения представляют собой специфическую фибринозную пленку в месте внедрения бактерии. Клиническая картина на первых этапах соответствует часто встречающимся заболеваниям – лакунарной ангине или острому тонзиллиту.

Если первичная фиксация произошла в трахее или гортани, возникает крупозное воспаление на соответствующем уровне. Клиническая картина при этом очень похожа на острый стенозирующий ларинготрахеит, появляется осиплость голоса, грубый ("лающий") кашель, инспираторная одышка. Ребенок становится беспокойным, не может найти себе места – это состояние называется "истинный круп" (в отличие от ложного крупа при ОРВИ). При выявлении этих симптомов необходимо немедленно отвести ребенка к врачу. Реже встречается дифтерия других локализаций (носа, конъюнктивы и т. д.).

Внимание:

Безопасность пациента для окружающих определяется при помощи бактериологического исследования.

Осложнения дифтерии встречаются в основном при токсических формах. Наиболее часто развивается поражение сердечно-сосудистой системы (миокардиты), почек (нефротический синдром), периферической нервной системы (нейропатии). Этих осложнений можно избежать, если правильно начать лечение.

Внимание:

При подозрении на дифтерию любой локализации обращение к врачу обязательно. В большинстве случаев ребенок госпитализируется для наблюдения, обследования и начала лечения.

Наряду с лечением заболевания проводятся обследования в очаге, контактных лиц и т. д.

Внимание:

Наиболее эффективным способом борьбы с дифтерией является вакцинопрофилактика. Благодаря вакцинации существенно снижается риск развития тяжелых форм с негативными последствиями.

Порядок прохождения детьми и подростками медицинских осмотров.

Одно из важных направлений охраны здоровья детей – раннее выявление отклонений в состоянии их здоровья для наиболее эффективной организации профилактической, лечебно-коррекционной и реабилитационной работы.

С целью повышения качества наблюдения за здоровьем детей и подростков был издан приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1346н "О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них" (далее – Приказ № 1346н).

Приказ № 1346н базируется на Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации", согласно которому медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития (ст. 46).

Внимание:

В документе подробно прописан порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, указаны перечень исследований при их проведении и документация, которая ведется в процессе осмотров.

В приложениях к приказу представлены:

-Правила комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних;

-Правила определения медицинской группы для занятий несовершеннолетними физической культурой;

-образец Медицинского заключения о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой.

Приказ № 1346н устанавливает регламент профилактических осмотров:

- дети первого года жизни – ежемесячно;
- дети второго года жизни – ежеквартально;
- все остальные дети и подростки до достижения 18-летнего возраста – ежегодно.

Кроме того, Приказ № 1346н предусматривает регламент проведения предварительных осмотров детей и подростков при поступлении в образовательные организации и периодических осмотров несовершеннолетних.

Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении в образовательные организации для определения соответствия ребенка требованиям к обучению, а периодические осмотры – ежегодно с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья ребенка, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы. Основной частью приказа, по сути, является Перечень исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних.

Пример:
При поступлении в дошкольное образовательное учреждение ребенок независимо от возраста проходит предварительный осмотр, включающий проведение исследований, предусмотренных для детей трехлетнего возраста, и анализ кала на яйца глистов. Перечень исследований при проведении периодических медицинских осмотров является дополнением к основному перечню исследований при медицинских осмотрах и включает в себя обязательные ежегодные общие анализы крови и мочи, а также анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина у лиц, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учебных заведениях начального, среднего и высшего образования, в коррекционных школах и образовательных учреждениях для детей сирот и оставшихся без попечения родителей. Уровень карбоксигемоглобина определяется для выявления курящих подростков и проведения с ними медицинской коррекционной работы, гигиенического просвещения и воспитания.

Требования к иммунопрофилактике инфекционных болезней

Требования к иммунопрофилактике инфекционных болезней установлены Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (далее – Закон № 157-ФЗ), а также санитарно-эпидемиологическими правилами "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. СП 3.1/3.2.3146-13" (далее – СП 3.1/3.2.3146-13), утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 16 декабря 2013 г. № 65 . СП 3.1/3.2.3146-13 вступили в силу 17 мая 2014 г.

Согласно данным документам профилактические прививки проводятся гражданам для предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней. Выполняют их медицинские организации, аккредитованные для соответствующих видов деятельности.

Перечень инфекционных болезней, иммунопрофилактика которых предусмотрена национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утверждается в порядке, установленном законодательством РФ. В настоящее время действуют календари, утв. приказом Минздрава России от 21 марта 2014 г. № 125н .

Внимание:
Согласно ч. 1 ст. 9 Закона № 157-ФЗ национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В, дифтерии , коклюша, кори, краснухи, полиомиелита , столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции , пневмококковой инфекции и гриппа .

Решение о проведении иммунизации населения в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главные государственные санитарные врачи субъектов РФ совместно с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан с учетом действующих нормативных правовых и методических документов и складывающейся эпидемиологической ситуации.

Внеплановая иммунизация граждан при эпидемическом неблагополучии, возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, в очагах инфекционных болезней проводится на основании постановления Главного государственного санитарного врача РФ, на территориальном уровне – на основании постановлений главных государственных санитарных врачей субъектов РФ.

Для иммунопрофилактики используются иммунобиологические лекарственные средства, разрешенные к применению в РФ (п. 18.4 СП 3.1/3.2.3146-13).

Профилактические прививки, а также случаи необычных реакций и осложнений после введения иммунобиологических препаратов подлежат обязательной регистрации и учету. Порядок регистрации, учета и статистического наблюдения за количеством привитых лиц определяется в соответствии с законодательством РФ.

В медицинских организациях, осуществляющих иммунопрофилактику, должен быть обеспечен учет населения, подлежащего профилактическим прививкам. Иммунизация должна осуществляться в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями (п. 18.9 СП 3.1/3.2.3146-13).

Внимание:

В соответствии с ч. 1 ст. 5 Закона № 157-ФЗ граждане имеют право на отказ от профилактических прививок. Такой отказ оформляется письменно. Рекомендуемая форма добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26 января 2009 г. № 19н .

Проведение иммунизации осуществляется с соблюдением требований санитарно-эпидемиологических правил "Обеспечение безопасности иммунизации. СП 3.3.2342-08", утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 3 марта 2008 г. № 15 .

Отказ от профилактических прививок.

В соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (далее – Закон № 157-ФЗ) граждане имеют право на отказ от профилактических прививок . В п.1 ст. 5 Закона № 157-ФЗ также определены права граждан:

-на получение от медработников полной и объективной информации о необходимости прививок, последствиях отказа от них и возможных осложнениях;

-выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения;

-бесплатные прививки и медицинский осмотр, а при необходимости – лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

-социальную поддержку в случае поствакцинальных осложнений.

Медицинский работник обязан в случае отказа от иммунизации предупредить родителей ребенка о возможных последствиях, регламентированных п. 2 ст. 5 Закона № 157-ФЗ:

-временном отказе в приеме ребенка в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

-запрете на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок.

Участковый терапевт или врач подросткового кабинета обязан предупредить гражданина (подростка, взрослого) о следующих последствиях отказа от профилактических прививок:

-отказ в приеме на работы или отстранение от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями;

-запрет на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок.

Согласно п. 3 ст. 5 Закона № 157-ФЗ отказ от проведения прививок оформляется письменно. Рекомендуемая форма добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26 января 2009 г. № 19н . Медицинский работник делает запись об отказе от прививки (с обязательной отметкой предупреждения о последствиях) в медицинских документах:

-истории развития ребенка (форма 112/у);

-медицинской карте ребенка (форма № 026/у-2000);

-медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у-04).

Родители или иные законные представители несовершеннолетних обязаны поставить свою подпись под записью об отказе от профилактической прививки. При несогласии выполнить это требование отказ оформляется за подписью двух медработников.

Внимание:

Медицинский работник обязан разъяснять опасность отказа от прививок, нарушающего право на жизнь и здоровье. Необоснованный отвод ребенка от вакцинации может быть приравнен к неоказанию необходимой медицинской помощи.