

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «КАРЬЕРА»**

**Контрольная работа
по дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации**

«Иммунопрофилактика детей в дошкольном учреждении»

Выполнил:
Порутчикова Г. М.
ФИО слушателя

Волгоград, 2018

Структура:

Введение.....	3-4
Глава1.	
1.1.Иммунопрофилактика как основа профилактики детских инфекционных заболеваний.....	5
1.2 Вакцинопрофилактика инфекционных болезней.....	5-13
Глава2. Мероприятия для предупреждения распространения инфекции в учреждениях для детей дошкольного возраста.....	14-16
Заключение.....	17-18
Список использованной литературы.....	19

Введение:

Целью данной работы является - охарактеризовать особенности иммунопрофилактики детей дошкольного возраста.

Объектом работы являются – дети дошкольного возраста ДДУ «Сказка», Быковского района, Волгоградской области.

В современной медицине основным методом создания активного приобретенного иммунитета является вакцинация (иммунопрофилактика), которая применяется уже более двухсот лет. С помощью вакцинации было искоренено такое опасное заболевание, как натуральная оспа, сведено до минимума число недугов полиомиелитом, и планируется прекращение циркуляции вируса полиомиелита во всем мире к 2000 году.

Координация действий в отношении иммунопрофилактики различных недугов проводится Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ).

Начало вакцинации было положено гениальным экспериментом Э. Дженнера, который в 1798 году опубликовал работу под названием «Исследование о причинах и последствиях вариолавакцины – болезни, известной под названием коровьей оспы». Метод прививки он назвал вакцинацией, а материал, взятой из коровьей оспины – вакциной.

Однако прежде чем был научно обоснован и разработан способ борьбы с инфекционными болезнями, должна была возникнуть совершенно новая наука – иммунология. Эта наука берет свое начало с 1891 года, когда Луи Пастером был открыт гениальный принцип: «Если понизить ядовитость микроба, то он превращается в средства защиты от болезни, им вызванной».

В последние годы накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что прежние представления об иммунологической реактивности новорожденных и детей первых месяцев жизни являются ошибочными. В настоящее время не подлежит сомнению, что не только новорожденный ребенок и ребенок в возрасте 2-3 месяцев, но даже плод обладает иммунологической активностью, которая проявляется у человека на самых ранних этапах его онтогенетического развития, включая эмбриональный период. Иммунитет формируется еще в период внутриутробного развития, но наиболее значительные сдвиги в показателях иммунологической реактивности происходят впервые месяцы жизни ребенка.

Основная иммунологическая функция организма – распознавание всего генетически чужеродного и приведение в действие соответствующих защитных механизмов может быть нарушена в силу различных причин, и тогда говорят об иммунологической недостаточности или иммунодефиците. Различают 2 типа иммунологической недостаточности у детей: первичную и вторичную. Первичная иммунологическая недостаточность – это генетически обусловленная неспособность организма реализовать то или иное звено иммунного ответа. Вторичная иммунологическая недостаточность бывает транзитной, может быть вызвана различными причинами, чаще всего длительным применением кортикостероидной или лучевой терапии, злокачественными заболеваниями, некоторыми хроническими инфекциями и

другими причинами.

В аспекте активной иммунизации важно иметь в виду, что детям, страдающим иммунологической недостаточностью, особенно врожденным дефицитом клеточного иммунитета и комбинированными иммунологическими дефицитами, противопоказаны прививки живыми вакцинами.

Глава.1 Иммунопрофилактика как основа профилактики детских инфекционных заболеваний

Инфекционные болезни - широко распространенные заболевания, вызываемые разнообразными микроорганизмами, отличительными признаками которых являются: контагиозность, наличие инкубационного периода, циклическое развитие клинических симптомов и формирование специфического иммунитета.

Инфекционные болезни занимают ведущее место в патологии детей. В России ежегодно регистрируют более 30 миллионов больных гриппом и другими респираторными инфекциями, более 200 тысяч больных вирусными гепатитами, от 2 до 3 миллионов больных, так называемых капельными инфекциями (корь, эпидемический паротит, коклюш, менингококковая инфекция и другие). На высоком уровне остается заболеваемость туберкулезом; практически не поддается учету заболеваемость гельминтами.

Профилактические прививки привели к снижению заболеваемости полиомиелитом, корью, коклюшем, эпидемическом паротите, туберкулезом, малярией, брюшным тифом и некоторыми другими заболеваниями.

Инфекционные болезни остаются одной из главных причин детской смертности в нашей стране. Особенно это актуально в отношении детей первого года жизни.

По неполным данным в структуре показателей младенческой смертности суммарная доля инфекционных болезней (с учетом смертности от пневмонии, острых респираторных заболеваний, врожденных инфекций) составляет не менее 70%.

Очевидно, что прогресс в деле борьбы с инфекционными болезнями будет зависеть как от уровня научных исследований, так и от квалификации педиатров, способности правильно и вовремя поставить диагноз и назначить лечение. вакцинация иммунопрофилактика аллергия осложнение

1.2 Вакцинопрофилактика инфекционных болезней

Современной медицине известно более 6,5 тысяч инфекционных заболеваний и синдромов, которые широко распространены в мире. Инфекционные болезни возникают в результате проникновения в организм человека болезнетворных микроорганизмов специфичных только для данной болезни.

Основная защита от возникновения инфекционных болезней - профилактика.

Виды профилактики делятся на две большие группы - специфическая и неспецифическая.

При неспецифических воздействиях происходит влияние на весь организм, на всю иммунную систему, независимо от инфекции.

К специфическим относится иммунопрофилактика - один из ведущих методов профилактики инфекционных заболеваний.

Опыт вакцинопрофилактики свидетельствует, что при прекращении массовой иммунизации детей первых лет жизни или снижении охвата прививками ниже 95% происходит активизация длительно не регистрируемых или регистрируемых единично случаев управляемых инфекций.

Профилактические прививки -- это высокоэффективный метод формирования невосприимчивости к определенным опасным инфекциям человека и животных.

Все профилактические прививки предполагают введение вакцины -- медицинского иммунобиологического препарата.

При вакцинации в организм человека вводятся специальные ослабленные или убитые возбудители тех или иных заболеваний или же их определенные части (антигены). В ответ на это в организме человека активизируется иммунная система, которая синтезирует антитела к возбудителю инфекции и искусственным способом формирует иммунитет к этому заболеванию. Впоследствии именно эти антитела и обеспечивают защиту от инфекции, которая попадая в организм человека, имеющего защитный иммунитет, не вызывает заболевания, либо проявления болезни будут весьма слабыми.

Иммунопрофилактика в Российской Федерации осуществляется согласно Федеральному закону от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

На сегодняшний день все профилактические прививки делятся на:

- плановые;
- проводимые по эпидемиологическим показаниям.

Плановые прививки ставят детям и взрослым в определенное время и в конкретном возрасте, вне зависимости от того, выявлен эпидемический очаг

инфекции в данном регионе или нет. А вакцинацию по эпидемиологическим показаниям делают людям, находящимся в регионе, в котором имеется опасность вспышки инфекционного заболевания (например, сибирской язвы, чумы, холеры и т. д.). Все плановые прививки тщательно проработаны, установлены сроки их постановки, возраст и время. Имеются схемы введения вакцинных препаратов, возможности сочетания и последовательность проведения иммунизации, что отражено в положениях и руководствах, а также в календарях прививок.

Календари профилактических прививок.

Действующий Национальный календарь профилактических прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержден приказом Министра здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н

В Национальный календарь профилактических прививок (обязательные прививки для детей и взрослых) входят прививки от 12 инфекционных заболеваний: вирусного гепатита В, туберкулеза, пневмококковой инфекции, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа.

В Национальный календарь прививок по эпидемическим показаниям входят прививки против туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, вирусного клещевого энцефалита, лихорадки Ку, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, вирусного гепатита А, шигеллезов, менингококковой инфекции, ротавирусной инфекции, ветряной оспы. Данные прививки проводятся детскому и взрослому населению в связи с осложнением эпидемической ситуации по вышеуказанным инфекциям и по распоряжению вышестоящих надзорных органов.

Вакцинации уже более 200 лет, но и сейчас, как и раньше, эта профилактическая мера порождает у многих страхи и опасения, во многом связываемые с вмешательством в жизнедеятельность здорового организма, тогда как в случае болезни лечебные меры, даже весьма опасные, таких страхов не вызывают. Опасения связаны и с сообщениями об осложнениях после прививок, хотя развитие тяжелого заболевания в поствакцинальном периоде чаще всего не связано с вакцинацией, а представляет собой совпадение двух событий по времени. Туберкулез - является чрезвычайно опасным заболеванием, которое раньше считалось неизлечимым и ежегодно уносило жизни миллионов людей. В настоящее время в связи с введением обязательной вакцинопрофилактики и наличием ряда эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов люди способны контролировать это заболевание. Однако и сейчас в России умирают от осложнений туберкулеза более 20 тысяч людей в год. Именно поэтому так важно соблюдать все

рекомендации врачей, касающиеся профилактики туберкулеза как в детском, так и во взрослом возрасте.

Вирусный гепатит В.

Главными осложнениями хронического гепатита В являются формирование печеночной недостаточности, цирроза и первичного рака печени.

Дифтерия.

При дифтерии у 2/3 больных развивается миокардит (воспаление мышцы сердца), что приводит к фибрилляции желудочков, которая часто служит причиной внезапной смерти больного: умирают 90% больных с фибрилляцией предсердий, желудочковой тахикардией или полной блокадой сердца

Коклюш.

При коклюше наблюдаются следующие осложнения перенесенной инфекции: пневмонии, особенно страшны пневмонии у новорожденных детей, которые зачастую заканчиваются смертью ребенка. К другим осложнениям относятся отиты, энцефалопатии, энцефалиты, кровоизлияние в мозг, сетчатку глаза, гипоксическое поражение мозга. К отдаленным осложнениям после перенесенного коклюша относятся астма, задержка умственного развития, эпилепсия.

Столбняк.

Особенно частой причиной заражения столбняком бывают микротравмы нижних конечностей: ранения стоп при ходьбе босиком, уколы острыми предметами, колючками кустов. Занозы настолько часто приводят к развитию столбняка, что его называют "болезнью босых ног". Развиться столбняк может и при ожогах, отморожениях, у рожениц при нарушении правил гигиены, особенно в случае родов на дому, при криминальных абортах, у новорожденных.

Осложнения столбняка делятся на ранние и поздние. В ранние сроки болезни могут возникнуть бронхиты, пневмонии, сепсис (общее заражение крови). Последствием судорог бывают разрывы мышц и сухожилий, переломы костей, вывихи. Длительные судороги дыхательных мышц могут привести к удушью и далее - к инфаркту миокарда и параличу сердечной мышцы. К поздним осложнениям относятся: длительное время сохраняющиеся нарушения работы сердца, общая и мышечная слабость, искривления позвоночника, плохая подвижность суставов, паралич черепных нервов.

Полиомиелит.

Статистически развитие осложнений после полиомиелита выражается в следующих цифрах: у 10% людей заболевших полиомиелитом, последний вызывает паралич. В случае паралича около 50% больных получают серьезные нарушения в виде парезов и параличей верхних и нижних конечностей.

Гемофильная инфекция вызывает гнойный менингит (воспаление мягкой мозговой оболочки), острую пневмонию (воспаление легких), сепсис, в частности одна из его форм - септицемия (системное заболевание), острый артрит (поражение суставов). Более редкие формы - отиты, синуситы, перикардиты, поражения дыхательных путей и прочие.

Корь.

К первичным осложнениям кори у детей относят раннюю коревую пневмонию, энцефалиты, менингоэнцефалиты и подострый заболевание мозга.

Наиболее частыми являются осложнения со стороны дыхательной системы в виде пневмоний, бронхиолитов (воспаления мелких бронхов), плевритов (воспалений плевры) и др. Чаще всего пневмонии возникают у детей в возрасте до двух лет.

Наиболее тяжелыми являются осложнения со стороны центральной нервной системы (ЦНС), а именно менингиты и менингоэнцефалиты. Они протекают тяжело и нередко заканчиваются летальным исходом.

У взрослых корь протекает крайне тяжело, с высокой температурой и выраженной интоксикацией. У одного из тысячи пациентов встречается энцефаломиелит с выраженными клиническими симптомами. Осложнение сопровождается сильной лихорадкой, головной болью, бессонницей и комой. В ряде случаев у пациентов наблюдаются признаки очагового поражения спинного или головного мозга.

Эпидемический паротит или «свинка» (термин, привычный для многих с детства) - острая вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем, через слюну и предметы обихода.

До введения массовой иммунизации заболеваемость эпидемическим паротитом была наиболее высока зимой и весной, периодически каждые 2-5 лет возникали эпидемии, чему способствовали мероприятия с массовым скоплением людей, «скученность» в детских дошкольных учреждениях, школах, военных гарнизонах.

Как же проявляется болезнь? Через 11-25 дней после контакта с больным повышается температура тела до 38-39°C, появляются боли в области уха, отечность и болезненность в области околоушных, подчелюстных слюнных желез, затруднены жевание, глотание, речь. Улучшение самочувствия начинается к 7-10 дню.

Чем опасен эпидемический паротит? В ряде случаев он осложняется орхитом (воспалением яичек) у мальчиков и подростков. У половины переболевших возникает атрофия яичка, бесплодие. Женский организм на инфекцию может ответить оофоритом (воспалением яичников)

Из других осложнений встречаются поражения оболочек спинного и головного мозга (менингит, энцефалит), лицевого нерва, тугоухость, панкреатит (воспалительный процесс в поджелудочной железе), миокардит (поражение сердечной мышцы) и др.

Заражение в первые 3 месяца беременности часто ведет к самопроизвольному аборту. На более поздних сроках беременности инфекция не приводит к преждевременным родам или врожденным порокам.

Для чего нужна прививка? **Главная цель вакцинации** - формирование иммунитета (невосприимчивости) к болезни. В результате - вырабатываются особые вещества (антитела) и клетки (образное название «киллеры»), которые способны нейтрализовать настоящего возбудителя при заражении.

Кому следует делать прививки от эпидемического паротита? Согласно Национальному Календарю прививок вакцинация против эпидемического паротита проводится детям в возрасте 12 месяцев; повторно, для закрепления иммунитета - в 6 лет.

Прививка от паротита сочетается с вакцинацией против кори и краснухи.

Эффективность иммунизации достаточно высока. Иммунитет после одной прививки может сохраняться более 10 лет. Двукратное введение вакцины у большинства людей ведет к пожизненному иммунитету.

Краснуха.

Самым серьезным осложнением краснухи считается энцефалит. Подобное следствие болезни встречается только среди подростков и у взрослых пациентов. Воспаление оболочек головного мозга развивается в одном случае из 10 тысяч.

У женщин, ожидающих ребенка, краснуха не несет угрозы для здоровья будущей матери. Серьезной опасности подвергается плод: возбуждающий заболевание вирус может проникнуть сквозь плацентарный барьер и стать

причиной тяжелых отклонений в развитии ребенка и различных внутриутробных болезней. В том числе, спровоцировать глухоту и катаракту (слепоту), врожденный порок сердца, поражение печени и легких (гепатит, пневмония), малокровие, недоразвитость головы и мозга (микроцефалию) и ряд других серьезнейших нарушений.

Пневмококковые инфекции - группа заболеваний бактериальной этиологии, клинически проявляющихся гнойно-воспалительными изменениями в различных органах и системах, но особенно часто в лёгких по типу крупозной пневмонии и в ЦНС по типу гнойного менингита.

Грипп. Осложнениями гриппа являются тяжелые пневмонии (особенно у беременных, у лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, обменом веществ), отиты, энцефалиты и менингиты.

2. Иммунопрофилактика отдельных инфекций детей дошкольного возраста

1) БЦЖ -- живая вакцина, содержит живые бактерии вакцинного штамма БЦЖ-1 туберкулеза крупного рогатого скота. Выпускается в виде двух препаратов -- вакцина БЦЖ и БЦЖ-М (содержит меньшее число жизнеспособных микробных клеток). Перед употреблением вакцину разводят стерильным изотоническим раствором NaCl, ампулы с которым прилагаются к вакцине. Вакцина БЦЖ вводится туберкулиновым шприцем строго внутривенно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в дозе 0.1 мл, содержащей 0.05 мг вакцины БЦЖ или 0.025 мг БЦЖ-М в физиологическом растворе.

Вводят БЦЖ на 4--7-й день рождения. Если ребенок не получил БЦЖ в роддоме -- в последующем он прививается БЦЖ-М--вакциной. Детям старше 2-х месяцев перед вакцинацией необходима предварительная постановка пробы Манту с 2 ТЕ. Ревакцинация БЦЖ проводится в 7 лет после отрицательной реакции Манту, в 14 лет ревакцинация проводится неинфицированным туберкулезом и не получившим прививку в 7 лет. Через 4--6 недель после вакцинации БЦЖ у ребенка возникает малосимптомный, обычно не тревожащий его, местный процесс в виде небольшого инфильтрата (5--8 мм в диаметре) с обратным развитием в течение 2--3 месяцев с образованием рубца. Иногда бывает запоздалое появление инфильтрата -- через 2 мес.

2) Оральная полиомиелитная вакцина (ОПВ) -- представляет собой живой 3-валентный препарат из аттенуированных штаммов. Соотношение типов в вакцине 71,4%, 7,2%, 21,4%, соответственно. Вакцина представляет собой прозрачную жидкость красновато-оранжевого цвета без осадка. Вакцину применяют по 4 капли (при розливе вакцины 5 мл -- 25 доз или 2 мл -- 10 доз,

то есть 1 доза вакцины в объеме 0,2 мл) на прием. Прививочную дозу вакцины закапывают в рот прилагаемой к флакону капельницей или пипеткой за 1 час до еды. Есть и пить после прививки в течение часа не разрешается. Для предотвращения паралитического полиомиелита необходимо 5 введений вакцины.

3) Коровая вакцина приготовлена из живого аттенуированного штамма вируса Л-16. В качестве консерванта содержит антибиотики. Вакцина выпускается в форме лиофилизированного препарата желто-розового цвета. Перед применением разводится в растворителе, встряхивается. Разведенная вакцина хранению не подлежит. Должна быть введена в течение 20 минут. Вводят подкожно 0,5 мл под лопатку или в область плеча (на границе между нижней и средней третью плеча, на наружной стороне). Хранить вакцину следует при температуре $6\pm 2^{\circ}\text{C}$. Обязательно соблюдение холодной цепи при транспортировке. Нормальный и специфические иммуноглобулины человека, плазма и цельная кровь содержат антитела против вируса кори, краснухи, эпидемического паротита, которые инактивируют антигены и препятствуют выработке иммунитета. Раньше, чем через 2--3 месяца после введения гаммаглобулина, 6--7 месяцев после переливания крови или плазмы, 8--10 мес после инфузии иммуноглобулина для внутривенного введения в дозе 0,4--1,0 мл/кг вакцину вводить не рекомендуется. Введение в организм вакцины против кори вызывает вакцинальный процесс. Клинические проявления вакцинальной реакции (в случае их появления) возникают с 5--6-го по 15 день после прививки. Повышается температура, которая держится 2--3 дня, появляются нерезкие катаральные явления -- конъюнктивит, насморк, кашель, иногда необильная мелкопятнистая бледно-розовая сыпь, появляющаяся одномоментно. Эти явления проходят без лечения в течение 3-х суток. Поствакцинальные реакции делятся на местные и общие. По степени выраженности поствакцинальных реакций различают: слабую реакцию -- повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ при отсутствии симптомов интоксикации; среднюю реакцию -- температура тела повышается от $37,6^{\circ}\text{C}$ до $38,5^{\circ}\text{C}$ с умеренными симптомами интоксикации; сильную реакцию -- повышение температуры выше $38,5^{\circ}\text{C}$ с выраженными, но кратковременными симптомами интоксикации.

4) Паротитная вакцина -- живая, содержит антибиотики из группы аминогликозидов. Выпускается в форме лиофилизированного препарата желто-розового или розового цвета. Вакцину необходимо хранить при температуре $6\pm 2^{\circ}\text{C}$. Вводят подкожно 0,5 мл под лопатку или в область плеча. Иммунитет после вакцинации сохраняется в течение 8 лет. Плановая вакцинация проводится с 12 мес. до 6 лет, не болевшим эпидемическим паротитом. Иммуноглобулин профилактика неэффективна при эпидемическом паротите. На 4-12 день вакцинации может быть небольшое увеличение слюнных желез, повышение температуры до 38°C , катаральные

явления, продолжающиеся в течение 1--3 суток. Ребенок с поствакцинальной реакцией не заразен для окружающих.

5) АКДС-вакцина (адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная) является ассоциированной вакциной, в 1 мл которой содержится 20 млрд убитых коклюшных микробов, 30 флокулирующих единиц дифтерийного и 10 антитоксин-связывающих единиц столбнячного анатоксинов, адсорбированных на гидроокиси алюминия. АКДС-вакцину вводят внутримышечно в дозе 0,5 мл в верхний наружный квадрат ягодичной мышцы или в передненаружную часть бедра. Коклюшный компонент обладает наиболее токсическим и сенсибилизирующим действием. У большинства детей, получивших вакцину АКДС, реакции на прививку не наблюдается. У части привитых в первые двое суток могут появиться общие реакции в виде повышения температуры и недомогания, и местные реакции (отек мягких тканей, инфильтрат менее 2 см в диаметре).

6) Краснушная вакцина представляет собой лиофилизированный живой аттенуированный вирус. Сероконверсия после введения вакцины наблюдается у 95% привитых. Специфические антитела вырабатываются на 20-й день иммунизации и циркулируют в защитном титре в течение 10 лет, а в некоторых случаях 20 лет.

7) Вакцина против гепатита В -- отечественная рекомбинантная дрожжевая, представляет собой поверхностный антиген вируса гепатита В, выделенный из штамма продуцента *Saccharomyces cerevisiae*, сорбированный на гидроксиде алюминия. Вакцину вводят внутримышечно: новорожденным и детям младшего возраста в переднебоковую часть бедра. Введение в другое место нежелательно из-за снижения эффективности вакцинации.

Реакция на введение возникает редко. В 3,5--5% случаев появляются незначительная проходящая местная боль, эритема и уплотнение в месте инъекции, а также незначительное повышение температуры, недомогание, усталость, боль в суставах, мышцах, головная боль, головокружение, тошнота. Указанные реакции развиваются обычно после первых 2-х инъекций и проходят через 2--3 дня.

Трехкратное введение вакцины сопровождается образованием антител в защитном титре у 95--99% привитых с длительностью защиты 5 лет и более.

Глава 2. Мероприятия для предупреждения распространения инфекции в учреждениях для детей дошкольного возраста.

В детских садах, где собраны дети для присмотра, а также больших семьях, нередко возникают условия для распространения инфекционных

заболеваний. В детских коллективах часто регистрируются вспышки шигеллезов, сальмонеллезов, эшерихиозов, гепатита А, ротавирусной инфекции и многих других. По данным МЗ и МП РФ, более половины всей регистрируемой в стране инфекционной заболеваемости детей приходится на дошкольные учреждения. Поэтому программа профилактики инфекционной заболеваемости должна быть направлена прежде всего на предупреждение инфицирования у детей в детских учреждениях. Концептуально она должна включать систему мероприятий, направленных на: 1) предупреждение заноса инфекционной болезни в коллектив, 2) прерывание путей распространения инфекционной болезни в коллективе, 3) повышение невосприимчивости детей к инфекционным болезням.

Для профилактики заносов инфекционных болезней важен ежедневный медицинский осмотр при приеме детей в дошкольное учреждение, во время которого акцентируется внимание на состоянии кожных покровов, слизистых оболочек полости рта, ротоглотки, измеряется температура тела, уточняется наличие контактов в семье, подъезде, доме. Дети, контактирующие с инфекционным больным, не принимаются в детский коллектив на срок инкубационного периода, кроме случаев, когда точно известно, что все посещающие организованный коллектив иммунны, т.е. имеют защитный уровень антител против данного возбудителя.

На предупреждение заносов инфекционной болезни направлены и такие меры, как лабораторное обследование детей в поликлинике при оформлении в детский коллектив, справка от эпидемиолога об отсутствии контактов с инфекционными больными в последние 3 недели, требование администрации организованного коллектива об обязательной привитости ребенка против инфекционных заболеваний, предусмотренных прививочным календарем, а также хорошо продуманная система санитарно-просветительной работы с родителями и персоналом, особенно с лицами, непосредственно общающимися с детьми и работающими на пищеблоке. [6] С этой целью каждый сотрудник при приеме на работу в детское учреждение проходит медицинский осмотр и лабораторное обследование, аналогичные осмотры проводятся и в дальнейшем в строго регламентированные сроки. Однако такие меры не всегда бывают эффективны, поскольку источником инфекции часто бывают бессимптомные носители.

Для предупреждения заноса инфекционной болезни имеют значение и общекарантинные мероприятия, которые могут вводиться во время эпидемического подъема той или иной инфекционной болезни, например гриппа.

Среди мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционной болезни, значение имеет соблюдение нормативных документов при строительстве детского учреждения, а также санитарно-

противоэпидемический режим и правильная организация пищеблока. Детское дошкольное учреждение необходимо размещать в таких помещениях, где каждая группа имеет изолированный блок с отдельным входом.

Среди мероприятий, направленных на повышение невосприимчивости детей к инфекционным заболеваниям, решающее значение имеет вакцинопрофилактика. По мнению экспертов ВОЗ, всеобщая иммунизация в соответствующем возрасте – лучший способ предотвращения многих инфекционных заболеваний. Иммунизация особенно важна для детей дошкольных учреждений как наиболее подверженных заболеваемости корью, коклюшем, дифтерией, гепатитом А.

Обслуживающий персонал также должен получать все вакцины, рекомендуемые прививочным календарем. Вест штат сотрудников должен быть полностью вакцинирован против дифтерии, столбняка и подвергаться ревакцинации каждые 10 лет. Они также должны быть вакцинированы против кори, полиомиелита, эпидемического паротита, краснухи. Для всех работников дошкольных учреждений и вновь поступающих на работу обязательна проверка на инфицированность туберкулезом с помощью постановки пробы Манту.

Таким образом, для снижения риска передачи возбудителей инфекционных заболеваний в детских учреждениях необходимо последовательно осуществлять следующие мероприятия:

1. Строго соблюдать принцип максимальной разобщенности групп, избегать скученности, осуществлять раннюю диагностику и своевременную изоляцию источника инфекции, поддерживать на высоком уровне санитарно-противоэпидемический режим.
2. Добиваться 100% охвата профилактическими прививками. Современные вакцинные препараты обладают высокой иммуногенностью и слабой реактогенностью. Все дети могут быть вакцинированы против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори, краснухи, туберкулеза, эпидемического паротита. Противопоказаний к введению этих вакцин практически нет. В отдельных случаях, при угрозе реакции на введение относительно реактогенного коклюшного компонента АКДС-вакцины, можно использовать слабореактогенную бесклеточную коклюшную вакцину. У детей с иммунодефицитным состоянием, во избежание возникновения осложнений живой полиомиелитной вакцины в виде вакциноассоциированного полиомиелита
3. Осуществлять строгий и постоянный контроль за работой пищеблока.
4. Персонал и дети должны соблюдать правила личной гигиены.

5. Дети, инфицированные возбудителями, передающимися парентеральным путем (гепатит В, гепатит С, цитомегаловирусная инфекция, ВИЧ-инфекция и др.) могут посещать организованный детский коллектив, но для них вводятся дополнительные предосторожности.

Каждое детское учреждение должно работать по правилам, регламентируемым *госэпиднадзором*, под обязательным контролем педиатра и эпидемиолога.

Заключение:

Благодаря прививкам, массовые эпидемии, уносившие миллионы жизней, ушли в прошлое. Однако следует помнить, что если прекратить вакцинацию, инфекции вновь начнут свое наступление.

Профилактика заболеваний – одно из слагаемых подготовки ребенка к школе. Согласно Национальному календарю профилактических прививок, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 №51н, дошкольник должен быть привит четыре раза против коклюша, дифтерии, столбняка, пять раз против полиомиелита, два раза против кори, краснухи, паротита и полностью привит против гепатита В, с 6 месяцев – против гриппа.

Прививки проводятся в лечебно-профилактических и на базе детских образовательных учреждений.

Перед прививкой врач проводит тщательный анализ состояния прививаемого ребенка, определяет наличие возможных противопоказаний к вакцинации. Одновременно с изучением анамнеза врач учитывает эпидемиологическую ситуацию, то есть наличие инфекционных заболеваний в окружении ребенка. Это очень важно, так как присоединение инфекций в поствакцинальном периоде отягощает его течение и может вызвать различные осложнения. При необходимости проводится лабораторное обследование и консультации у специалистов.

Перед проведением профилактической прививки проводится медицинский осмотр ребенка для исключения острого заболевания, обязательная термометрия. В медицинской документации производится соответствующая запись о проведении прививки. Прививку проводят в положении сидя или лежа во избежание падения при обморочных состояниях. В течение 30 минут после вакцинации врач наблюдает за ребенком, в связи с возможным развитием аллергических реакций немедленного типа. Затем в течение 1-х суток ребенок должен наблюдаться медсестрой на дому или в организованном коллективе. После вакцинации живыми вакцинами ребенок осматривается медсестрой на 5—7-й дни.

Родители вакцинируемого обязательно предупреждаются о возможных реакциях после введения вакцины и подписывают добровольное информационное согласие на проведение профилактической прививки. Детям рекомендуется гипоаллергенная диета и щадящий режим.

Вакцинальные реакции бывают местными и общими. Местная реакция – это уплотнение тканей в месте введения вакцины, не превышающая 8 см в диаметре, покраснение и легкая болезненность. Данные признаки

развиваются после введения препарата, и проходят в течение нескольких дней (1 – 4 дня). Встречаются у 5 – 20 % детей.

Общие реакции характеризуются повышением температуры, недомоганием, головной болью, нарушением сна, аппетита. Общие реакции бывают: слабыми (повышение температуры до 37,5 С, при отсутствии симптомов интоксикации); средней силы (повышение температуры от 37,6 С до 38,5 С, умеренно выраженная интоксикация); сильными (повышение температуры выше 38,6 С, выраженные проявления интоксикации).

Мировой и отечественный опыт борьбы с инфекционными заболеваниями показывает, что именно вакцинопрофилактика является наиболее доступным средством индивидуальной и массовой профилактики, особенно детей. Родители несут ответственность за здоровье и жизнь ребенка, поэтому они должны с помощью врача принять правильное решение о вакцинации.

Список использованной литературы:

1. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». от 17.09.1998 г №157.
2. Приказ «О Национальном календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям». МЗ РФ от 27.06.2001 № 229.
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ «О дополнительной иммунизации населения РФ». / от 3.11.2005 г. № 25 г. Москва / «Российская газета» № 3937 от 29.11.2005.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ «Об иммунизации населения РФ в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2009 году». / от 29.09.2008 г № 55 г. Москва / «Российская Газета» № 4780 от 24.20.2008.
5. Добромыслова О., «Прививай, но проверяй». «Российская газета» 2006 г. № 4230.
6. Инфекционные болезни у детей. Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под. ред. проф. В.Н. Тимченко и проф. Л.В. Быстрыковой. - СПб.: СпецЛит, 2001. - 560 с.
7. Жихарева Н.С. Современные принципы вакцинации против краснухи в России. // «Лечащий врач», 2006 г., №9.
8. Костинов М.П. Новое в клинике, диагностике и вакцинопрофилактике управляемых инфекций. М.: Медицина, 2002 г.
9. Лобзин Ю.В. Финогеев Ю.П., Новицкий С.Н. Лечение инфекционных больных. - СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. - 128 с.
10. Медуницын Н.В. Покровский В.И. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней. Учебное пособие. Минск.: Издательство «Геотар Медицина», 2005. - 525 с.