

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ (по данным анкетирования)

Иванова Н.В., Никитина Н.Н.

Актуальность. Вакцинация, успешно проводимая уже более 200 лет во всем мире, позволила обеспечить человечество практически полной невосприимчивостью к возбудителям ряда болезней. Можно сказать о практически полной ликвидации ряда инфекций (таких, как натуральная оспа). В тысячи раз снизилась заболеваемость корью, дифтерией, коклюшем, эпидемическим паротитом. Однако в последнее время среди молодых матерей наблюдается тенденция к отказу от вакцинации. Все чаще практикующие врачи сталкиваются с нежеланием иммунизации новорожденных и детей более старшего возраста. Как следствие, растет количество не привитых людей, ухудшается прогноз эпидемической ситуации в регионах.

Цель. Изучить отношение населения к вакцинопрофилактике. Рассмотреть проблему увеличения отказов от вакцинации. Выявить вероятные причины её возникновения и возможные пути решения для оптимизации вакцинопрофилактики на территории Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью было проведено анкетирование молодых матерей (в количестве 301 человека), имеющих детей до 3 лет. Они были разделены в две группы:

1. С детьми до 1 года.
2. С детьми с 1 до 3 лет.

Результаты и их обсуждение. Как показали наши исследования, большая часть анкетированных знает, как происходит заражение инфекционными заболеваниями (85% в группе детей до 1 года, 89% в группе детей от 1 до 3 лет), а так же собирается проводить вакцинацию своего ребенка (92% и 89% соответственно). Тем не менее, присутствует определенный процент респондентов, которые затруднились ответить на вопрос о вакцинации детей или ответили отрицательно. Главными причинами отказа они назвали опасения осложнений после прививки и мнение, что вакцинация оказывает вредное влияние на здоровье.

Среди источников, из которых они получают информацию о прививках, опрошенные выделили телепередачи, общение с медработниками, социальные сети и Интернет. Более 80% матерей согласились, что необходимо более активное освещение вопросов по вакцинопрофилактике в средствах массовой информации. А для повышения грамотности населения необходимо увеличить уровень санпросвет работы (79%) и организовать постоянно действующую горячую линию по вопросам вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний (62%).

Так же, выяснилось, что перед проведением прививки не все врачи дают полную информацию о заболевании (и его осложнениях), о вакцине (и её возможных реакциях). Большая часть опрошенных признались, что в

поликлинике их только информируют о названии прививки и от какой болезни она предохраняет.

Перед проведением прививки	Врач рассказывает о заболевании, от которого ребенок прививается (в том числе о частоте осложнений при этом заболевании), и о проводимой прививке (в том числе о возможных реакциях)	1 группа – 32% 2 группа – 13%
	Врач только называет прививку и информирует, от какой болезни она предохраняет	1 группа – 51% 2 группа – 30%
	Ничего не рассказывает	1 группа – 16% 2 группа – 49%

Таким образом, можно выделить основные причины отказов матерей от вакцинации своего ребенка:

1. Боязнь осложнений после проведения прививки;
2. «Губительного действия вакцины» на организм в целом (например, «приводит к аутизму»);
3. «Прививки приносят только вред, а проводятся лишь потому, что это прибыльный бизнес для производителей и врачей».

Нельзя предлагать решения для данных проблем, не посмотрев на ситуацию со стороны матерей. Мы живем во времена большого развития информационных технологий, почти всё население РФ смотрит телепередачи, каждый третий активно пользуется Интернетом. Так, сторонниками антивакцинации в сети созданы многочисленные сайты, написаны (или переведены с других языков мира) различные «научные» статьи о вреде прививок. И, когда заинтересовавшая мать видит подобную информацию, бесчисленные «доказательства» патогенного действия, то, естественно, как минимум, начинает опасаться вакцинировать своих детей. Пропаганда антивакцинации настолько велика, что одно время в различных социальных сетях была спам-рассылка, что после прививок от папилломавирусной инфекции, девочки становятся бесплодными.

С другой стороны, пропаганда вакцинопрофилактики фактически не осуществляется. Более того, некоторые врачи начинают придерживаться стороны родителей по поводу «вредности прививок». На этот счет, на недавнем заседании экспертного совета по здравоохранению в Совете Федерации прозвучали предложения о введении ответственности медицинских работников, необоснованно поддерживающих «антивакцинальные» настроения родителей. Наказание может быть различным, вплоть до отлучения от профессии. Взрослые же граждане, переболевшие инфекцией, против которой они отказались прививаться, могут остаться без оплачиваемого больничного.

Так же, помимо активной пропаганды, необходимо обращать внимание на вспомогательные вещества, входящие в состав вакцин. Перед проведением прививки следует убедиться, что у ребенка нет аллергии на содержащиеся компоненты, а организм не сенсибилизирован. Особенно важен

индивидуальный подход к каждому из детей, поскольку иммунная система у всех имеет свои особенности.

Важно правильное хранение препаратов в поликлинике, недопустимо использование некачественных вакцин, с нарушенной технологией производства или истекшим сроком годности.

Большая часть осложнений после прививки возникает после нарушений способа введения (например, вместо внутрикожного – внутримышечный), дозировки препарата, правил асептики либо ошибочного введения другой вакцины. Поэтому следует обеспечить предотвращение подобных инцидентов и проведение специальных курсов для проверки знаний у медицинского персонала, осуществляющего вакцинацию детей.

Выводы. В ходе анкетирования молодых матерей, нам удалось выяснить, что большая часть (90%) поддерживают вакцинопрофилактику и собираются прививать своего ребенка. Те, кто ответил отрицательно, главными причинами отказа назвали опасения осложнений после прививки и мнение, что вакцинация оказывает вредное влияние на организм.

Для того, чтобы убедить людей в безопасности и необходимости вакцинации необходимо:

1. Привлечь средства массовой информации (телевидение, газеты, Интернет) с целью довести до сведения степень опасности инфекционных заболеваний, их осложнений. Провести пропаганду вакцинопрофилактики с помощью сан. просвет. работы (распространения листовок, брошюр), создать «горячую линию», сайты, страницы в социальных сетях, откуда родители могут узнать всю интересующую их информацию.
2. Введение ответственности медицинских работников, необоснованно поддерживающих «антивакцинальные» настроения родителей.
3. Индивидуальный подход к каждому прививаемому ребенку, чтобы снизить риск развития осложнений.
4. Контроль проведения вакцинации медицинскими работниками.
5. Гарантировать качество вакцины, безопасность ее использования.
6. Обеспечение единого профессионального взгляда в медицинской среде на иммунизацию.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ. МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Гаврютова Д.А., Никитина Н.Н., Кириллова А.В.

Род *Escherichia* включает большое количество микроорганизмов, обладающих рядом общих свойств, но отличающихся по биохимическим, антигенным и патогенным свойствам.

По патогенным возможностям различают две основные разновидности: патогенные (или диареегенные) и условно-патогенные (банальные).

В состав вида *Escherichia coli* входят диареегенные варианты: ЭГКП (энтерогеморрагические кишечные палочки) – возбудители энтерогеморрагического эшерихиоза с гемолитико-уремическим синдромом, ЭИКП (энтероинвазивные), вызывающие дизентериеподобные заболевания, ЭТКП (энтеротоксигенные), вызывающие холероподобный эшерихиоз – так называемую диарею путешественников, ЭПКП (энтеропатогенные) – возбудители детских энтеритов и другие возбудители кишечных инфекций, а также уропатогенные эшерихии – возбудители инфекций мочевых путей. Другие эшерихии, являясь условно-патогенными, могут вызывать оппортунистические инфекции: пневмонии нагноения ран и полостей менингиты, сепсис.

Серовары *E.coli*, связанные с кишечными и внекишечными заболеваниями. Таблица

Кишечные инфекции				Инфекции мочевыводящего тракта	Бактериемия	Менингит
ETEC	EPEC	EIEC	EHEC			
O6	O18	O28	O157	O1	O1	O1
O8	O26	O29		O2	O2	O6
O15	O44	O112		O4	O4	O7
O20	O55	O124		O6	O6	O16
O25	O86	O136		O7	O7	O18
O27	O111	O143		O8	O8	O83
O63	O114	O144		O9	O11	
O78	O119	O152		O11	O18	
O80	O125	O164		O18	O22	
O85	O126	O167		O22	O25	
O114	O127			O25	O75	
O115	O128			O62		
O123	O142			O75		
O148	O153					
O153						
O159						
O167						

Заболевания, вызываемые *E.coli*, делят на две группы: энтеральные (кишечные, эпидемические) и парантеральные эшерихиозы.

Парантеральные эшерихиозы вызывают условно-патогенные *E.coli* – представители нормальной микрофлоры. При иммунологической реактивности кишечная палочка может покинуть свое постоянное обитание (кишечник) и гематогенно либо лимфогенно распространяться, вызывая гнойно-воспалительные процессы самой локализации. Банальные *E.coli* выявляются при циститах,

➤ Если поражение экстраплацентарных оболочек имеет определенную давность, в этом случае, вместе с поражением лёгких отмечается и поражение центральной нервной системы.

➤ При поражении ткани плаценты и сосудов пуповины развивается гепатит, реже происходит генерализация процесса с поражением головного мозга, лёгких и других органов.

1. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс] Доступ: http://gks.ru/free_doc/2014/demo/t2.xls

2. Рейтинг стран мира по уровню младенческой смертности. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 2012.05.18 (последняя редакция: 2014.07.07). Доступ: <http://gtmarket.ru/ratings/child-mortality-rate/info>

3. Судебная медицина. Медицинский справочник. [Электронный ресурс] Доступ: <http://www.medical-enc.ru/sudmed/prichiny-smerti-novorozhdenogo.shtml>

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова Н.В., Шачнев Е.В.

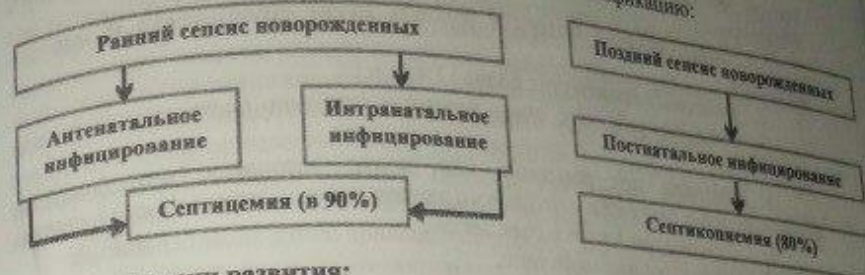
Актуальность. В отечественной литературе нет четкой статистики по неонатальному и внутриутробному сепсису. По зарубежным данным, частота заболеваемости среди доношенных новорожденных составляет 0,1–0,8%, недоношенных – 1%. У детей с экстремально низкой массой тела эта цифра равна 14–33% [J.O.Klein, M.Marsy (1995)]. На долю сепсиса новорожденных по причине внутригоспитальной инфекции приходится 25%. Летальность составляет 35–40% [Harris M.C. (1993)].

В последнее время в России существует тенденция к увеличению смертности от сепсиса среди новорожденных детей.

Цель. Оценить динамику увеличения смертности от сепсиса новорожденных. Выявить возможные причины, при наличии возрастания числа случаев его возникновения. Составить краткую статистику по данному заболеванию в Великом Новгороде.

Общие сведения. Сепсис новорожденных – это клинический синдром тяжелого системного гнойно-воспалительного инфекционного заболевания, сопровождающийся полиорганной недостаточностью и бактериемией. В МКБ-10 под кодом P36 определен «бактериальный сепсис новорожденного». Единой современной клинической классификации сепсиса новорожденных на данный момент нет (последняя была принята в СССР более 15 лет назад, и не соответствует нынешним требованиям).

Тем не менее, можно выделить следующую классификацию:



По времени развития:

1.1. Ранний неонатальный (первые 6 сут.):

1.1.1. Антенатальный;

1.1.2. Интранатальный;

1.2. Поздний неонатальный (7 сут. и более):

1.2.1. Постнатальный.

Причиной развития неонатального сепсиса могут стать различные группы микроорганизмов. Так, антенатальный сепсис чаще всего обусловлен стрептококками группы В (*S. agalacticae*), кишечными палочками (*E. coli*). Интранатальный – *S. agalacticae*, *E. coli*, *S. aureus*, а в развитии постнатального сепсиса важную роль играют *S. aureus*, *S. epidermidis*, *E. coli*, *S. pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*.

Так же, можно с уверенностью сказать, что в истоках неонатального сепсиса стоят нарушения вагинального биоценоза, связанные с неполноценной диспансерной подготовкой влагалища беременных женщин к родам. Так же, по результатам исследований, почти у 40% родильниц имеются патогенетические предпосылки для развития восходящего бактериального инфицирования последа и плода, обусловленные в первую очередь бактериальным вагинозом и неспецифическим бактериальным кольпитом.

Немаловажное значение имеет и наличие вредных привычек у матери (алкоголь, курение), поскольку они оказывают негативное влияние на плаценту, способствуя уменьшению ее сопротивляемости инфекциям.

Основные клинические проявления восходящего бактериального инфицирования последа: многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты и острое нарушение пуповинного кровообращения [3, 4].

Факторы высокого риска развития неонатального сепсиса [5]:

1. Смерть предыдущих детей в семье от системных бактериальных инфекций в возрасте до 3-х месяцев (подозрение на наследственный иммунодефицит).

2. Многочисленные аборт в анамнезе. Гестоз у матери, продолжавшийся более 4-х недель.

3. Клинически выявленный бактериальный вагиноз у матери во время беременности и в родах.

4. Клинически выраженные бактериальные инфекционные процессы

матери непосредственно до родов и в родах, в том числе пиелонефрит, хориоамнионит.

5. Обнаружение у матери в родовых путях стрептококка В или его антигенов.
6. Безводный промежуток более 12 часов.
7. Рождение ребенка с очень низкой и особенно экстремально низкой массой тела.
8. Асфиксия при рождении или другая патология, потребовавшая реанимационных пособий и длительного воздержания от энтерального питания.
9. СДР-синдром I типа и отек легких.
10. Внутриутробные инфекции.

Результаты исследования и обсуждение. Нами был проведен анализ 69 случаев смертей у детей, погибших от неонатального сепсиса в медицинских учреждениях Великого Новгорода и Новгородской области за период 2010–2014 гг. Из приведенной диаграммы видно, что имеется тенденция к снижению частоты заболеваемости сепсисом.



Установлено, что среди исследуемых детей оказалось практически равное количество девочек и мальчиков (33 и 36 соответственно). Таким образом, развитие неонатального сепсиса не зависит от пола ребенка.

В 30 случаях (43% от общего числа исследуемых) у детей была установлена экстремально низкая масса тела (ЭНМТ).

Следующим этапом исследования нами была проанализирована группа детей с ЭНМТ. В ней по частоте развития доминировала заболеваемость ранним неонатальным сепсисом (в 77%), возникающим при антенатальном и интранатальном инфицировании.



Так же была изучена группа из 24 случаев (80% от числа детей с ЭНМТ), где выявилась внутриамниотическая инфекция плода. У 16 детей (66,7%) из этой группы развивалось инфицирование последа. Следовательно, развитие неонатального сепсиса зависит от внутриутробного инфицирования последа и последующего развития внутриамниотической инфекции.

При микробиологическом исследовании тканей и крови высевались следующие микроорганизмы: *E. coli*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Str. faecalis*, *Str. pyogenes*, *Citobacter diversus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Clostridium*, *Enter. faecium*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida*.

Вывод. Подводя итоги проведенной работы, можно выделить следующее:

1. Динамика частоты неонатального сепсиса в Новгородской области имеет тенденцию к снижению.
2. Частота заболеваемости не зависит от пола.
3. Большую предрасположенность к развитию неонатального сепсиса имеют дети с ЭНМТ.
4. У детей с экстремально низкой массой тела чаще развивается ранний неонатальный сепсис.
5. Выявлена связь между развитием неонатального сепсиса и внутриутробным инфицированием последа.
6. При микробиологическом исследовании было выявлено большое разнообразие патогенных и условно патогенных микроорганизмов, которые могут вызывать неонатальный сепсис.

1. Н.П. Шабалов «Неонатология»: учеб. пособие: в 2 т. / - 5-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
2. Ю.Ф. Исаков, Н.В. Белобородова «Сепсис у детей». Москва: Издатель Мокеев, 2000. – с. 369.
3. Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец «Патология последа». – СПб, 2002. – с. 349-356.
4. Benirschke P., Kaufman P. «Pathology of the Human Placenta». – 2-nd Ed. – New York, 1990.
5. Н.П. Шабалов, Д.О. Иванов «Неонатальный сепсис: клиника, диагностика и лечение», Академический медицинский журнал, 2001. - Т.1, №3. - с.81-88.
6. Marie-Louise Newell, James McIntyre «Congenital and perinatal infection: Prevention, diagnosis and treatment», перевод проф. А.В. Михайлова, Санкт-Петербург: ИД «Петрополис», 2004 г.