

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ПРОФІЛАКТИКА
ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
У ДІТЕЙ

Навчальний посібник
для студентів V–VI курсів
та лікарів-інтернів

Харків
ХНМУ
2014

УДК 616.9-053.2-084(075.8)

ББК 57.3 я 7

П 84

Колектив авторів:

Кузнєцов С.В., Вашев Є.А., Копійченко Т.С., Кірсанова Т.О., Ольховська О.М.,
Вовк Т.Г., Татаркіна А.М., Жаркова Т.С., Кучеренко О.О.

Рецензенти:

Слоєва З.В. – д-р мед. наук (ХМАПО);

Незгода І.І. – д-р мед. наук (Він. нац. ун-т ім. Н.І. Пирогова).

Затверджено вченою радою ХНМУ.

Протокол № 11 від 26.12.2013.

П 84 **Профілактика інфекційних захворювань у дітей** : навч. посібник
для студентів та інтернів вищих навчальних медичних закладів / за ред.
Є.А. Вашева, С.В. Кузнєцова. – Харків : ХНМУ, 2014.– 80 с.

У посібнику представлено основні заходи, що спрямовані на запобігання захворюванню (інфікуванню) людини та профілактику інфекційних хвороб у дітей засобами імунпрофілактики (профілактичні щеплення), а також заходи щодо хворих на інфекційні захворювання та осіб, які контактували з хворим, а саме: госпіталізація, допуск у колектив, диспансерний нагляд, специфічна та загальна профілактика.

Наведено завдання до самоконтролю й вірні відповіді до них, нормативні документи, які регламентують підготовку студентів, інтернів та діяльність лікарів лікувально-профілактичних закладів, фахівців управління охорони здоров'я населення та професорсько-викладацького складу, список літератури.

Для студентів та інтернів медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, курсантів академії післядипломної освіти, широкого кола лікарів.

УДК 616.9-053.2-084(075.8)

ББК 57.3 я 7

© Харківський національний
медичний університет, 2014

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ПРОФІЛАКТИКА ЗАРАЖЕННЯ (ІНФІКУВАННЯ) ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЇ	6
Заходи щодо джерела інфекції	6
Діагностика інфекцій	8
Клінічні критерії діагностики основних інфекційних захворювань, що супроводжуються екзантемою	9
Тривалість інкубаційного періоду ряду інфекційних захворювань та строки спостереження за особами в осередку	12
Завдання до самоконтролю	13
Вірні відповіді	19
ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ (ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ)	20
Вакцини, післявакцинальні реакції, вакцинальний імунітет	20
Календар щеплень в Україні	23
1. Профілактика інфекційних захворювань засобами імунопрофілактики (профілактичні щеплення, вакцинація)	23
Календар щеплень в Україні (обов'язкові щеплення)	23
Щеплення дітей з порушенням календаря	26
Щеплення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей	29
2. Щеплення за станом здоров'я	29
Схема щеплення осіб за станом здоров'я	30
Схема вакцинації проти вірусного гепатиту В дітей зі злоякісними новоутвореннями, дітей, що перебувають на гемодіалізі та отри- мують багаторазові тривалі переливання донорської крові або її препаратів.	32
3. Рекомендовані щеплення	33
4. Щеплення, які проводяться на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями	34
5. Перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень	38
6. Рекомендовані інтервали між введенням препаратів крові, що містять специфічні антитіла, та вакцинацією проти кору, епідемічного паротиту, краснухи та вітряної віспи	39
7. Інструкція щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів.	40
Післявакцинальні реакції та ускладнення	43
Строки розвитку післявакцинальних реакцій	44
Завдання до самоконтролю	45
Вірні відповіді	48

ЗАХОДИ ЩОДО ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОСІБ, ЯКІ КОНТАКТУВАЛИ	49
Аденовірусна інфекція	49
Вітряна віспа	49
Висипний тиф	50
Гепатит А	50
Гепатит В	52
Гострі кишкові інфекції, що викликані умовно-патогенними мік- роорганізмами	54
Гострі респіраторні інфекції	54
Грип	55
Дифтерія	56
Ентеровірусна інфекція	57
Епідемічний паротит	57
Ешерихіоз	58
Інфекційний моноклеоз	58
Кашлюк	59
Кір	60
Кишковий ієрсиніоз	60
Краснуха	61
Лептоспіроз	61
Менінгококова інфекція	62
Поліомієліт	63
Псевдотуберкульоз	64
Ротавірусна інфекція	64
Сальмонельоз	64
Скарлатина	66
Холера	66
Черевний тиф та паратифи	67
Шигельоз	69
Завдання до самоконтролю	70
Вірні відповіді	73
Додаток 1. Критерії оцінки імунітету проти деяких інфекційних хвороб	74
Додаток 2. Термін відсторонення осіб, які були в контактi з хворими на інфекційні захворювання	74
Додаток 3. Перелік інфекційних хвороб, при яких проводиться заклучна дезінфекція	75
ОСНОВНІ НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ	76
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	79

ВСТУП

Інфекційні хвороби – одна з провідних причин високої захворюваності та смертності в дитячому віці. Їх частота не має стабільної тенденції до зниження. Дитячі інфекції ведуть до затримки фізичного та психічного розвитку, інших, іноді необоротних, наслідків. Інфекційні захворювання спричиняють дезорганізацію роботи дитячих лікувально-профілактичних закладів (наприклад, об'ява карантину), виробничих підприємств (видача лікарняного листа у зв'язку з доглядом за хворою дитиною та ін.).

Крім того, в умовах ятрогенних втручань, негативних екологічних та економічних факторів, природних катаклізмів та техногенних катастроф прискорюються еволюційні процеси мікросвіту, активізуються консервативні мікроорганізми, поширюються емерджентні та ремерджентні інфекції, з'являються нові патогени різної таксономічної належності.

Тому в системі підготовки студентів і інтернів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації важливе значення має впровадження в учбовий процес нових технологій навчання і виховання, спрямованих на вивчення сучасних уявлень щодо етіології, епідеміології, патогенезу, особливостей клінічного перебігу заразних хвороб і на цьому підґрунті дотримання сучасних схем і строків імунопрофілактики, особливо в дитячому віці.

Майбутні лікарі повинні здійснювати заходи щодо попередження зараження та розповсюдження інфекції шляхом своєчасної діагностики інфекційних захворювань, виявлення носіїв патогенних збудників, проводити ізоляцію хворих і носіїв, їх лікування, диспансеризацію реконвалесцентів або медичне спостереження за ними, а також виконувати профілактику захворювання за допомогою імунопрофілактики (профілактичні щеплення), забезпечувати в осередках інфекцій протиепідемічні заходи, які здатні обмежити їх поширення.

Цільове завдання посібника полягає в тому, щоб допомогти майбутнім лікарям у своїй практичній діяльності засвоїти новітні технології діагностики та основні принципи профілактики інфекційних хвороб у дітей, а тому знати календар профілактичних щеплень, сучасні вакцинальні препарати, перебіг післявакцинального періоду, можливі патологічні реакції, їх запобігання, оволодіти прийомами відбору контингенту для імунізації.

Робота щодо сучасної профілактики заразних хвороб проводиться за двома напрямками:

1) профілактика зараження, інфікування (комплекс заходів, які здійснюються у разі виникнення випадку інфекційного захворювання на території відділення, закладу);

2) профілактика захворювання (заходи, які проводяться постійно незалежно від наявності інфекційних захворювань на території обслуговування).

Профілактична діяльність медичних працівників проводиться під державним наглядом територіальної санітарно-епідемічної станції і з методичною допомогою кафедр інфекційних хвороб і епідеміології вищих медичних навчальних закладів та фахівців управління охорони здоров'я.

Навчально-виховний процес студентів й інтернів та діяльність лікарів лікувально-профілактичних закладів, фахівців управління охорони здоров'я населення і професорсько-викладацького складу регламентується основними нормативними документами, які наведені наприкінці посібника.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАРАЖЕННЯ (ІНФІКУВАННЯ) ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЇ

Попередження інфікування людини та розповсюдження інфекції залежать від своєчасності діагностики захворювання, повноти та якості проведення необхідних заходів.

Заходи щодо джерела інфекції

- A. 1. Виявлення хворих та збудників хвороби.
2. Рання діагностика.
3. Облік хворих і носіїв.
4. Ізоляція джерела інфекції.
5. Лікування до повного одужання.
6. Бактеріологічний контроль за звільненням від збудника.
7. Гігієнічне виховання хворих, носіїв, здорових членів родини.
8. Диспансерне спостереження за перехворілими, хворими на хронічні інфекційні хвороби та хронічними бактеріоносіями.
- B. 1. Переривання шляхів передачі.
2. Поточна і заключна дезінфекція (за необхідністю – дезінсекція, дератизація) у межах осередку.
3. Заборона використання продуктів, води, одягу та інших предметів, що можуть бути факторами передачі збудника.
4. Відбір проб з об'єктів зовнішнього середовища для лабораторного дослідження.
- C. 1. Активне виявлення та облік хворих й осіб, які контактували із джерелом інфекції.
2. Ізоляція їх вдома чи в лікувальному закладі (провізорна госпіталізація).
3. Медичне спостереження (опитування про стан здоров'я, огляд).
4. Лабораторне та інструментальне обстеження (бактеріологічне, серологічне, алергологічне, біохімічне, рентгенологічне, ректороманоскопічне, паразитологічне та ін.).
5. Вакцино-, фаго-, гаммаглобулінопрофілактика.
6. Хіміо- та антибіотикопротекція.
7. Застосування адаптогенів, імуномодуляторів (інтерферонів та ін.).
8. Санітарно-освітня робота та виховання в умовах здорового способу життя.

Найчастіше джерело інфекції – це хворі або носії збудників інфекційних та паразитарних хвороб (здорові особи та/або реконвалесценти). Виявлення джерел становить собою початковий та найважливіший етап всієї системи профілактики зараження (інфікування) та попередження розповсюдження інфекції. Основою для виявлення джерела інфекції та

ліквідації осередку є рання діагностика захворювання з урахуванням епідеміологічного анамнезу.

Слід зауважити, що, збираючи діагностичну інформацію та обстежуючи хворих з підозрою на інфекційну хворобу, необхідно ретельно вивчити епідемічну ситуацію, з'ясувати можливі причини та умови зараження хворого і визначити межі епідемічного вогнища. Вивчення епідемічної ситуації завжди нелегке завдання щодо її вирішення. Тому, збираючи епідеміологічний анамнез, з'ясовують головним чином такі питання:

1) статус захворілого – перенесені раніше інфекційні захворювання, профілактичні щеплення, введення сироваток тощо;

2) можливі контакти з інфекційними хворими за місцем проживання, роботи, навчання та ін., а також із тваринами, птахами (домашніми, дикими);

3) проживання в епідемічній чи ензоотичній місцевості або в епідемічному осередку будь-якої інфекції, виїзд в інші населені пункти, країни тощо;

4) особливості харчування хворого – вживання сирого води, молока, немитих фруктів, несвіжих продуктів, місце харчування та умови зберігання харчових продуктів;

5) ятрогенні втручання (трансфузії крові, операції; лікування у стоматолога, інструментальні обстеження, ін'єкції) за останні 3–6 міс (де і коли);

6) контакти з екзопаразитами – воші, кліщі, комарі, москити;

7) наявність поранень, скалок, укусів домашніми або дикими тваринами;

8) можливий зв'язок захворювання з професією;

9) дотримання правил особистої гігієни;

10) матеріально-побутові умови проживання – квартира, гуртожиток, їхній санітарний стан, наявність мух, мишей, шурів.

Для виявлення джерела інфекції необхідно своєчасно проводити лабораторне обстеження хворих із проявами інтоксикації та перш за все хворих із опорними, розв'язувальними, тобто сигнальними симптомами, які можуть свідчити про інфекційну етіологію захворювання. Наприклад, хворі з тривалим підвищенням температури тіла можуть хворіти на черевний або висипний тифи, малярію; особи з ангіною – на дифтерію або інфекційний мононуклеоз; а з тривалим (3 тиж і більше) кашлем – на кашлюк, туберкульоз та ін.

Ретельно зібрані клініко-епідеміологічні дані та результати лабораторно-інструментальних досліджень стають основою для своєчасної діагностики хвороби, дозволяють визначити межі вогнища та розробити план протиепідемічних заходів.

Діагностика інфекцій

Діагностика заразних хвороб базується на урахуванні всієї сукупності діагностичної інформації за умов виконання традиційних та новітніх технологій діагностики. У навчально-виховному процесі слід використовувати як традиційні, так і сучасні лабораторно-інструментальні дослідження. Серед лабораторних обстежень хворих на повітряно-краплинній інфекції велику увагу приділяють методам експрес-діагностики: імунофлюоресценції (ІФ), яка дозволяє виявити антигени респіраторних вірусів; методам клінічної та ретроспективної діагностики: електронна та імунна мікроскопія, імуноферез у гелі, імуноферментний аналіз (ІФА) та/або радіоімунний аналіз. В арсеналі клінічних досліджень залишаються класичні серологічні реакції: реакція аглютинації (РА), реакція зв'язування комплекменту (РЗК), РНГА, РТГА, РПГА, реакція коагулінації.

У діагностиці кишкових інфекцій значна роль відводиться бактеріологічним, а також серологічним реакціям (РА, РЗК, РНГА), сучасній реакції імунної сорбції антитіл.

Новітніми лабораторно-інструментальними методами дослідження хворих на вірусні та бактеріальні заразні хвороби є імуноблотинг або вестерн-блотинг, молекулярна гібридизація нуклеїнових кислот, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), імунохроматографія; ультразвукова діагностика (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), ядерно-магніторезонансна томографія (ЯМРТ). За допомогою зазначених вище досліджень можна отримати цінну діагностичну інформацію щодо наявності антигенів збудників, антитіл до них, специфічні послідовності ДНК або РНК мікробів, вірусів та інших патогенів, структурних та неструктурних білків низки вірусів, морфологічну картину ураження органів та систем хворої людини.

Слід зауважити, що в практичній діяльності лікарів різних спеціальностей дотепер спостерігаються труднощі відносно ранньої діагностики низки інфекційних захворювань і вживання своєчасних заходів щодо джерела інфекції. Наводимо у вигляді таблиць діагностичні критерії основних інфекційних хвороб з синдромом екзантеми, тривалість інкубаційного періоду ряду інфекційних захворювань та строки спостереження за особами в осередку.

Клінічні критерії діагностики основних інфекційних захворювань, що супроводжуються екзантемою

Захворювання	Самочуття, скарги	Строки появи висипання від початку хвороби	Тривалість висипання	Характеристика висипання	Локалізація висипання	Наслідки висипання	Катаральні явища слизової ВДШ та ротоглотки	Ураження інших органів
Аденовірусна інфекція	Порушено помірно; лихоманка наростає поступово; кашель, нежить, можливе утруднення дихання (стеноз гортані)	Різні, частіше без висипань	Одночасно, можливе підсипання	Поліморфна, плямисто-папульозна й геморагічна	Скрізь, без чіткої локалізації	Зникає безслідно	Ураження ротоносоглотки та/або кон'юнктиви (катаральні, фолікулярні, плівчасті)	Збільшення печінки, селезінки, лімфовузлів (у тому числі мезентеріальних), ураження горла, легенів, кишечника
Вітряна віспа	Порушення різного ступеня вираженості; переважно субфебрильна температура, шкірна сверблячка	1–2-й день хвороби	1–5 дб, характерні підсипання із проміжками в 1–2 дні	Дрібні плями-папули, які перетворюються на везикули на неінфільтрованому тлі, з віничком піперемії й прозорим вмістом	Обличчя, волосиста частина голови, тулуб, кінцівки, статеві органи	Скоринки, неяскрава пігментація	Може бути висипка на слизовій оболонці порожнини рота	ЦНС, нирки, серце
Висипний тиф	Порушено, підвищення температури тіла, головний біль, дратівливість, запаморочення, гіперестезія	4–5-й день хвороби	2–3 тижні	Розеолюозно-петехіальне висипання	На шкірі бокових поверхнь грудей, живота та згинальних поверхнь рук	Пігментація	На м'якому піднебінні – крапчасті крововиливи (симптом Розенберга)	ЦНС, збільшення селезінки, «червоні очі», крапчасті крововиливи у кон'юнктиву (плями Кіарі-Авцина)
Ентеровірусна екзантема	Інтоксикація середньої вираженості	3–5-й день хвороби при зниженні температури тіла	1–2 дні одночасно	Плямиста, плямисто-папульозна, дрібна	Переважно на обличчі й тулубі	Зникає безслідно	Енантема на м'якому піднебінні	Поліорганність: м'язи, серце, печінка, ЦНС, ШКТ
Інфекційний мононуклеоз	Порушено; лихоманка, біль у горлі, виражена закладеність носа, утруднене дихання	Строки висипки невизначені, може бути відсутньою	Кілька днів, етапності підсипання не визначається	Плямиста, папульозна, від одиничних до множинних елементів, що зливаються, іноді геморагічна	Скрізь, без певної локалізації	Часткова пігментація. Буває дрібне лущення	Тонзиліт різної вираженості з нашаруваннями або без них	Гепатоспленомегалія, збільшення лімфовузлів різних груп, серце, ЦНС, атипові мононуклеари в крові

Захворювання	Самочуття, скарги	Строки появи висипання від початку хвороби	Тривалість висипання	Характеристика висипання	Локалізація висипання	Наслідки висипання	Катаральні явища слизової ВДШ та ротоглотки	Ураження інших органів
Інфекційна еритема	Порушено	3 першого дня	Може продовжуватися до 20 днів	Різна, переважно плямисто-папульозна й у вигляді гірлянд	За 1–3 дні висипання з'являється в ділянці сідниць; на шкірі обличчя (щокі) та спини у вигляді «метелика»	Зникає безслідно, у край рідко лущення	Відсутні або слабко виражені	–
Кір	Порушено; лихоманка, головний біль, нежить, кашель, можливе утруднення дихання	4–5-й день	Протягом 3–4 днів, чітка етапність за днями, починаючи зі шкіри обличчя	Плямисто-папульозна, середнього розміру, іноді зливається, рожева, рясна	Етапи висипання: 1-й день – на обличчі, шиї; 2-й день – на тулубі; 3-й день – на кінцівках	Пігментація протягом 2–3 тиж. Буває дрібне висівкове лущення	Виражені, плямиста енантема на м'якому піднебінні; плями Бельського-Філатова-Копліка	Дихальна система, ШКТ, ЦНС
Краснуха	Не порушено, може бути субфебрильна температура, легкий кашель	1–2-й день	Одночасно	Дрібноплямиста, рожева, частіше рясна, може бути мізерною	Переважаю на розгинальних поверхнях кінцівок, спині, сідницях	Зникає безслідно	Відсутні або слабко виражені	Дуже рідко – ЦНС, суглоби, збільшення потиличних лимфовузлів
Лептоспіроз	Порушено; головний біль, лихоманка, озноб, біль у м'язах, висипка, можлива жовтяниця	На 6-й день	Кілька днів	Поліморфна, переважно скарлатиноподібна, геморагічна	Симетрично-розташована по тілу	Безслідно	Відсутні	Нирки, печінка, серце, очі (іридоцикліт) та ін.
Менінгококемія	Порушено; висока лихоманка, різка млявість або значне занепокоєння	Протягом 10–24 год від початку захворювання або з перших годин хвороби	Можуть бути підсипання протягом 2–3 днів	Поліморфна. Частіше – геморагічна, різна за розміром, «зірчаста» з некрозом у центрі або без нього	На шкірі вистальних відділів нижніх кінцівок, сідницях; може бути скрізь	Некрози можуть супроводжуватися виразкою, гояться із утворенням рубців, іноді – гангрені	Гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки	ЦНС, надниркові залози, суглоби, серце, легені, очі

Захворювання	Самочуття, скарги	Строки появи висипання від початку хвороби	Тривалість висипання	Характеристика висипання	Локалізація висипання	Наслідки висипання	Катаральні явища слизової ВДШ та ротоглотки	Ураження інших органів
Скарлатина	Порушення різного ступеня вираженості; лихоманка, біль у горлі, особливо при ковтанні, головний біль	1–2-й день	Одночасно	Дрібнокрапчаста, на гіперемованому тлі, можуть бути петехії	Переважаю на внутрішніх поверхнях кінцівок, у складках, на бічних поверхнях тулуба; обличчя гіперемоване, різко виділяється блідий носогубний трикутник	Характерно пластинчасте лущення на долонях і стопах, висівкове – на обличчі й тулубі або відсутнє	Точкова енантема на піднебінні, виражена гіперемія слизової ротоглотки – «палаючий зів»	Серце, суглоби, нирки, реактивний лімфаденіт
Псевдо-туберкульоз та іерсиніоз	Порушення різного ступеня вираженості; лихоманка, головний біль, біль у животі, суглобах та ін.	У різний термін, від 1-го до 21-го дня й пізніше	Одночасно, з можливим підсиленням	Поліморфна: дрібноплямиста, плямиста, вузликова, уртикарна й за типом вузлуватої еритеми	Скрізь, частіше на внутрішніх поверхнях кінцівок, характерний симптом «капура», «рукавичок», «шкарпеток», іноді відзначається «гніздове» розташування висипки, у т.ч. навколо суглобів	Рідко пігментація. Лущення як при скарлатині, але більш виражене	Розплита гіперемія задньої стінки глотки; може бути плямиста енантема	Поліорганність: суглоби, ШКТ, нирки, печінка, серце

**Тривалість інкубаційного періоду ряду інфекційних захворювань
та строки спостереження за особами в осередку**

Захворювання	Інкубаційний період (дні або міс)		Строки спостереження * за особами в осередку (дні або міс)
	середній	мін. – макс.	
Аденовірусна інфекція	4–5	2–12	10–12
Вітряна віспа	14	10–21/23**	21/23**
Висипний тиф	12–14	6–25	25
Гепатит А	15–30	10–45	35
Гепатит В	60–120	50–180	6 міс.
Грип	1	1–2	7
Дифтерія	3–5	2–10	10
Ентеровірусна екзантема	3–4	1–10	10–14
Епідемічний паротит	11–14	10–21	21
Ешерихіоз	2–5	1–7	7
Інфекційний мононуклеоз	3–5	10–14 днів – 1–2 міс	20
Інфекційна еритема	9–14	2–20	***
Кашлюк	5–7	1–14	14
Кір	9–11	7–17/21**	17/21**
Кишковий ієрсиніоз	1–2	1–19	7
Краснуха	16–18	10–23	21
Лептоспіроз	6–8	6–20	20
Менінгококова інфекція	2–4	1–10	10
Поліомієліт	10–12	5–35	21
Псевдотуберкульоз	5–7	3–19	19
Ротавірусна інфекція	2–3	1–7	7
Сальмонельоз	1–2	1–7	7
Скарлатина	3–6	1–12	7
Холера	1–3	1–5	7
Черевний тиф, паратифи	14	3–21	21
Шигельоз	2–3	1–7	7

Примітки:

- * – від початку ізоляції хворого або бактеріоносія
- ** – інкубаційний період кору /вітряної віспи у осіб, яким проведена гаммаглобулінопрофілактика, збільшується до 21/ 23-го дня, відповідно тривалість спостереження за контактними подовжується;
- *** – строки не відомі, хворі підлягають ізоляції.

Завдання до самоконтролю

1. У дівчинки 7 років підвищилась температура тіла до 37,8 °С. На шкірі обличчя, волосистої частини голови з'явилися плями рожевого кольору, що через декілька годин перетворилися на пухирці. Поставте діагноз.

- A. Вітряна віспа. C. Краснуха. E. Інфекційний мононуклеоз.
B. Кір. D. Скарлатина.*

2. У хлопчика 2 років лихоманка, нежить, чхання, кашель, легка сиплість голосу. При огляді: яскрава гіперемія слизистої оболонки ротоглотки, петехії на м'якому піднебінні. Попередній діагноз "грип". За допомогою якого методу можна підтвердити діагноз?

- A. Бактеріологічне дослідження слизу зівя і носа.
B. ІФА сироватки крові на наявність антитіл до вірусу грипу.
C. Бактеріоскопія слизу зівя і носа.
D. ІФ дослідження слизу на респіраторні віруси.
E. Клінічний аналіз крові.*

3. У хлопчика 7 років діагностовано скарлатину. Вкажіть збудника скарлатини.

- A. α -Гемолітичний стрептокок. D. Золотистий стафілокок.
B. Пневмокок. E. Менінгокок.
C. Епідермальний стафілокок.*

4. У 9-місячного хлопчика протягом тижня виділяється сукуватий слиз із носа. Відомості щодо профілактичних щеплень відсутні. Яке дослідження слід вважати першочерговим?

- A. ІФ дослідження слизу зівя на респіраторні віруси.
B. Дослідження показників згортання крові.
C. Бак. дослідження на менінгокок.
D. Бак. дослідження слизу носа на VL.
E. Дослідження слизу ротоглотки на спірохету Венсана.*

5. Учень 5-го класу, який хворіє другу добу, звернувся до шкільного лікаря за медичною допомогою. В результаті обстеження у школяра виявлено захворювання на дифтерію мигдаликів. Яку дію слід вважати першочерговою при виявленні інфекції?

- A. Медичне спостереження за дітьми, які контактували.
B. Визначення колективного імунітету осіб, що контактували.
C. Визначення меж вогнища.
D. Імунізація осіб із титром протидифтерійного антитоксину крові менше 0,03 МО/мл (або нижче 1:40 за РПГА).
E. Огляд школярів класу лікарем-отоларингологом.*

6. Хлопчик 9 років занедужав гостро. Захворювання почалося з підвищення температури до 38,5 °С, головного болю, болю в горлі. До кінця доби з'явилася дрібнокрапчасте висипання на гіперемованому тлі. Носогубний трикутник блідий, зів – «палаючий». Поставте діагноз.

- A. *Скарлатина.* D. *Дифтерія мигдаликів.*
B. *Інфекційний моноклеоз.* E. *Краснуха.*
C. *Кір.*

7. У дитини 5 років захворювання почалося гостро з підвищення температури тіла до 39,0 °С. За п'ять годин на шкірі з'явилася висипка. При огляді: на шкірі стегон та сідниць – геморагічно-некротична висипка різної формою та розміром, на слизовій оболонці ротоглотки слабкі катаральні явища. Поставте діагноз.

- A. *Менінгококкемія.* C. *Псевдотуберкульоз.* E. *Кір.*
B. *Скарлатина.* D. *Грип.*

8. Дитина 4 років занедужала гостро у зв'язку з появою 7-кратного блювання, водянистих випорожнень у вигляді «рисового відвару». Діагностована холера. Яке дослідження слід вважати першочерговим?

- A. *Взяття крові на гемокультуру.*
B. *Клінічний аналіз крові.*
C. *Бактеріологічне дослідження калу.*
D. *Копроцитологічне дослідження.*
E. *Клінічний аналіз сечі.*

9. Чотиримісячна дитина, що знаходиться на штучному вигодовуванні, надійшла до лікарні зі скаргами (зі слів батьків) на підвищення температури тіла до 38,8 °С, млявість, відмову від їжі, блювання 1–2 рази на добу. При огляді: метеоризм, водянисті випорожнення з домішками прозорого слизу. Поставте діагноз.

- A. *Холера.* C. *Кишковий ієрсиніоз.* E. *Ешерихіоз.*
B. *Сальмонельоз.* D. *Шигельоз.*

10. У дитини 3 міс після декількох днів занепокоєння, анорексії, підвищення температури до 37,6 °С з'явилися жовтяниця, гепатоспленомегалія, насиченого кольору сеча, знебарвлення калу. У віці 1 міс були гемотрансфузії. Поставте діагноз.

- A. *Кон'югаційна жовтяниця.* D. *Вірусний гепатит А.*
B. *Вірусний гепатит В.* E. *Атрезія жовчних шляхів.*
C. *Гемолітична анемія.*

11. У хворого 7 років підвищилася температура тіла до 39,5 °С з'явився озноб, виник сухий надсадний кашель, головний біль переважно в лобовій ділянці, виражений біль при русі очних яблук. При огляді: шкіра обличчя і слизова кон'юнктиви гіперемовані. На м'якому піднебінні – зерниста енантема, місцями точкові крововиливи. Поставте діагноз.

- A. *Грип.* C. *Черевний тиф.* E. *Ентеровірусна інфекція.*
B. *Висипний тиф.* D. *Гарячка Ку.*

12. Хлопчик 10 років занедужав гостро: підвищилася температура тіла до 37,5 °С, з'явилися водянисті випорожнення у вигляді "рисового відвару" до 18 разів на добу, п'ятиразове блювання, розвився ексікоз. Температура на другий день нормальна. З'явилися запаморочення, м'язова слабкість, судорожні посмикування. Поставте діагноз.

- A. Холера. C. Сальмонельоз. E. Ієрсиніоз.
B. Ешерихіоз. D. Ротавірусний гастроентерит.*

13. Дитину 5 років непокоїть нападаподібний кашель із репризами. Під час приступу кашлю обличчя хворого червоніє, шийні вени набухають. Рентгенологічно - підвищення прозорості легеневих полів, посилення бронхіального малюнка. Аналіз крові: лейк. – $16 \times 10^9/\text{л}$, лімф. – 72%, ШОЕ – 4 мм/год. Поставте діагноз.

- A. Кашлюк.
B. Аденовірусна інфекція.
C. Парагрип із синдромом крупу.
D. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.
E. Стороннє тіло в дихальних шляхах.*

14. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику тяжкої форми дифтерії ротоглотки?

- A. Інфекційний мононуклеоз. D. Позаглотковий абсцес.
B. Паратонзиліт. E. Всі відповіді вірні.
C. Епідемічний паротит.*

15. Вкажіть, яка головна діагностична ознака краснухи?

- A. Контакт з хворими на краснуху.
B. Наявність енантеми на слизовій твердого піднебіння.
C. Дрібноплямисті висипання слабко-рожевого кольору з переважною локалізацією на розгинальних поверхнях кінцівок, спині та сідницях.
D. Збільшення лімфовузлів різної локалізації, особливо потиличних лімфатичних вузлів.
E. Всі відповіді вірні.*

16. Вкажіть патогномонічний симптом в катаральному періоді кору.

- A. Плями Бельського-Філатова-Копліка.
B. Збільшення потиличних лімфатичних вузлів.
C. Симптом щипка.
D. Симптом Пастіа.
E. Симптом Кончаловського-Румпель-Леєде.*

17. Вкажіть, які органи та системи пошкоджуються при паротитній інфекції?

- A. Навколоушні та підщелепні слинні залози, підшлункова залоза.
B. ЦНС (менінгіт, менінгоенцефаліт).
C. Статеві органи (яєчка, яєчники).
D. Суглоби, нирки, серце, печінка (поліартрити, нефрити, міокардити, гепатити).
E. Всі відповіді вірні.*

18. У дитини 5 років хвороба почалася гостро: підвищення температури тіла до 38,1 °С, кашель, світлобоязнь. На 5-у добу на шкірі обличчя, шиї і за вухами з'явилася плямисто-папульозна висипка, що наступного дня поширилася на тулуб. Поставте діагноз.

A. Краснуха.

D. Аденовірусна інфекція.

B. Інфекційний мононуклеоз.

E. Скарлатина.

C. Кір.

19. У хлопчика 1,5 років підвищилася температура до 37,5 °С, з'явився кашель. За добу голос осипнув, кашель підсилюється. На 4-й день хвороби стан погіршився: з'явилось гучне, часте дихання з втягненням податливих місць грудної клітки. Голос став афонічним. Шкірні покриви ціанотичні, вологі, липкі. Поставте діагноз.

A. Дифтерійний круп.

D. Стороннє тіло гортані.

B. Заглотковий абсцес.

E. Папіломатоз гортані.

C. Вірусний круп.

20. Дванадцятирічному хворому на дифтерію мигдаликів проведено лікування протидифтерійною сироваткою. Через 7 днів підвищилася температура тіла до 37,5 °С, на шкірі сідниць, навколо суглобів з'явилось великоплямисте, свербляче висипання. З якою хворобою пов'язане висипання?

A. Еритема Чамера.

C. Кір.

E. Краснуха.

B. Сироваткова хвороба.

D. Еритема Розенберга.

21. У 5-річної дитини з дитсадка виявлена дифтерія ротоглотки. У двох осіб, які контактували, титр протидифтерійного антитоксину нижче захисного. Яка дія в осередку буде найбільш обґрунтованою?

A. Уведення протидифтерійної сироватки.

B. Призначення антибіотика внутрішньо.

C. Уведення гама-глобуліну в/м.

D. Уведення АДП вакцини за епідоказаннями.

E. Уведення антибіотика внутрішньом'язово.

22. Дитина 12 років хворіє протягом тижня. Скарги на рідкі випорожнення, лихоманку, біль у суглобах. Об'єктивно – жовтушний відтінок шкіри. Печінка збільшена до 2 см, помірно болюча. Попередній діагноз: кишковий ієрсиніоз. З яким із захворювань треба провести диференційний діагноз?

A. Вірусний гепатит А.

D. Цитомегаловірусна інфекція.

B. Ентеровірусна інфекція.

E. Всі відповіді вірні.

C. Аденовірусна інфекція.

23. Які особливості збудника кишкового ієрсиніозу?

A. Нечутливі до дезінфікуючих засобів.

B. Розмножуються при низьких температурах.

C. Не гинуть при кип'ятінні.

D. Нечутливі до ультрафіолетового випромінювання.

E. Утворюють спори та капсули.

24. Дитина 5 років захворіла 3 доби тому, коли підвищилася температура до 39,2 °С, з'явився біль у горлі, закладеність носа, збільшилися лімфовузли шії. При огляді: в лакунах мигдаликів нашарування. При проведенні клінічного аналізу крові виявлено 12% атипових мононуклеарів. Поставте діагноз.

A. Кір.

D. Ентеровірусна інфекція.

B. Інфекційний мононуклеоз.

E. Дифтерія ротоглотки.

C. Аденовірусна інфекція.

25. Дівчинка 11 років занедужала гостро: температура тіла 39,4 °С, утруднене носове дихання, голос гугнявий, на шкірі обличчя та тулуба плямисто-папульозна висипка, на мигдаликах нашарування біло-жовтого кольору, гепатоспленомегалія. Поставте діагноз.

A. Лакунарна ангіна.

D. Хвороба Ходжкіна.

B. Дифтерія ротоглотки.

E. Інфекційний мононуклеоз.

C. Вірусний гепатит.

26. Батьки 18-місячного хлопчика скаржаться, що у нього підвищена температура тіла до 37,8 °С, випорожнення водянисті. При огляді: з носа виділяється серозний слиз, слизова оболонка правого повіка з плівчастим нашаруванням, яке не поширюється за краї кон'юнктиви, помірне збільшення лімфовузлів шії, печінка та селезінка не збільшені. Старший брат хворіє на аденовірусну інфекцію. Поставте діагноз.

A. Інфекційний мононуклеоз.

D. Дифтерія ока.

B. Аденовірусна інфекція.

E. Кір.

C. Ротавірусна інфекція.

27. Дівчинка 13 років скаржиться на гарячку, головний біль, різку слабкість, безсоння. Хворіє 8-й день. При огляді: температура – 38,8 °С, пульс – 86/хв, АТ – 90/60 мм рт. ст. На шкірі живота поодинокі роzeоли. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт м'який, визначається притуплення перкуторного звуку в ілеоцекальній ділянці. Гепатоспленомегалія. Поставте діагноз.

A. Висипний тиф.

C. Сепсис.

E. Менінгококцемія.

B. Черевний тиф.

D. Грип.

28. У хворого на 4-й день гарячки, головного болю, запаморочення з'явилася роzeольозно-петехіальна екзантема з переважною локалізацією на шкірі бокових поверхонь тулуба та згинальних поверхонь рук. При огляді – обличчя червоне, ін'єкція судин кон'юнктиви, петехії на перехідній складці кон'юнктиви. Поставте діагноз.

A. Висипний тиф.

D. Лептоспіроз.

B. Черевний тиф.

E. Кримська геморрагічна гарячка.

C. Грип.

29. Дитина 8 років захворіла гостро: підвищення температура тіла до 38,5 °С, катаральні явища ротоглотки, біль у ногах, потім руках та хребті. При огляді: симптоми "триніжка", "поцілунку колін" та Брудзинського позитивні. Сухожильні рефлексни знижені, спостерігаються м'язові спазми. Больова та тактильна чутливість збережена. Поставте діагноз.

- A. ГРІ. C. Гнійний менингіт. E. Нейрополірадикулопатія.
B. Поліомієліт. D. Серозний менингіт.

30. Який із перелічених результатів ІФА свідчить про те, що людина хворіла на гепатит В?

	Інкубаційний період	Гострий період	Реконвалесценції	Через рік
A. HBs Ag	+	±	-	-
B. HBe Ag	-	+	±	-
C. Anti HBs IgM	-	±	+	-
D. Anti HBe	-	-	+	±
E. Anti HBs IgG	-	-	+	+

31. Який діагностичний титр за РНГА при шигельозі?

- A. 1:50. B. 1:100. C. 1:200. D. 1:400. E. 1:800.

32. Трирічний хлопчик з осередку шигельозу захворів гостро: підвищилася температура тіла до 39,5 °С, з'явилися повторне блювання, водянисті випороження з домішками слизу та крові, біль у лівій половині живота. При огляді: шкірні покриви сухі, бліді, язик із білим нашаруванням, печінка та селезінка не збільшені. Поставте діагноз.

- A. Амебіаз. C. Ешерихіоз. E. Неспецифічний виразковий коліт.
B. Шигельоз. D. Іерсиніоз.

33. Вкажіть найбільш небезпечне джерело інфекції при тифо-паратифозних захворюваннях.

- A. Хворі на тяжкі форми тифо-паратифозних захворювань.
B. Здорові бактеріоносії.
C. Хворі на легкі форми тифо-паратифозних захворювань.
D. Бактеріоносії-реконвалесценти.
E. Особи, що контактували.

34. Вкажіть найбільш поширений шлях передачі дифтерійної інфекції.

- A. Повітряно-краплинний. C. Трансмисивний. E. Харчовий.
B. Контактно-побутовий. D. Водяний.

35. Який найпоширеніший шлях передачі сальмонельозної інфекції у дітей організованих колективів?

- A. Повітряно-краплинний. C. Трансмисивний. E. Харчовий.
B. Контактно-побутовий. D. Водяний.

36. Вкажіть найбільш поширений шлях передачі шигельозу у дітей раннього віку.

- A. Повітряно-краплинний. C. Трансмісивний. E. Харчовий.
B. Контактно-побутовий. D. Водяний.*

37. Вкажіть резервуар збудника псевдотуберкульозу.

- A. Дикі птахи. C. Лисиці. E. Домашні птахи.
B. Гризуни. D. Воші.*

38. Учень першого класу 2,5 тижні тому контактував із хворим на вірусний гепатит А. Протягом двох днів скаржитья на слабкість, нудоту, блювання. При огляді: склери слабко-жовтяничні, збільшення печінки до 1 см. Проведено ІФА дослідження крові. Який показник ІФА свідчить про захворювання на ВГА?

- A. HBsAg (-). C. Anti-HAV IgM (+). E. Anti-HAV IgG (-).
B. Anti-HBc IgM (-). D. HBeAg (-).*

39. П'ятнадцятирічний хворий занедужав раптово: підвищилася температура тіла до 39,2 °С, з'явилися головний біль, біль у м'язах, особливо литкових. При огляді: склери жовтяничні, на шкірі тулуба – геморагічне висипання. Сеча кров'яниста. Два тижні тому їздив на риболовлю. Поставте діагноз.

- A. Трихинельоз. C. Бруцельоз. E. Псевдотуберкульоз.
B. Лентоспіроз. D. Сальмонельоз.*

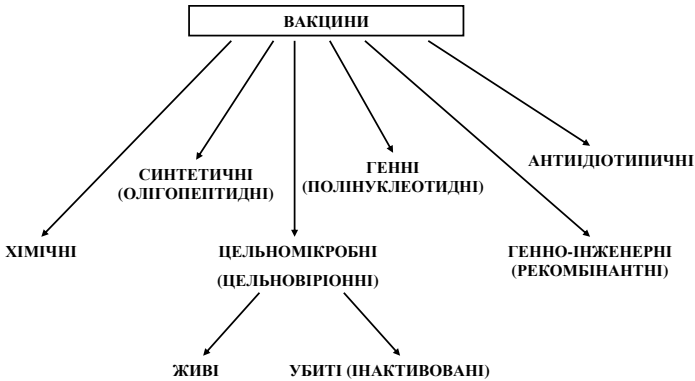
Вірні відповіді

- | | | | | | | | |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 – А. | 6 – А. | 11 – А. | 16 – А. | 21 – D. | 26 – В. | 31 – С. | 36 – В. |
| 2 – В. | 7 – А. | 12 – А. | 17 – Е. | 22 – Е. | 27 – В. | 32 – В. | 37 – В. |
| 3 – А. | 8 – С. | 13 – А. | 18 – С. | 23 – В. | 28 – А. | 33 – С. | 38 – С. |
| 4 – D. | 9 – Е. | 14 – Е. | 19 – А. | 24 – В. | 29 – D. | 34 – А. | 39 – В. |
| 5 – С. | 10 – В. | 15 – Е. | 20 – В. | 25 – Е. | 30 – Е. | 35 – Е. | |

ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ (ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ)

Вакцини, післявакцинальні реакції, вакцинальний імунітет

Вакцини – це препарати, які виготовляють із мікроорганізмів, їх антигенів і токсинів. Розрізняють моно- та полікомпонентні вакцини. В сучасних умовах відомі 6 типів вакцин:



Живі вакцини виготовляють на основі атенуйованих штамів мікроорганізмів зі стійко закріпленою авірулентністю (вакцини проти поліомієліту – ОПВ, кору, проти паротиту, краснухи, вітряної віспи та ін.), а також вакцини, які містять перехресно реагуючі живі мікроорганізми, що імунологічно пов'язані зі збудником хвороби (БЦЖ).

Убиті (інактивовані) вакцини отримують шляхом дії хімічних речовин та/або фізичних факторів на віруси та мікроорганізми (збудники відповідних інфекційних хвороб), при цьому вони втрачають патогенну, вірулентну дію, але зберігають властивості імуногенів. До них належать вакцини проти поліомієліту – ІПВ, проти вірусного гепатиту А, кашлюку та ін.

Хімічні вакцини містять певні компоненти мікроорганізмів або продукти їх життєдіяльності, що мають протективні антигенні властивості (ацелюлярна протикашлюкова вакцина, вакцини проти менінгококової та гемофільної інфекції). Хімічні вірусні (субодиничні) вакцини містять окремі білки (наприклад, вакцина проти грипу має два серотипи гемаглютиніну та нейромінідазу вірусів роду А та В).

Генно-інженерні вакцини – імунобіологічні препарати, при створенні яких у геном живих атенуйованих мікроорганізмів вживляють ген, що відповідає за синтез протективного антигену збудника, проти якого розробляють вакцину. Наприклад, вакцини проти вірусного гепатиту В, ротавірусної інфекції.

Синтетичні олігопептидні вакцини виготовляють шляхом синтезу пептидних послідовностей, що утворюють епітопи, які розпізнаються нейтралізуючими антитілами. До них належать вакцини проти вірусного гепатиту В. Нині ці препарати перебувають у стадії розробки, вони є перспективними з тієї точки зору, що дають можливість з'єднати декілька епітопів різної специфічності й внести до такого комплексу необхідну ад'ювантну сполуку.

Генні вакцини – це імунобіологічні препарати, в основі отримання яких лежить використання ДНК-плазмідних векторів та матричних РНК. Нині у стадії розробки знаходяться вакцини проти грипу, туберкульозу, СНІДу, малярії.

Антиідіотипові вакцини створюють методом, який базується на близькій структурній схожості між детермінантою антигену та активним центром антиідіотипового антитіла. Ці препарати зараз знаходяться у стадії розробки.

До інноваційних ІБП можна віднести вакцину проти вітряної віспи, вона є профілактичним засобом не тільки проти вітряної віспи, а й проти її віддалених наслідків – оперізувального герпесу, який може проявлятися в осіб більш старшого віку як результат активації персистуючого вірусу VZ.

У зв'язку з реєстрацією грипу, обумовленого вірусом H5N1, актуальною є розробка та виробництво вакцини проти пандемічного грипу, викликаного вірусом грипу А (H5N1). В умовах практики проводять клінічні випробовування схем застосування даної вакцини.

Після введення ІБП в організмі виникають клінічні та лабораторні ознаки функціональних змін або нестійкі патофізіологічні реакції. Вони характеризуються стереотипним проявом для певної вакцини.

Слід мати на увазі, що ареактивних вакцин не існує та вакцинація не є далеко індиферентним втручанням, тому що введення в організм будь-якої вакцини викликає низку тісно пов'язаних між собою реакцій. Відомий вакцинолог проф. П.Ф. Здродовський вказував, що щеплення проти інфекції є для дитини "серйозною біологічною операцією".

Вакцинальні та поствакцинальні реакції підрозділяються на такі:

1. Звичайні (фазові, циклічні):

а) місцеві; б) загальні.

2. Незвичайні, патологічні реакції або ускладнення:

а) місцеві (інфільтрати більше 2 см, абсцес, флегмона);

б) загальні (сильні та надзвичайно сильні):

- алергічні висипання, набряк;
- з гіпертермією та інтоксикацією;
- з ураженням ЦНС (енцефаліт поствакцинальний), енцефалопатія;
- з ураженням внутрішніх органів (нирки, серце та ін.);
- реакція гіперчутливості негайного типу (анафілактичний шок).

3. Патологічні процеси внаслідок провокуючої дії щеплення щодо інтеркурентної інфекції (перший прояв або загострення хронічної, оживлення латентної інфекції).

4. Поєднаний перебіг вакцинального процесу та інтеркурентного захворювання.

5. Психічна травма.

Таким чином, розрізняють місцеву та загальну вакцинальну реакцію. Місцева реакція з'являється на місці введення ІБП у вигляді реактивної гіперемії. Найбільш частими ознаками загальної реакції є нездужання та підвищення температури тіла (вони позначені в інструкції до ІБП), іноді виникають симптоми відповідної інфекції.

Коди і строки клінічних проявів поствакцинальних реакцій та поствакцинальних ускладнень визначають згідно з "Інструкцією щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів" (з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.).

Вакцинальні реакції, як правило, короткотривалі, найчастіше клінічно не визначаються та закінчуються благополучно.

Імунітет після щеплення іноді поступається природному активному імунітету (набутому після хвороби) та зберігається протягом більш короткого терміну. Цей недолік відшкодовується ревакцинацією – повторним введенням вакцини або анатоксину з метою підтримки напруженості імунітету на захисному рівні. Критерії оцінки імунітету проти деяких інфекційних хвороб відбиті у *Додатку 1*.

Доречно підкреслити, що для попередження незвичайних післявакцинальних реакцій або ускладнень та для посилення ефективності щеплень має значення повноцінність антигену, виконання правил його зберігання, правильна техніка імунізації. Дуже важливо, щоб дитина була здоровою, при цьому не тільки безпосередньо перед вакцинацією, але й до неї. Тому при складанні плану проведення профілактичних щеплень та безпосередньо перед вакцинацією необхідно враховувати стан здоров'я (*див. Календар щеплень*), а також протипоказання (постійні та тимчасові, у тому числі й медичні відводи). Доречно зауважити, що профілактичні щеплення дітей за станом здоров'я (у тому числі з проявами алергічної реактивності) доцільно використовувати шадні методи: 1) щеплення на фоні премедикації, 2) імунізація моновакцинами (роздільне введення ІБП).

Завдяки виконанню систематичних програм з імунопрофілактики на земній кулі ліквідована натуральна віспа, відбулося значне скорочення поширеності інфекційних хвороб, була припинена циркуляція «дикого» поліовірусу в 1999 р. в Європейському регіоні ВООЗ, у 2003 р. Україна сертифікована як країна, вільна від «дикого» вірусу поліомієліту і захворювання на поліомієліт.

Календар щеплень в Україні

1. Профілактика інфекційних захворювань засобами імунопрофілактики (профілактичні щеплення, вакцинація)

Планова імунопрофілактика населення України передбачає дотримання строків та схем, сукупність яких складає національний календар щеплень. Сучасний вітчизняний календар щеплень, який затверджено наказом МОЗ України № 595 від 16.09.11 р., має чотири розділи: 1. Щеплення за віком. 2. Щеплення за станом здоров'я. 3. Щеплення, які проводять на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями. 4. Рекомендовані щеплення.

Календар профілактичних щеплень в Україні (обов'язкові щеплення)

Вік	Щеплення проти				
1 день		Гепатиту В ²			
3–5 днів	Туберкульозу ¹				
1 міс		Гепатиту В ²			
3 міс			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемofilьної інфекції ⁵
4 міс			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемofilьної інфекції ⁵
5 міс			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	
6 міс		Гепатиту В ²			
12 міс					Кору, краснухи, паротиту ⁶
18 міс			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемofilьної інфекції ⁵
6 років			Дифтерії, правця ³	Поліомієліту ⁴	Кору, краснухи, паротиту ⁶
7 років	Туберкульозу ¹				
14 років			Дифтерії, правця ³	Поліомієліту ⁴	
18 років			Дифтерії, правця ³		
23 роки			Дифтерії ³		
28 років			Дифтерії, правця ³ (надалі – кожні 10 років)		

Примітки:

¹ Щепленню підлягають усі новонароджені, що не мають до цього протипоказань. Вакцинація проводиться на 3–5-у добу життя дитини (не раніше 48-ї години після народження). Для вакцинації недоношених дітей із масою тіла ≥ 2000 г необхідно застосовувати вакцину для профілактики туберкульозу зі зменшеним вмістом антигену (далі – БЦЖ-м). Щеплення для профілактики туберкульозу не проводять в один день з іншими щепленнями та іншими парентеральними маніпуляціями. Діти, які не були щеплені в пологовому стаціонарі, підлягають обов'язковій вакцинації

в закладах охорони здоров'я. Якщо дитина не щеплена в пологовому стаціонарі через медичні протипоказання, щеплення проводять для профілактики туберкульозу (далі – БЦЖ).

Дітям, яким не виповнилося два місяці, щеплення проти туберкульозу проводиться без попередньої проби Манту. Після двомісячного віку перед виконанням щеплення БЦЖ дитині слід провести пробу Манту. Щеплення проводиться при негативному результаті проби. З метою раннього виявлення туберкульозу проба Манту з двома туберкуліновими одиницями туберкуліну застосовується для всіх дітей з 12-місячного віку систематично раз на рік незалежно від попереднього результату. Ревакцинації проти туберкульозу підлягають діти у віці 7 років із негативним результатом проби Манту. Ревакцинація проводиться вакциною БЦЖ. У зв'язку з тим, що профілактичні щеплення можуть вплинути на чутливість до туберкуліну, при проведенні туберкулінодіагностики за віком її необхідно планувати до проведення профілактичних щеплень. У разі якщо з тих або інших причин пробу Манту проводять після проведення профілактичних щеплень, туберкулінодіагностика повинна здійснюватись не раніше ніж через один місяць після щеплення.

² Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені. Для вакцинації дітей проти гепатиту В використовується схема: 0 (перша доба) – 1–6 міс життя дитини.

Новонародженим із масою тіла менше 2 000 г, що народилися від HBsAg позитивних матерів, вакцинація проводиться обов'язково при народженні за схемою 0-1-2-7 (0 – перша доба життя, дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та другим щепленнями – 1 міс, другим та третім щепленнями – 1 міс, третім та четвертими щепленнями – 5 міс).

Особливості вакцинації проти гепатиту В дітей, що не отримали щеплення за віком, наведені вище.

³ Щеплення для профілактики дифтерії, правця та кашлюку проводиться за віком у 3 міс (перше щеплення), 4 міс (друге щеплення), 5 міс (третє щеплення) та 18 міс (четверте щеплення).

Інтервал між першим і другим, другим і третім щепленнями вакциною проти кашлюку, дифтерії, правця становить щонайменше 1 міс. Інтервал між третім і четвертим щепленнями повинен становити не менше 12 міс.

Для вакцинації дітей проти кашлюку на першому році життя можуть використовуватися вакцини як з ацелюлярним (далі – АаКДП), так і з цілісноклітинним (далі – АКДП) кашлюковим компонентом.

Перенесений кашлюк в анамнезі не є протипоказанням до вакцинації проти даної хвороби. Вакцинація проти кашлюку проводиться дітям до 6 років 11 міс 29 днів.

Ревакцинацію проти дифтерії та правця в 6 років проводять анатоксином дифтерійно-правцевим (далі – АДП), наступну в 14 та у 18 років – анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (далі – АДП-М).

Першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідпоказаннями, які раніше були щеплені, проводять АДП-М з інтервалом 5 років після останнього щеплення. Подальші планові ревакцинації дорослих проводяться АДП-М з мінімальним інтервалом 10 років від попереднього щеплення АДП-М.

Особливості вакцинації дітей проти кашлюку, дифтерії та правця, що не отримали щеплення за віком, наведені вище.

⁴Інактивована вакцина для профілактики поліомієліту (далі – ІПВ) застосовується для перших двох щеплень, а при протипоказаннях до введення оральної поліомієлітної вакцини (далі – ОПВ) – для всіх наступних щеплень за цим Календарем.

Вакцина ОПВ застосовується для 3–6-го щеплень (щеплення за віком – 5 міс, 18 міс, 6 років та 14 років) за відсутності протипоказань до ОПВ.

Вакцина ІПВ може бути застосована для 3–6-го щеплень як окремо, так і у складі комбінованих вакцин.

Дітям, які перебувають у сімейному оточенні з ВІЛ-інфікованими або з особами, котрим протипоказано введення ОПВ, щеплення проводиться виключно ІПВ-вакциною.

Особливості вакцинації дітей проти поліомієліту, що не отримали щеплення за віком, наведені вище.

Після щеплення ОПВ пропонується обмежити ін'єкції, планові операції протягом 40 днів, виключити контакт з особами, котрим протипоказано введення ОПВ.

⁵Вакцинація дітей для профілактики інфекції, викликаної паличкою *Haemophilus influenzae* тип b (далі – Ніб-вакцина), може проводитись моновакцинами та комбінованими вакцинами, що містять Ніб-компонент. При використанні Ніб-вакцини для первинної вакцинації необхідно надавати перевагу комбінованим вакцинам з Ніб-компонентом.

Щеплення для профілактики інфекції, викликаної паличкою *Haemophilus influenzae* тип b, слід проводити за схемою 3-4-18 міс.

Вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться дітям до 4 років 11 міс 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться лише особам із групи ризику.

Особливості вакцинації для профілактики інфекції, викликаної паличкою *Haemophilus influenzae* тип b, дітей, що не отримали щеплення за віком, наведені вище.

⁶ Вакцинація для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи проводиться у віці 12 міс. Друге щеплення – у віці 6 років.

Дітям, що не були вакциновані проти кору, паротиту чи краснухи за віком у 12 міс та в 6 років, щеплення можна починати у будь-якому віці до 18 років. У цьому разі дитина має отримати 2 дози з дотриманням між дозами мінімального інтервалу.

Перенесене захворювання на кір, епідемічний паротит чи краснуху не є протипоказанням до щеплення.

Особливості вакцинації дітей проти кору, епідемічного паротиту, краснухи з порушенням цього Календаря наведені вище.

Вакцинація проти кору, епідемічного паротиту, краснухи осіб старше 18 років, що не отримали щеплення за віком, наведена у Календарі.

Не слід спочатку розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів між дозами відповідно до Календаря.

Щеплення дітей з порушенням Календаря

1. При вирішенні питання про щеплення дітей з порушенням цього Календаря необхідно планувати вакцинацію з дотриманням таких мінімальних інтервалів:

1.1. Не слід спочатку розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів.

1.2. Мінімальний інтервал – інтервал, який допускається до введення вакцини проти однієї і тієї ж інфекції особам з порушенням цього Календаря. Введена чергова доза вакцини з меншим, ніж мінімальний, інтервалом не зараховується. При виборі схеми вакцинації необхідно керуватися інструкцією виробника про застосування вакцини.

Вакцини	Мінімальний інтервал між дозами		
	1–2-а дози	2–3-я дози	3–4-а дози
Для дітей віком від 3 міс до 6 років 11 міс 29 днів			
АКДП ¹ , АакДП ¹	1 міс	1 міс	6 міс
АДП	1 міс	9 міс	
Проти поліомієліту ²	1 міс	1 міс	6 міс
Проти гепатиту В ³	1 міс	1 міс	
Проти кору, паротиту, краснухи ⁴	1 міс		
Ніб-вакцина ⁵	1 міс; 2-а доза не вводиться; якщо першу дозу введено у віці від 12 міс до 4 років 11 міс 29 днів	3-я доза вводиться за віком у 18 міс життя; 3-я доза не вводиться; якщо другу дозу введено у віці від 12 міс до 4 років 11 міс 29 днів	

Вакцини	Мінімальний інтервал між дозами		
	1–2-а дози	2–3-я дози	3–4-а дози
Для дітей віком від 7 до 17 років 11 міс 29 днів			
АДП-М ⁶	1 міс	6–9 міс	
Проти кору, паротиту, краснухи	1 міс		
Проти гепатиту В ³	1 міс	1 міс	
Проти поліомієліту ²	1 міс	1 міс	6 міс

Примітки:

¹ Вакцина АаКДП та АКДП використовується для щеплення дітей до 6 років 11 міс 29 днів.

Якщо дитина не була щеплена відповідно до Календаря за віком до 6 років 11 місяців 29 днів, для профілактики кашлюку можна застосовувати вакцини як із цілісноклітинним, так і з ацелюлярним кашлюковим компонентом за схемою, яка наведена у таблиці. Щеплення дітей до 7 років з порушенням цього Календаря призначаються лікарем з такого розрахунку, щоб дитина встигла одержати чотириразове щеплення проти кашлюку до 6 років 11 міс 29 днів. У разі неможливості отримати 4 дози вакцини проти кашлюку дитиною до 6 років 11 міс 29 днів вводять стільки доз, скільки дитина встигне отримати до виповнення їй вказаного віку.

² Якщо остання доза вакцинального комплексу (перша ревакцинація) збігається з віком проведення ревакцинації у 6 або 14 років, перша ревакцинація зараховується як ревакцинація за віком у 6 або в 14 років.

Щеплення дітей з порушенням цього Календаря призначаються лікарем з такого розрахунку, щоб дитина встигла одержати чотириразове щеплення проти поліомієліту до 17 років 11 міс 29 днів. У разі неможливості отримати 4 дози вакцини проти поліомієліту дитиною до 17 років 11 міс 29 днів вводять стільки доз, скільки дитина встигне отримати до виповнення їй вказаного віку.

Особам старше 18 років вакцинація проводиться за епідемічними показаннями.

³ Якщо дитина не отримала першу дозу вакцини проти гепатиту В у пологовому стаціонарі або родопомічному закладі, вакцинація проводиться в амбулаторних закладах охорони здоров'я в будь-якому віці (лише для дітей, народжених починаючи з 2002 року).

Якщо вакцинація розпочинається пізніше 3 міс життя дитини з використанням комбінованих вакцин, до складу яких входить вакцина проти гепатиту В, щеплення плануються з урахуванням мінімального інтервалу між дозами. Вакцинація проти гепатиту В вважається завершеною при отриманні особою щонайменше трьох щеплень.

Діти, які не були раніше щеплені проти гепатиту В, підлягають вакцинації у віці 14 років.

⁴ Дітям, що не були вакциновані проти кору, паротиту чи краснухи за віком у 12 міс та в 6 років, щеплення починають у будь-якому віці до 18 років, дитина має отримати дві дози з дотриманням між ними мінімального інтервалу введення.

Введення другої дози вакцини для профілактики кору, паротиту, краснухи (далі – КПК) передбачене за віком у 6 років. Якщо перша доза вакцини КПК вводиться менше ніж за 1 міс до 6 років, друга доза вакцини вводиться не раніше ніж через 1 міс.

⁵ Вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться дітям до 4 років 11 міс 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться лише особам з групи ризику (*див. вище*).

⁶ Дітям старше 7 років та дорослим, які раніше не були щеплені або не мають даних щодо вакцинації, проводять щеплення АДП-М триразово (інтервал між першим і другим щепленнями має становити 30–45 днів, між другим і третім – 6–12 міс). Ревакцинація дітей у віці 15–18 років, які отримують щеплення поза цим Календарем, здійснюється з мінімальним інтервалом 3 роки після останнього щеплення для профілактики дифтерії та правця.

2. При плануванні щеплень із застосуванням окремих вакцин або анатоксинів для профілактики різних інфекційних хвороб необхідно дотримуватися таких особливостей:

Поєднання препаратів для щеплення	Можливе поєднання
2 інактивовані вакцини та/або анатоксинів	Вакцини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з будь-яким інтервалом між введенням доз ¹
Живі вакцини + інактивовані вакцини або анатоксини	
2 живі вакцини для парентерального введення (крім БЦЖ) ²	Вакцини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з інтервалом не менше 1 міс
Комбінація вакцини БЦЖ з іншими вакцинами	Щеплення вакциною БЦЖ не проводять в один день з іншими вакцинами. Інші профілактичні щеплення можуть бути здійснені з інтервалом не менше 1 міс до або після щеплення вакциною БЦЖ (крім вакцинації проти гепатиту В)

Примітки:

¹ Відповідно до інструкції про застосування вакцин та/або анатоксинів.

² За потреби лікар має право ввести всі вакцини, анатоксини, що показані за Календарем (крім БЦЖ), за одне відвідування закладу охорони здоров'я, проводячи ін'єкції у різні ділянки тіла за умов, що це не суперечить інструкції про застосування конкретної вакцини. В іншому випадку лікар планує такі щеплення з урахуванням мінімальних інтервалів між введенням вакцин, анатоксинів.

Щеплення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей

Визначення ситуації	Вакцини	Проведення щеплень
Дитина народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю (Z20.6; R75) – ВІЛ-статус дитини не визначено	ОПВ ¹ , БЦЖ, кір, епідпаротит, краснуха	Не щеплювати до уточнення ВІЛ-статусу
	Інактивовані вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Безсимптомне носійство ВІЛ (Z21) або клінічні стадії I та II ² за відсутності імуносупресії або з легкою імуносупресією ³	ОПВ ¹ , БЦЖ, КПК	Не проводиться
	Інші вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Клінічні стадії III та IV з середньо-важкою та важкою імуносупресією ³	Вакцинація не проводиться	

Примітки:

¹ Вакцинація ОПВ замінюється на ІПВ протягом періоду щеплення за цим Календарем. ОПВ не призначається членам сім'ї ВІЛ-інфікованого, особам, що доглядають за ним.

² Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції у дітей (ВООЗ, 2005 рік).

³ Імунологічні категорії ВІЛ-інфекції у дітей.

Імунний статус (визначення CD4 + лімфоцитів)	Вік		
	до 12 міс	13–59 міс	5 років або старше
Немає істотної імуносупресії	35%	25%	500/мм ³
Легка імуносупресія	25–34 %	20–24 %	350–499/мм ³
Середньоважка імуносупресія	20–24%	15–19 %	200–349/мм ³
Важка імуносупресія	<20 %	<15 %	<200/мм ³

Примітки:

¹ При проведенні щеплень необхідно призначити вітаміни, що містять вітамін А.

² Щеплення проводяться в амбулаторно-поліклінічних або стаціонарних умовах.

³ Пасивна імунопрофілактика препаратами імуноглобулінів осіб із ВІЛ/СНІДом проводиться за епідемічними показаннями обов'язково незалежно від попередньо проведеної активної імунопрофілактики.

⁴ Особи з ВІЛ-інфекцією підлягають обов'язковому додатковому щепленню, що передбачено в главі 4 цього розділу.

2. Щеплення за станом здоров'я

Щеплення за станом здоров'я є обов'язковими в медичному супроводі пацієнтів із високим ризиком виникнення та тяжким перебігом інфекції, щеплення для профілактики якої не передбачені розділом 1.

Схема щеплення осіб за станом здоров'я

Щеплення проти	Схема щеплення	Показання	Примітка
Грипу	Щорічно. Дозволена для щеплення дітям з 6-місячного віку	ВІЛ-інфекція	Відповідно до розділу 3
		Цукровий діабет	
		Первинні імунodefіцити (сективний дефіцит IgA, дефіцит субкласів IgG, транзиторна гіпогаммаглобулінемія, дефіцити системи фагоцитозу, дефіцити системи комплементу)	
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Бронхіальна астма	
		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, кардіоміопатія)	
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі – серпоподібноклітинна анемія)	
		Трансплантація кісткового мозку	Щеплення проводиться не раніше ніж через 6 міс після трансплантації
Пацієнти, що тривало утримують ацетилсаліцилову кислоту	Щеплення проводиться не раніше ніж через 4 тиж після припинення імуносупресивної терапії (хіміотерапії) та при збільшенні гранулоцитів та лімфоцитів у периферичній крові $> 1\ 000$ клітин/мкл ($> 1,0 \times 10^9/\text{л}$)		
Пневмококової інфекції	Щеплення кон'югованою вакциною або некон'югованою полісахаридною вакциною проводяться відповідно до інструкції про використання вакцин	ВІЛ-інфекція	Відповідно до розділу 3
		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Первинні імунodefіцити – дефіцит системи комплементу (ранніх білків – C1, C4, C2, C3), селективний дефіцит IgA	
		Бронхіальна астма	Щеплення проводять при контрольованому перебігу захворювання
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібно-клітинна анемія)	Щеплення проводиться за 2 тиж до планової спленектомії. Інакше – якомога швидше після спленектомії

Щеплення проти	Схема щеплення	Показання	Примітка
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Назальна лікворея	
		Цукровий діабет типу 1	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Туберкульоз (інфіковані мікобактерією туберкульозу)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, клапанів, кардіоміопатії)	
		Лімфома Множинна мієлома Лейкемія Хвороба Ходжкіна	Щеплення проводиться за 2 тиж до початку імуносупресивної терапії. Інакше – через 3 міс після припинення імуносупресивної терапії
		Імуносупресивна гормональна терапія (відповідно до Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень, затвердженого цим наказом)	Щеплення проводиться за 2 тиж до початку імуносупресивної терапії або після її припинення
Трансплантація кісткового мозку	Оптимальним є проведення щеплення через 12 міс після проведення трансплантації		
Трансплантація органів	Оптимально провести через 6 міс після трансплантації		
Ніб-інфекції	Щеплення проводиться не вакцинованим раніше	Первинні імунодефіцити – дефіцит системи комплементу (ранніх білків – C1, C4, C2, C3), селективний дефіцит IgA	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Лімфома Множинна мієлома Лейкемія	
		Хвороба Ходжкіна	Щеплення проводиться за 2 тиж до початку імуносупресивної терапії. Інакше – через 3 міс після припинення імуносупресивної терапії
		Трансплантація кісткового мозку	Оптимальним є проведення щеплення через 12 міс після проведення трансплантації
		Трансплантація органів	Оптимально провести через 6 міс після трансплантації

Щеплення проти	Схема щеплення	Показання	Примітка
Менінгококової інфекції	Щеплення проводяться полісахаридною вакциною особам старше 24 міс життя одноразово. Щеплення кон'югованою вакциною проводяться дітям віком до 2 років	Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібно-клітинна анемія) Комплемент С1, С4, С2, С3, С5–С9, пропердин, фактор В	
Вітряної віспи	Щеплення проводиться дітям старше 12 міс життя до 12 років одноразово. При щепленні осіб віком 13 років і старше – дворазово з 4-тижневим інтервалом	Хронічна ниркова недостатність, ВІЛ-інфекція	Відповідно до розділу 3
		Трансплантація кісткового мозку	Щеплення проводиться не раніше ніж через 24 міс та за відсутності імуносупресії (збільшення гранулоцитів та лімфоцитів у периферичній крові >1000 клітин/мкл (більше 1,0×10 ⁹ /л)
		Первинні імунodefіцити без ураження Т-клітин	
Гепатиту В	Щеплення проводиться не вакцинованим раніше	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного генезу)	
		Трансплантація органів та тканин	Відповідно до розділу 5
		Діти, що перебувають на гемодіалізі	
		Особи, що отримують багаторазові тривалі переливання донорської крові або її препаратів	
		Особи, що потребують планових оперативних втручань	
Гепатиту А	Щеплення проводиться особам старше 12 міс дворазово з інтервалом у 6 міс	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного генезу)	
		Трансплантація печінки	Оптимально провести щеплення до трансплантації або через 6 міс після трансплантації

Схема вакцинації проти вірусного гепатиту В осіб із злоякісними новоутвореннями, осіб, що перебувають на гемодіалізі та отримують багаторазові тривалі переливання донорської крові або її препаратів

Вакцинація	Термін вакцинації	Примітки
Перша	Розпочинається у будь-якому віці	Щеплення проводиться подвійною дозою вакцини в амбулаторних умовах або в спеціалізованому відділенні, де дитина отримує перший курс лікування, якщо вона не щеплена раніше. Особи HBsAg "+" (позитивні) також підлягають вакцинації
Друга	Через 1 міс після першої вакцинації	
Третя	Через 1 міс після другої вакцинації	
Четверта	Через 4 міс після третьої вакцинації	

3. Рекомендовані щеплення

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Вітряна віспа	Здорові діти, які досягли 12-місячного віку і не хворіли на вітряну віспу; діти при вступі до дитячого дошкільного закладу та школи, які раніше не хворіли на вітряну віспу; працівники охорони здоров'я та освіти, які мають високий ризик інфікування і не хворіли на вітряну віспу
Гепатит А	Персонал установ громадського харчування та підприємств харчової промисловості, який бере участь у приготуванні (виробництві), транспортуванні та реалізації продуктів харчування; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб спеціального призначення (оперативні служби); персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд; особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані; особи, що проживають в ендемічних регіонах щодо гепатиту А; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю гепатиту А; особи, які спілкувалися з хворим на гепатит А в осередках інфекції
Гепатит В	Медичні працівники; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб соціального призначення (оперативні служби) персонал та пацієнти закритих закладів (психіатричних установ тощо); персонал та особи, що перебувають у закладах виконання покарань; персонал сфери послуг, що за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинами людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти тощо), а також особи, які навчаються за цими спеціальностями; спортсмени; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані, особи з венеричними захворюваннями; особи, які часто змінюють сексуальних партнерів; жінки, котрі надають сексуальні послуги; чоловіки, котрі мають статеві стосунки із чоловіками; молоді люди у віці 20–40 років, у першу чергу жінки; хворі на хронічні та онкологічні захворювання, з хронічною печінковою недостатністю; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту В
Грип	Військовослужбовці, будівельники, працівники Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ, медичні працівники тощо; особи, які доглядають хворих на грип удома; діти з 6-місячного віку; особи похилого віку після 60 років; трудові колективи підприємств, установ, організацій; жінки, які, ймовірно, будуть перебувати у стані вагітності під час епідемії грипу; вагітні
Кашлюк	Ревакцинація раніше вакцинованих дітей та дорослих для профілактики кашлюку
Краснуха	Дорослі для профілактики краснухи, ВІЛ-інфіковані (відповідно до розділу 3)
Епідемічний паротит	Дорослі для профілактики епідемічного паротиту, ВІЛ-інфіковані (відповідно до розділу 3)
Кір	Дорослі для профілактики кору, ВІЛ-інфіковані (відповідно до розділу 3)
Пневмококова інфекція	Діти та дорослі для профілактики пневмококової інфекції; діти із закритих колективів; особи похилого віку, особливо які мешкають в інтернатах
Менінгококова інфекція	Діти та дорослі для профілактики менінгокової інфекції

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Папіломавірусна інфекція	Для запобігання виникненню цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2–3-го ступенів та раку шийки матки, піхви, вульви, генітальних кондилом (у чоловіків та жінок) та інших захворювань, що спричиняються вірусом папіломи людини
Ротавірусна інфекція	Для профілактики гастроентеритів, що викликані ротавірусом
Захворювання, для імунопрофілактики якого існує вакцина, зареєстрована в Україні	Особи, які бажають зробити щеплення в лікувально-профілактичних закладах за направленням лікаря

Вакцинацію проводять відповідно до інструкції про застосування вакцини.

4. Щеплення, які проводяться на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями

1. Ендемічна територія – це територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою.

2. Ензоотична територія – територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою, переносником якої є тварина.

3. Епідемічні показання – показання до проведення активної імунопрофілактики, що не передбачено вакцинацією за віком, у разі виникнення несприятливої епідемічної ситуації або загрози її виникнення, а також при можливому ризику інфікування у випадку контакту особи з джерелом інфекції.

Щеплення для профілактики	Терміни початку вакцинації	Терміни ревакцинації	Примітки
Туляремія ¹	Починаючи з 7 років	Через кожні 5 років	Планову імунопрофілактику проводять окремим професійним групам і особам, які мешкають на ендемічних територіях
Бруцельоз ²	Починаючи з 18 років	Через 1 рік	
Гарячка Ку	Починаючи з 14 років	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказаннями
Кліщовий енцефаліт	Починаючи з 4 років	Щорічно протягом трьох років	
Чума ³	Починаючи з 2 років	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказаннями
Черевний тиф ⁴	Починаючи з 7 років	Через два роки	
Грип ⁵	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	

Щеплення для профілактики	Терміни початку вакцинації	Терміни ревакцинації	Примітки
Жовта лихоманка	Починаючи з 9 міс	Через 10 років	Імунізація проводиться за 10 дів до виїзду особам, які виїжджають у країни, ендемічні з цієї інфекції
Сказ ⁶	При зверненні по медичну допомогу з приводу укусів, подряпин, ослизнення хворими або підозрілими щодо захворювання на сказ тваринами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Планову імунопрофілактику проводять особам з групи ризику захворювання на сказ. Проводиться курс щеплень вакциною і антирабічним імуноглобуліном
Дифтерія ⁷	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Правець	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Гепатит А ⁸	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Поліомієліт ⁹	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Кір ¹⁰	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Епідемічний паротит ¹⁰	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Краснуха ¹⁰	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Менінгококова інфекція ¹¹	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Гепатит В ¹²	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Сибірка	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Вітряна віспа	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Кашлюк	Проводяться за епідпоказаннями	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Холера	З 2 років	Через 6 міс	

Примітка: Щепленню підлягають:

¹Персонал пунктів, підприємств із заготівлі шкір промислових тварин, їх первинної переробки; працівники овоче-, зерносховищ, цукрових заводів, елеваторів; мисливці, лісники, меліоратори, медичний персонал відділів і лабораторій особливо небезпечних інфекцій, протичумних установ, які працюють з живими культурами туляремії або зараженим матеріалом; працівники млинів, комбикормових заводів, льонозаводів, підприємств із переробки сільськогосподарської продукції та сировини тваринного походження, працівники, які працюють з фуражем, пастухи, рільники, меліоратори, геологи, будівельники, які працюють в природних осередках туляремії.

² Працівники тваринницьких господарств, неблагополучних щодо бруцельозу незалежно від форми власності; працівники м'ясокомбінатів, забійних пунктів та інших підприємств з переробки сировини й продуктів тваринництва, до яких надходять сільськогосподарські тварини або сировина тваринницького походження з господарств, неблагополучних щодо бруцельозу; спеціалісти ветеринарної медицини, які працюють із живими культурами бруцел або зараженим матеріалом, а також обслуговують господарства, неблагополучні щодо бруцельозу; інші категорії населення у разі стійкого неблагополуччя територій згідно з рішенням територіальних закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, надзвичайних протиепідемічних та протиепізootичних комісій.

³ Працівники лабораторій відділів особливо небезпечних інфекцій санітарно-епідеміологічних станцій та працівники лабораторій ветеринарної медицини, які працюють із живими культурами сибірки або зараженим матеріалом.

⁴ Працівники водогінної та каналізаційної мереж.

⁵ Групи медичного ризику (висока можливість клінічних ускладнень грипу):

– особи з хронічними захворюваннями (дихальної та серцево-судинної систем, нирок, обміну речовин);

– особи віком понад 60 років;

– особи, що перебувають у спеціалізованих колективах (інтернатах, будинках для осіб похилого віку, будинках дитини тощо).

Групи епідемічного ризику (висока можливість інфікування грипом):

– діти, які навчаються у загальноосвітніх закладах;

– персонал медичних закладів;

– персонал дошкільних, середніх та інших навчальних закладів, інтернатів, будинків дитини та будинків для громадян похилого віку тощо;

– робітники сфери послуг, торгівлі, транспорту, військові, а також особи, що перебувають у контакті з великою кількістю людей; персонал підприємств, установ, організацій (з метою запобігання спалахам інфекційних хвороб);

– особи, які доглядають хворих на грип удома;

– особи віком понад 60 років;

– жінки, які, ймовірно, перебуватимуть у стані вагітності під час епідемії грипу; вагітні.

⁶ Працівники ветеринарних лабораторій та клінік, мисливці, спеціалісти ветеринарної медицини, працівники боєнь, таксидермісти; працівники притулків для утримання тварин; особи при зверненні за медичною допомогою з приводу укусів, подряпин, ослизнення хворими або підозрюваними щодо захворювання на сказ тваринами.

⁷ При виникненні вогнища (наявність контактних осіб дифтерії) необхідно провести:

– вакцинацію нещеплених осіб після закінчення карантину проти

дифтерії у даному вогнищі (вакцинація та перша ревакцинація згідно з розділом 1);

- ревакцинацію згідно з цим Календарем щеплень особам які підлягають ревакцинації в поточному році;

- додаткову імунізацію особам, щепленим без порушення схеми імунізації, однією дозою АД або АД-М анатоксину згідно з цим Календарем щеплень за віком, якщо після останнього щеплення для профілактики дифтерії минуло понад 1 року.

⁸ При епідемічному підйомі захворювання:

- діти від 2 до 10 років, які мешкають на ендемічних територіях (середні показники захворюваності на гепатит А за останні 5 років перевищують аналогічні середні показники захворюваності по Україні більше ніж у 2 рази);

- при виникненні вогнища вакцинацію контактним особам проводять персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд;

- особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо;

- особи, які подорожують до регіонів із високою ендемічністю гепатиту А.

⁹ У разі завезення "дикого" поліовірусу на територію України.

¹⁰ При виникненні вогнища (наявність контактних осіб) кору, епідемічного паротиту або краснухи проводять вакцинацію в перші три дні від моменту контакту дітям старше 1-го року, які не хворіли на зазначені інфекції і не були щеплені. Дорослим (у віці до 30 років) роблять щеплення, якщо вони не хворіли на зазначені інфекції і не отримали вакцинацію та ревакцинацію проти них.

¹¹ При епідемічному підйомі захворюваності з генералізованими формами:

- особи, які мешкають на ендемічних територіях;

- у вогнищах інфекції, викликаній менінгококом відповідної серогрупи.

¹² Медичні працівники, студенти навчальних закладів, які професійно мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції; особи, які контактували з хворими на гепатит В; реципієнти донорської крові та її препаратів; діти в дитячих будинках та будинках дитини; члени родин, в яких є хворі на гепатит В та носії вірусу гепатиту В; пацієнти з хронічними захворюваннями печінки; пацієнти, які підлягають плановому оперативному втручанням.

Перелік ендемічних та ензоотичних територій визначається Міністерством охорони здоров'я України за поданням Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та санітарно-епідеміологічних станцій Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських санітарно-епідеміологічних станцій, Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України.

**5. Перелік медичних протипоказань
до проведення профілактичних щеплень
(з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.)**

Вакцина	Протипоказання
Усі вакцини та анатоксини	Тяжкі ускладнення від попередньої дози у вигляді анафілактичного шоку. Алергія на будь-який компонент вакцини. Захворювання нервової системи, що прогресують, гідроцефалія та гідроцефальний синдром у ступені декомпенсації, епілепсія, епілептичний синдром із судомами 2 рази на місяць та частіше. Гостре захворювання або загострення хронічного ¹
Усі живі вакцини	Вроджені комбіновані імунодефіцити, первинна гіпогаммаглобулінемія (уведення вакцин не протипоказано при селективному імунодефіциті Ig A та Ig M), транзиторна гіпогаммаглобулінемія та злоякісні новоутворення, вагітність, СНІД, перебування на імуносупресивній терапії ²
БЦЖ ³	Маса тіла дитини менше 2 000 г: при масі 1 500–1 999 г щеплення не проводять до 1 міс життя, при 1 000–1 499 г – до 2 міс. Ускладнені реакції на попереднє введення вакцини (лімфаденіт, холодний абсцес, виразка шкіри діаметром більше 10 мм, келоїдний рубець, остеомиєліт, генералізована БЦЖ-інфекція). Тубінфікування. Дефекти фагоцитозу
ОПВ ⁴	Дітям, яким протипоказано введення живих вакцин, а також членам їх родин рекомендовано проведення щеплення інактивованою поліомієлітною вакциною (ІПВ)
АКДП	Судоми в анамнезі (замість АКДП вводять АДП або вакцину з ацелюлярним кашлюковим компонентом)
ЖКВ (жива вакцина проти кору), ЖПВ (жива паротитна вакцина), вакцина проти краснухи або тривакцина (кір, паротит, краснуха)	Алергічні реакції на аміноглікозиди. Анафілактичні реакції на яєчний білок. Введення препаратів крові ⁵

Примітки:

¹ Планова вакцинація відкладається до закінчення гострих проявів захворювання та загострення хронічних захворювань і проводиться відразу після одужання або під час ремісії. Гостре респіраторне захворювання з легким перебігом і без підвищення температури тіла не є протипоказанням до проведення планового щеплення. Контакт з інфекційним хворим, карантин не є протипоказанням до проведення планового щеплення. Особливості вакцинації проти туберкульозу наведені у *пункті 3 даних приміток*.

² Імуносупресивна терапія – терапія, що проводиться цитостатичними препаратами, у тому числі монотерапія циклоспорином А та ін., кортикостероїдами в імуносупресивних дозах, променева терапія. Терапія

кортикостероїдами визнається імуносупресивною, якщо з розрахунку на преднізолон складає більше 1 мг/кг/доб та триває більше 14 днів за умов системного використання. Планові щеплення інактивованими вакцинами та анатоксинами проводяться після закінчення терапії, щеплення живими вакцинами – не менше ніж через 1 місяць після припинення терапії. Якщо тривалість терапії кортикостероїдами складає менше 14 днів незалежно від дози або більше 14 днів при дозі за преднізолоном менше 1 мг/кг/доб, або використовується як замісна терапія, або використовується місцево, то така терапія не визнається імуносупресивною та не є протипоказанням до проведення планового щеплення.

³ Неприпустимо поєднувати в один день щеплення проти туберкульозу з іншими щепленнями та парентеральними маніпуляціями. Щеплення БЦЖ та проведення проби Манту не повинні проводитись протягом 4 тижнів після інфекційного захворювання, що супроводжувалось гарячкою, та під час карантину.

⁴ Після щеплення ОПВ пропонується обмежити парентеральні втручання протягом 40 днів.

⁵ Проведення щеплень проти кору, паротиту та краснухи після введення препаратів крові (цільна кров, плазма, препарати імуноглобулінів, еритроцитарна маса), за винятком відмитих еритроцитів, можливе в терміни, що вказані в інструкції до препарату, але не раніше як через 3 місяці. Після екстреної профілактики правця протиправцевим людським імуноглобуліном новонародженим вакцинація БЦЖ проводиться за загальноприйнятою схемою. Якщо інтервал між щепленням проти кору, епідемічного паротиту, краснухи та введенням препарату крові з лікувально-профілактичною метою менше 14 днів, щеплення проти цих інфекцій слід повторити.

6. Рекомендовані інтервали між введенням препаратів крові, що містять специфічні антитіла, та вакцинацією проти кору, епідемічного паротиту, краснухи та вітряної віспи (з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.)

Препарат/показання до застосування	Рекомендований інтервал, міс
Екстрена імунопрофілактика правця імуноглобуліном людини протиправцевим	3
Пасивна імунопрофілактика гепатиту А нормальним імуноглобуліном людини	3
Пасивна імунопрофілактика гепатиту В специфічним імуноглобуліном проти гепатиту В	3
Пасивна імунопрофілактика кору нормальним імуноглобуліном людини	
– стандартна контактному (без імунодефіциту)	5
– з імунодефіцитом	6

Препарат/показання до застосування	Рекомендований інтервал, міс
Трансфузія крові:	
– відмиті еритроцити	–
– еритроцити з додаванням консерванту (adenine saline)	6
– цільна кров (Ht 65%)	6
– цільна кров (Ht 35–50%)	6
– плазма/тромбоцити	7
Імуноглобулін протицитомегаловірусний в/в	6
В/в імуноглобулін;	
– сепсис	8
– тромбоцитопенічна пурпура	10
– хвороба Kawasaki	11

7. Інструкція щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів (з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.)

1. Загальні положення

1.1. Вимоги цієї Інструкції є обов'язковими для органів та закладів охорони здоров'я України, незалежно від форм власності та відомчої належності.

1.2. Моніторинг післявакцинальних реакцій та ускладнень – це система постійного стеження за безпекою медичних імунобіологічних препаратів в умовах їх практичного використання.

1.3. Програми імунізації в Автономній Республіці Крим, областях, містах Київ та Севастополь, на водному, залізничному та повітряному транспорті повинні включати виявлення та реєстрацію випадків післявакцинальних реакцій та післявакцинальних ускладнень, їх епідеміологічне розслідування, аналіз зібраної інформації, проведення відповідних коригувальних заходів та остаточну оцінку.

1.4. Поствакцинальний період найчастіше проходить безсимптомно. Проте у 5–30% щеплених можуть виникнути допустимі вакцинальні реакції.

Післявакцинальні реакції (далі – ПВР) – це клінічні та лабораторні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення.

Післявакцинальні ускладнення (далі – ПВУ) – це стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень стану здоров'я.

1.5. Для діагностики та обліку ПВР та ПВУ використовують чотири методи: клінічний, лабораторний, епідеміологічний та статистичний.

Клінічний метод є основним при встановленні діагнозу. Він дає змогу відрізнити ПВР від ПВУ та інτερкурентних захворювань.

1.6. ПВР бувають місцеві та загальні, звичайні та сильні.

Сильною місцевою реакцією в місці введення препарату вважається набряк м'яких тканин діаметром більше 50 мм, інфільтрат більше 20 мм, гіперемія діаметром більше 80 мм.

Сильні загальні реакції характеризуються підвищенням температури тіла більше 39 °С.

2. Виявлення і реєстрація ПВР та ПВУ

2.1. Особи, які підлягають щепленням (або їх батьки чи особи, які їх замінюють), повинні бути проінформовані медичними працівниками про можливість виникнення побічної дії та її характерні ознаки після застосування певної вакцини.

2.2. Виявлення ПВР та ПВУ здійснюють на всіх рівнях медичного обслуговування і спостереження:

- медичні працівники, що проводять щеплення;
- медичні працівники, що проводять лікування ПВР та ПВУ в усіх медичних установах (як державної, так і недержавної форми власності);
- батьки, попередньо проінформовані про можливі реакції після вакцинації.

2.3. Реєстрації з відповідним записом у медичній документації (карта профілактичних щеплень дитини та історія її розвитку, амбулаторна карта чи історія хвороби дорослих) або в іншому документі, куди вносяться дані про профілактичні щеплення, підлягають усі випадки ПВР та ПВУ відповідно до розділу "Післявакцинальні реакції та ускладнення" та розділу "Строки розвитку післявакцинальних реакцій та ускладнень", а також:

- абсцеси в місці введення вакцини;
- летальні випадки, що трапляються протягом 30 днів після імунізації;
- випадки госпіталізації протягом 35 днів після щеплення;
- інші відхилення, що мають часовий зв'язок з імунізацією.

2.4. Звичайні та сильні ПВР на щеплення, форми прояву яких зазначено у відповідних інструкціях про використання препаратів, реєструються в карті профілактичних щеплень дитини та в історії її розвитку або амбулаторній карті, історії хвороби дитини/дорослих.

2.5. Лікувально-профілактичні установи, що проводять щеплення, здійснюють облік ПВР у щеплених 1 раз на місяць, подають до регіональних санітарно-епідеміологічних установ списки осіб, що мали важкі ПВР, а також дані про кількість звичайних місцевих та загальних реакцій і загальну кількість щеплених. Облік післявакцинальних реакцій у щеплених ведеться відповідно до додатка 3 цієї Інструкції. У разі відсутності за звітний період ПВР мають бути вказані "нулі".

2.6. Відповідальним за облік та надання інформації про ПВР та ПВУ є керівник лікувально-профілактичної установи, де проводиться імунізація.

2.7. Територіальні заклади санітарно-епідеміологічної служби здійснюють наглядові функції за реєстрацією ПВР та ПВУ.

2.8. Повідомлення про всі випадки, зазначені в п. 1.3 цієї Інструкції, інші можливі важкі та групові ПВР і ПВУ мають бути передані до територіальних закладів санітарно-епідеміологічної служби в інформаційно-стислій формі протягом 24 год після їх виявлення.

2.9. Комісія, що створюється управлінням охорони здоров'я місцевих держадміністрацій, розпочинає проводити на місцях епідеміологічне та клінічне вивчення випадків важких і групових ПВР та ПВУ не пізніше 48 год з початку їх виникнення.

2.10. Матеріали епідеміологічного та клінічного вивчення випадків важких та групових ПВР і ПВУ подаються до територіальних закладів санітарно-епідеміологічної служби в триденний термін після закінчення комісійного вивчення, згідно з Формою подачі інформації про випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічних препаратів.

2.11. Територіальні заклади санітарно-епідеміологічної служби узагальнюють результати обліку ПВР та ПВУ в лікувально-профілактичних установах і надають щомісяця узагальнені дані про випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічних препаратів до відповідної санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС).

2.12. В епідеміологічних відділах СЕС Автономної Республіки Крим, обласних та міських СЕС, міст Києва та Севастополя, на водному, залізничному та повітряному транспорті дані, що отримані з районів, узагальнюються за 1-е півріччя та рік і надсилаються до державного підприємства "Центр імунобіологічних препаратів" (далі – ДП "Центр імунобіологічних препаратів") відповідно до 5 серпня поточного року та 5 лютого наступного року. За відсутності будь-яких реакцій або ускладнень відповідні повідомлення відсилаються у той самий термін.

3. Аналіз інформації про ПВР та ПВУ

3.1. Аналіз моніторингу ПВР та ПВУ в Україні здійснює ДП "Центр імунобіологічних препаратів".

3.2. ДП "Центр імунобіологічних препаратів" здійснює моніторинг щодо повноти виявлення, реєстрації ПВР та ПВУ, а також має право брати участь у розслідуванні випадків ПВУ та найбільш важких групових ПВР на місцях із залученням у разі необхідності відповідних фахівців.

3.3. ДП "Центр імунобіологічних препаратів" подає до МОЗ України щорічний звіт за результатами моніторингу ПВР та ПВУ (до 1 березня наступного року).

3.4. ДП "Центр імунобіологічних препаратів" аналізує інформацію про випадки важких і групових ПВР і ПВУ та подає оперативну інформацію до МОЗ України для вирішення питання про подальше застосування імунобіологічного препарату конкретного виробника.

3.5. ДП "Центр імунобіологічних препаратів" має право інформувати МОЗ України про необхідність зупинення використання конкретної серії препарату в регіоні, звідки отримано повідомлення про випадки важких та групових ПВР і ПВУ, або в Україні, якщо випадки важких ПВР та ПВУ отримані з кількох регіонів, з подальшим вирішенням протягом не більше як 2 міс можливості та/або доцільності його подальшого застосування в медичній практиці в Україні.

Післявакцинальні реакції та ускладнення

(з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р

1. Підвищення температури до 39 °С.
2. Підвищення температури більше 39 °С (сильна загальна).
3. Температура, яка не зареєстрована в медичній документації.
4. Біль, набряк м'яких тканин >50 мм, гіперемія у місці введення >80 мм, інфільтрат >20 мм (сильна місцева).
5. Лімфоаденопатія.
6. Головний біль.
7. Дратівливість, порушення сну.
8. Висипання неалергічного генезу.
9. Анорексія, нудота, біль у животі, диспепсія, діарея.
10. Катаральні явища.
11. Міалгія, артралгія.
12. Абсцеси.
13. Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції.
14. Алергічні реакції (набряк Квінке, висипка типу кропивниці, синдром Стівенса-Джонсона, Лайела).
15. Гіпотензивний-гіпореспонсивний синдром (гостра серцево-судинна недостатність, гіпотонія, зниження тону м'язів, короточасне порушення або втрата свідомості, судинні порушення в анамнезі).
16. Артрити.
17. Безперервний пронизливий крик (тривалістю від 3 год і більше).
18. Судоми фебрильні.
19. Судоми афебрильні.
20. Менінгіти/енцефаліти.
21. Анестезія/парестезія.
22. Гострий в'ялий параліч.
23. Вакциноасоційований паралітичний поліомієліт.
24. Синдром Гійєна-Барре (полірадикулоневрит).
25. Підгострий склерозувальний паненцефаліт.
26. Паротит, орхіт.
27. Тромбоцитопенія.
28. Підшкірний холодний абсцес.
29. Поверхнева виразка понад 10 мм.
30. Регіонарний лімфаденіт(и).
31. Келоїдний рубець.
32. Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомиєліт, остейт.

Строки розвитку післявакцинальних реакцій та ускладнень* (з наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.)

Вакцини	Коди клінічних проявів ПВР та ПВУ														
	1-3	4	5	6-7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
АКДП, АакДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АакДП	<72 год	<48 год	<7 діб	<48 год	нх	<72 год	нх	нх	нх	<24 год	<72 год	<72 год	нх	<48 год	<72 год
Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітряної віспи	4-15 доба	<48 год	4-30 доба	4-15 доба	4-15 доба	4-15 доба	4-15 доба	4-15 доба	нх	<24 год	<72 год	<72 год	4-30 доба	нх	4-15 доба
БЦЖ	<48 год	ср	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх
ОПВ	нх	нх	нх	<72 год	нх	<72 год	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх
ІПВ	<48 год	<48 год	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	<24 год	<72 год	нх	нх	нх	нх
Проти гепатиту В	<72 год	<48 год	нх	<72 год	нх	< 5 діб	<72 год	<72 год	нх	<24 год	<72 год	<72 год	5-30 доба	нх	<72 год
Полісахаридні вакцини (НіВ, менингококова, пневмококова)	<72 год	<48 год	нх	<48 год	<72 год	<72 год	нх	<72 год	нх	<24 год	<72 год	нх	нх	<48 год	<48 год
Інші вакцини	<48 год	<48 год	нх	<48 год	нх	<72 год	нх	<72 год	нх	<24 год	<72 год	<72 год	нх	нх	<48 год

Вакцини	Коди клінічних проявів ПВР та ПВУ													
	19	20-21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
АКДП, АакДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АакДП	7-14 доба	<30 доби	нх	нх	<31 доби	нх	нх	<31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	
Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітряної віспи	нх	4-42 доба	нх	нх	<31 доби	нх	4-42 доба	4-15 доба	нх	нх	нх	нх	нх	
БЦЖ	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	через 1,5-6 міс	через 1,5-6 міс	через 2-6 міс	через 5-12 міс	через 2-18 міс	
ОПВ	нх	нх	3-40 доба	3-40 доба	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
ІПВ	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
Проти гепатиту В	<72 год	<15 доби	нх	нх	<31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
Полісахаридні вакцини (НіВ, менингококова, пневмококова)	нх	нх	нх	нх	<31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
Інші вакцини*	нх	<15 доби	нх	нх	<31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	

Примітки: * на кожен випадок ПВУ має подаватися повідомлення за формою подачі інформації, затвердженою наказом № 48; нх – не характерно; ср – специфічна реакція, яка характерна на введення вакцини БЦЖ; ПВР та ПВУ зазначені в інструкції про використання кожного препарату.

Щеплення осіб, що виїжджають за межі України, проводиться з урахуванням епідемічної ситуації в країні виїзду відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Завдання до самоконтролю

1. В якому віці дітям починають імунізацію проти дифтерії, кашлюку, правця?
A. 12 міс. B. 3 міс. C. 6 міс. D. 15 міс. E. 18 міс.
2. В якому віці проводять ревакцинацію проти кашлюку, дифтерії, правця?
A. 12 міс. B. 3 років. C. 18 міс. D. 2 років. E. Вірної відповіді немає.
3. В якому віці починають імунізацію проти кору, краснухи, паротиту?
A. 12 міс. B. 6 міс. C. 3 роки. D. 18 міс. E. Вірної відповіді немає.
4. У дитини 3 міс, яка народилася від ВІЛ-інфікованої матері, при проведенні імуноферментного аналізу крові виявлені антитіла до ВІЛ. Як треба щеплювати цю дитину?
*A. Не проводити щеплень взагалі.
B. Проводити моновакцинами.
C. Проводити за календарем щеплень.
D. Щеплювати інактивованими вакцинами та анатоксинами за календарем.
E. Не щеплювати будь-якими вакцинами до уточнення ВІЛ-статусу.*
5. Кому з перелічених дітей у віці 7 та 14 років необхідна ревакцинація вакциною БЦЖ?
*A. Реконвалесцентам інфекційних захворювань.
B. Реконвалесцентам неінфекційних захворювань.
C. Дітям з сумнівною реакцією Манту із 2 ТО.
D. Особам з негативною реакцією Манту із 2 ТО.
E. Особам з імунодефіцитними станами.*
6. З чого складається вакцинація проти коклюшу, дифтерії та правцю?
*A. Триразове введення вакцини АКДП.
B. Одноразове введення вакцини АКДП.
C. Триразове введення АДП-М анатоксину.
D. Одноразове введення АДП-М анатоксину.
E. Дворазове введення АаКДП.*
7. Які вакцини у дітей віком старше 15 міс до 12 років забезпечують найтриваліший імунітет за одноразове введення?
*A. Проти кору. D. Проти вітряної віспи.
B. Проти паротиту. E. Проти гепатиту В.
C. Проти гепатиту А.*
8. В якому віці дітей починають щеплювати проти кору?
A. 3 міс. B. 6 міс. C. 12 міс. D. 18 міс. E. Два роки.
9. В якому віці дітям починають щеплення проти краснухи?
*A. 12 міс. C. 6 міс. E. Не проводиться.
B. 5 міс. D. У першу добу життя дитини.*

10. Однорічний хлопчик 2 міс тому хворів на сепсис. У комплексному лікуванні було використано імуноглобулін внутрішньовенно. Через який час можливе щеплення проти кору, епід. паротиту, краснухи, вітряної віспи?
 А. Через 2 міс. С. Через 4 міс. Е. Через 8 міс.
 В. Через 5 міс. Д. Через 6 міс.
11. В якому віці дітям починають щеплення проти паротиту?
 А. 3 міс. В. 6 міс. С. 12 міс. Д. 18 міс. Е. Два роки.
12. В якому віці дітям починають вакцинацію проти кашлюку?
 А. 3 міс. В. 6 міс. С. 12 міс. Д. 16 міс. Е. 20 міс.
13. Вкажіть вірну відповідь на запитання матері двомісячної дитини: "В якому віці та якою вакциною треба починати щеплення проти поліомієліту?".
 А. 3 міс, ОПВ. С. 2 міс, ОПВ. Е. 2 міс, ІПВ.
 В. 6 міс, ОПВ. Д. 3 міс, ІПВ.
14. Через 2 год після введення АКДП вакцини у дитини 4-місячної дитини підвищилась температура тіла до 38,5 °С, з'явилося загальне занепокоєння. Якою буде тактика лікаря відносно наступного щеплення цієї дитини у віці 5 міс?
 А. Увести АДП анатоксин.
 В. Відкласти щеплення проти кашлюку та ввести АДП-М анатоксин.
 С. Увести половину дозу АКДП-вакцини.
 Д. Увести АКДП-М вакцину на тлі премедикації.
 Е. Увести АаКДП вакцину на тлі премедикації.
15. Після застосування якої вакцини найбільш вірогідні поствакцинальні ускладнення з боку нервової системи?
 А. АКДП та проти поліомієліту. Д. Проти поліомієліту та АаКДП.
 В. Проти паротиту та краснухи. Е. Проти кору та краснухи.
 С. Проти кору та паротиту.
16. Після використання яких вакцин найбільш вірогідні ускладнення?
 А. АКДП. С. Проти кору. Е. АКДП-М.
 В. Проти паротиту. Д. АаКДП.
17. Які можуть бути прояви ураження нервової системи після щеплень?
 А. Енцефаліт.
 В. Менінгіт.
 С. Полінейрорадикулопатія.
 Д. Вакциноасоційований паралітичний поліомієліт.
 Е. Всі відповіді вірні.
18. Які ускладнення та реакції можуть бути при імунізації АКДП вакциною?
 А. Підвищення температури тіла. Д. Інфільтрат 20 мм.
 В. набряк м'яких тканин 50 мм. Е. Всі відповіді вірні.
 С. Гіперемія на місці введення вакцини 80 мм.

19. Який інтервал між введенням імуноглобуліну проти ВГА або ВГВ та вакцинацією проти кору, краснухи, епід. паротиту та вітряної віспи?
A. 1 міс. B. 2 міс. C. 3 міс. D. 5 міс. E. 6 міс.
20. Проти яких захворювань проводять щеплення дітям у віці шести років?
*A. Дифтерії, правця. D. Краснухи, пневмококової інфекції.
 B. Поліомієліту, Ніб-інфекції. E. Паротиту, грипу.
 C. Кору, вітряної віспи.*
21. Якою вакциною проводять перше та друге щеплення проти поліомієліту?
A. АКДП-М. B. ИПВ. C. ОПВ. D. АаКДП. E. АДП.
22. Введення живих вакцин протипоказано, крім:
*A. Осіб зі вродженим комбінованим імунодефіцитом.
 B. Хворих на злоякісні новоутворення.
 C. Осіб із селективним імунодефіцитом IgA та IgM.
 D. Хворих на СНІД.
 E. Осіб з первинною гіпогаммаглобулінемією.*
23. Усі перелічені особи повинні бути вакциновані проти гепатиту В, крім:
*A. Новонароджених від матерів-носіїв HBs-антигену.
 B. Хворих на гемофілію.
 C. Пацієнтів, що перебувають на гемодіалізі.
 D. Хворих на гемофілію, що раніше вакциновані проти гепатиту В.
 E. Дітей зі хронічним ураженням печінки.*
24. Вкажіть мінімальний захисний титр протидифтерійного антитоксину в сироватці крові.
*A. 0,03 МО/мл. C. 0,01 МО/мл. E. Всі відповіді вірні.
 B. 0,02 МО/мл. D. 0,04 МО/мл.*
25. Хлопчик 7 років був у контакті з хворим на грип. Яким препаратом можливо попередити захворювання у даному випадку?
*A. Уведення вакцини Інфлувак.
 B. Уведення протигрипозного імуноглобуліну.
 C. Призначення Аміксину.
 D. Уведення комерційного імуноглобуліну.
 E. Призначення Імуналу.*
26. Який із препаратів потрібно ввести для попередження захворювання на вірусний гепатит В у новонародженого від матері – носія HBsAg?
*A. Вакцину проти гепатиту В.
 B. Специфічний імуноглобулін проти гепатиту В.
 C. Нормальний людський імуноглобулін.
 D. Вакцину проти гепатиту В разом зі специфічним імуноглобуліном проти гепатиту В.
 E. Інtron А.*

27. Після щеплення ОПВ пропонується обмежити парентеральні втручання протягом:

A. 15 діб. B. 30 діб. C. 40 діб. D. 45 діб. E. 60 діб.

28. Який повинен бути інтервал між проведенням проби Манту та введенням БЦЖ вакцини?

A. Від 2 діб до 4 тиж. D. Від 1 доби до 1 міс.

B. Від 4 діб до 3 тиж. E. Від 3 діб до 2 тиж.

C. Від 2 діб до 1 тиж.

29. Вкажіть рекомендований за календарем щеплень інтервал між введенням препаратів крові та імунізацією проти кору, краснухи, епід. паротиту та вітряної віспи?

A. 2 міс. B. 3 міс. C. 4 міс. D. 6 міс. E. 8 міс.

30. В якому віці починають вакцинацію проти гемофільної інфекції?

A. 2 міс. B. 3 міс. C. 6 міс. D. 12 міс. E. 24 міс.

31. У якому віці проводять щеплення за епіпоказаннями проти менінгокової інфекції?

A. 5 міс. B. 7 міс. C. 9 міс. D. 12 міс. E. Старше 18 міс.

Вірні відповіді

1 – B. 5 – D. 9 – A. 13 – D. 17 – E. 21 – B. 25 – B. 29 – B.

2 – C. 6 – A. 10 – E. 14 – E. 18 – E. 22 – C. 26 – D. 30 – B.

3 – A. 7 – D. 11 – C. 15 – A. 19 – C. 23 – D. 27 – C. 31 – E.

4 – D. 8 – C. 12 – A. 16 – A. 20 – A. 24 – A. 28 – E.

ЗАХОДИ ЩОДО ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОСІБ, ЯКІ КОНТАКТУВАЛИ

Аденовірусна інфекція

Госпіталізація за клінічними (тяжкі форми, розвиток ускладнень), епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. У дошкільних колективах здійснюється медичне спостереження й проводиться відокремлення контактних від дітей інших груп на строк до 10–12 днів після ізоляції хворого.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання, не раніше 2 тиж від початку хвороби.

Диспансеризація протягом 1 міс. Дітям-реконвалесцентам встановлюється щадний режим не менш ніж на тиж після клінічного одужання.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. Рання ізоляція хворого, провітрювання, УФО та вологе прибирання приміщень з використанням слабких розчинів хлору, хлорування води басейнів, кип'ятіння посуду, білизни. При безпосередній загрозі зараження використовують людський лейкоцитарний інтерферон або лаферон.

Вітряна віспа

Госпіталізація за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями. Хворий на вітряну віспу підлягає ізоляції в стаціонарі або вдома до 5-го дня від моменту останнього висипання.

Ізоляція контактних. Діти, які раніше не хворіли на вітряну віспу або не були щеплені проти неї, підлягають ізоляції з 10-го до 21-го дня від початку відокремлення хворого. Особи, що одержали противітряновіспяний імуноглобулін, мають потребу в ізоляції на 23 дні. З появою повторних захворювань у дитячих закладах ізоляцію контактних не проводять. Прийом нових дітей, що не хворіли на вітряну віспу та не були щеплені проти неї, й переведення контактних до інших закладів заборонені.

Доступ у колектив. Після клінічного одужання й закінчення терміну ізоляції.

Диспансеризація протягом 1 міс.

Імунопрофілактика. Сприйнятливим дітям при високому ризику захворювання на вітряну віспу варто вводити Varicella-Zoster-імуноглобулін (VZlg).

Показанням до його призначення є хворі на імунодефіцити, що контактували, а також:

- а) імовірність розвитку ускладнень після вітряної віспи;
- б) імовірність захворювання після контакту з хворим;
- в) імовірність, що дитина, яка контактувала з хворим, сприйнятлива до вітряної віспи.

Контакт здорової дитини більше ніж за 2 дні до появи пухирців і через 5 днів після цього, представляє відносно невисокий ризик захворювання. Контакт із хворим на вітряну віспу в домашніх умовах завжди завершується захворюванням.

Щеплення проводять вакциною «Варилрикс» (Бельгія) здоровим дітям, які досягли 15-місячного віку, в дозі 0,5 мл одноразово. При щепленні дітей у віці більше 12 років – дворазово з 6-тижневим інтервалом. Для пацієнтів групи ризику (пацієнти, що страждають від лейкемії, які проходять імуносупресивне лікування, включаючи кортикостероїдну терапію, при злоякісних пухлинах або при тяжких захворюваннях, таких як хронічна ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, колагенні хвороби, тяжка бронхіальна астма, а також особи, яким заплановано проведення трансплантації органів) можуть бути потрібні додаткові дози вакцини.

Загальна профілактика. Ізоляція хворого, провітрювання, вологе прибирання приміщення.

Висипний тиф

Госпіталізація обов'язкова.

Ізоляція контактних протягом 25 днів.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання (одужання настає на третьому тижні й пізніше).

Диспансеризація. Нагляд не проводиться. За реконвалесцентами, які хворіли на висипний тиф, що був ускладнений менінгітом, спостереження проводиться протягом двох років спільно з неврологом.

Імунопрофілактика. У дітей не застосовують.

Загальна профілактика спрямована на боротьбу з педикульозом. Санітарна обробка хворого та осіб, які контактували з ним. Спеціальну обробку проводять у приміщенні, де перебував хворий. За осередком спостерігають протягом 25 днів.

Гепатит А

Госпіталізація. Госпіталізації підлягають хворі на тяжкі форми. В домашніх умовах можливе лікування хворих за згодою епідеміолога при забезпеченні вдома медичного спостереження та необхідних умов для лікування.

Ізоляція контактних не проводиться. Медичне спостереження за контактними із хворим на гепатит А встановлюється протягом 35 днів. На цей термін заборонено переводити контактних до інших груп та інших дитячих закладів. Прийом нових дітей, а також прийом контактних дітей у здорові колективи допускається з дозволу епідеміолога за умови своєчасного введення їм гамма-глобуліну.

Допуск у колектив. Реконвалесценти гепатиту А вважаються непрацездатними протягом 2–4 тиж залежно від тяжкості хвороби, задовільного стану при виписці й наявності супутніх захворювань. Вони звільняються від важких фізичних навантажень на 3–6 міс.

Диспансеризація. Всі реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню в КІЗ протягом 6 міс. Через 10 днів після виписування у них визначають рівень білірубіну та активність трансаміназ крові в умовах стаціонару, в якому проведене лікування хворого. Повторний огляд і обстеження проводять у 3 міс та 6 міс, після чого за відсутності клінічних проявів та нормалізації показників білірубіну й трансаміназ знімають з обліку.

Імунопрофілактика. Вакцинацію починають дітям з 12-місячного віку життя дворазово з інтервалом у 6 міс. Найбільш перспективними у світі визнані інактивовані вакцини проти ГА: Хаврикс-720 (Великобританія), Аваксим (Франція), Вакта (США). Для профілактики гепатиту А за епідемічними показаннями вакцина вводиться згідно з інструкцією про застосування або застосовується імуноглобулін з високим титром антитіл до вірусу гепатиту А – 1:10 000 та вище. Препарат вводиться не пізніше 7–10-го дня від початку контакту дітям від 1 року до 14 років, а також вагітним, що мали контакт із захворілими в родині або за місцем праці, навчання. У дошкільних закладах при неповній ізоляції груп імуноглобулін повинен вводиться усім дітям закладу, що не хворіли на вірусний гепатит А.

З 2004 року в Україні зареєстрована комбінована вакцина для профілактики гепатиту А та В «Твінрикс» (Бельгія). У дозі вакцини «Твінрикс», об'ємом 1,0 мл, міститься не менше 720 од. ELISA інактивованого вірусу гепатиту А та 20 мкг рекомбінантного білка HBsAg. Вакцина рекомендована для вакцинації неімунізованих дітей (від одного року та старше) й дорослих.

Для профілактики вірусного гепатиту В стандартний курс первинної вакцинації включає введення двох доз, одну з яких вводять у вибраний день, другу – у проміжку між 6 та 12 місяцями після введення першої дози. Захист проти захворювання на гепатит В формується після введення другої дози. Вакцина призначена для в/м ін'єкцій у ділянку дельтоподібного м'яза верхньої кінцівки дорослим та дітям старшого віку. Дітям до трьох років вакцину вводять в передньолатеральну ділянку стегна.

Загальна профілактика включає дезінфекцію, контроль за водопостачанням, санітарним станом харчових об'єктів у дитячих закладах; санітарне очищення населених пунктів, контроль за санітарно-епідемічним режимом у лікувально-профілактичних закладах. Виховування дитини в умовах здорового способу життя.

Гепатит В

Госпіталізація обов'язкова. Найвні рекомендації ряду авторів про можливе лікування хворих на легкі та середньотяжкі форми ГВ у домашніх умовах ми вважаємо передчасними.

Ізоляція контактних не проводиться. За дітьми, що одержали трансфузії крові, плазми, еритроцитарної маси та ін., встановлюється диспансерне спостереження на 6 міс після останнього введення компонентів крові. Діти у віці до 1 року протягом цього часу (6 міс) оглядаються щомісяця. У сумнівних випадках необхідне дослідження активності печінково-клітинних ферментів і HBsAg у сироватці крові.

Допуск у колектив. При сприятливому перебігу хвороби дошкільники й школярі допускаються в дитячі колективи через 2–4 тиж після виписки зі стаціонару. Школярі звільняються від занять фізкультурою строком на 1 рік, а при необхідності і більше.

Диспансеризація. Всі реконвалесценти підлягають клініко-лабораторному обстеженню протягом 12 міс. Лабораторне біохімічне й серологічне дослідження (HBsAg) проводять через 10 днів після виписки зі стаціонару, потім через 3, 6, 9 і 12 міс. При наявності скарг реконвалесценти спостерігаються 1 раз на місяць до повного одужання. Можлива повторна госпіталізація.

Зняття з диспансерного спостереження здійснюється, якщо при дворазовому обстеженні не виявляються клінічні й лабораторні зміни й у крові не виявляється HBsAg.

При хронічному гепатиті В диспансерне спостереження триває 2 роки після проведення терапії за умов ремісії.

Імунопрофілактика. Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені, вакцинація проводиться моновалентною вакциною.

Якщо мати новонародженого HBsAg-" (негативна), що документально підтверджено, можливо розпочати вакцинацію дитини протягом перших місяців життя або ж поєднати з щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту. У разі поєднання імунізації із щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту рекомендуються схеми: 3–4–5–18 міс життя або 3–4–9 міс життя.

- Новонародженим з масою тіла <2000 г, що народилися від HBsAg негативних матерів, вакцинація проводиться при досягненні дитиною 2000 г або при досягненні віку 1 міс.

- Якщо новонароджена дитина в тяжкому стані, імунізацію дитини слід проводити після його покращення перед випискою з лікарні.

Якщо мати новонародженого HBsAg "+", дитину щеплять за схемою (перша доба) – 1–6 міс життя. Перша доза вводиться у перші 12 год життя дитини незалежно від маси тіла. Разом із вакцинацією, але не піз-

ніше 1-го тижня життя, в іншу ділянку тіла необхідно вводити специфічний імуноглобулін проти гепатиту В з розрахунку 40 МО/кг маси тіла та не менше 100 МО. Якщо маса новонародженої дитини <2 000 г, вакцинація проводиться обов'язково, але введена доза вакцини не зараховується як доза первинної імунізації; при досягненні дитиною віку 1 міс вакцинація має бути проведена серією із трьох доз вакцин 0–1–6 (0 – дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та другим щепленнями – 1 міс, другим та третім щепленнями – 5 міс).

Якщо у матері новонародженого з HBsAg невизначений HBsAg статус, щеплення дитини проводиться обов'язково в перші 12 год життя з одночасним дослідженням статусу матері за HBsAg. У разі отримання позитивного результату у матері профілактика гепатиту В проводиться як у випадку щеплення новонародженої дитини від HBsAg"++" матері.

Для вакцинації дітей та дорослих поза календарем щеплень проти гепатиту В рекомендовано використовувати схему 0, 1, 6 міс.

Не слід розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів

Для пасивної імунізації використовують імуноглобулін з високим титром антитіл до HBsAg (1:100 000 – 1:200 000). Пасивну імунізацію рекомендують проводити:

- дітям, народженим від матерів-носіїв HBsAg або хворих на гострий гепатит В в останньому триместрі вагітності, за схемою: відразу після народження, повторно через 1, 3, 6 міс;
- після потрапляння в організм вірусомісного матеріалу за схемою: у перші години після інфікування, повторно через 1 міс;
- при довгостроковій загрози інфікування повторно введення імуноглобуліну через 1–3 або кожні 4–6 міс.

Максимальна тривалість захисного ефекту імуноглобуліну забезпечується протягом 1 міс; крім того, імуноглобулін застосовується тільки при низькій дозі зараження ГВ.

Загальна профілактика. Полягає у виявленні джерел інфекції (хворих, носіїв), їхньої ізоляції й наступному спостереженні; обстеженні донорів і вагітних; перериванні природних і штучних шляхів зараження (застосування одноразового медичного інструментарію, ретельна стерилізація його при багаторазовому використанні); попередженні професійних заражень, строгої індивідуалізації предметів особистої гігієни; установленні медичного спостереження за хворими на хронічний гепатит В та носіями HBsAg і їхніми родинами; повної інформованості населення про можливі шляхи інфікування ВГВ.

Гострі кишкові інфекції, спричинені умовно-патогенними мікроорганізмами

Госпіталізація. Проводиться за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не потрібна. За особами, які контактували, встановлюється медичне спостереження протягом 7 днів після ізоляції хворого або (при залишенні хворого вдома) після його одужання. Контактні особи, які належать до декретованих груп населення, підлягають бактеріологічному обстеженню.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання.

Диспансеризація. Здійснюється протягом трьох місяців.

Імунопрофілактика. Зводиться до використання специфічних бактеріофагів у вогнищах захворювання серед дітей понад 6 міс.

Загальна профілактика. Спрямована на дотримання санітарно-гігієнічних правил готування, зберігання й реалізації дитячих сумішей і харчових продуктів, а також правил ветеринарного контролю. Ретельне виконання протиепідемічного режиму у відділеннях новонароджених, соматичних і хірургічних стаціонарах. Активне виявлення носіїв УПМ серед медперсоналу, працівників харчоблоків, своєчасна їхня ізоляція й санація. Раціональне вигодовування дітей раннього віку.

Гострі респіраторні інфекції

Госпіталізація проводиться за клінічними (тяжкі форми, розвиток ускладнень), епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. У дошкільних колективах здійснюється медичне спостереження й проводиться відокремлення контактних від дітей з інших груп на строк до 10–12 днів після ізоляції хворого.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання, не раніше 2 тиж від початку хвороби.

Диспансеризація. Протягом 1 міс. Дітям-реконвалесцентам установлюється щадний режим не менше ніж на 2 тиж після клінічного одужання.

Імунопрофілактика. З метою профілактики респіраторних захворювань широче визнання одержали препарати мікробного походження. Завдяки сучасним технологіям з найпоширеніших збудників захворювань дихальних шляхів були отримані лізати. До препаратів, що діють безпосередньо в місці розвитку респіраторної інфекції, належить ІРС-19. Він є імуномодулятором місцевої дії, до складу якого входять 19 бактеріальних лізатів. Препарат ІРС-19 є інтраназальним аерозолем, що забезпечує доставку лізатів до вхідних воріт респіраторної інфекції – слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, викликаючи ті ж захисні імунні реакції, що й збудники. Основна імуномодулююча дія препарату реалізується ефектами підвищення фагоцитарної активності макрофагів, збільшення вмісту ендо-

генного лізоциму й інтерферону, кількості імунокомпетентних клітин, відповідальних за продукцію антитіл, підвищення продукції SIgA (секреторний імуноглобулін А). РС-19 призначається дітям після 2 років та дорослим по 1 дозі в кожний носовий хід 2 рази на добу протягом 2 тиж.

Загальна профілактика. Рання ізоляція хворого, провітрювання, УФО та вологе прибирання приміщень із використанням слабких розчинів хлору, хлорування води басейнів, кип'ятіння посуду, білизни. При безпосередній загрозі зараження використовують людський лейкоцитарний інтерферон або лаферон (згідно з інструкцією щодо використання препарату).

Грип

Госпіталізація. Підлягають діти до 1 року, а також хворі на тяжкі або ускладнені форми грипу та хворі при наявності хронічних бактеріальних вогнищ інфекції.

Ізоляція контактних. У дошкільних закладах проводиться медичне спостереження та відокремлення контактних осіб від дітей з інших груп протягом 7 днів.

Допуск у колектив. Після одужання, але не раніше 10 днів від початку хвороби.

Диспансеризація. Реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню протягом 1 міс. Всім дітям встановлюється щадний режим не менше ніж на 2 тиж після клінічного одужання.

Імунопрофілактика – згідно з Календарем щеплень. Рекомендується застосовувати найсучасніші протигрипозні вакцини, до яких належить Інфлувак. Інфлувак – протигрипозна субодична вакцина (інактивована), в якій містяться очищені поверхневі антигени: гемаглютинін та нейроменідаза, виділені з певних штамів вірусу грипу А (2 серотипи) й один серотип грипу В, обраних відповідно до останніх рекомендацій ВООЗ. Вакцина Інфлувак має високу імуногенність (95%) та низьку реактогенність.

Дітям від 6 міс до 3 років застосовують вакцину для дітей згідно з інструкцією, старше 3 років та дорослим вводять 1 дозу вакцини Інфлувак (0,5 мл).

Слід вважати корисним використання інтерферонів (альфа-, бета-, гамма- та рекомбінантний інтерферон) по 2–5 крапель у кожний носовий хід 4 рази на добу протягом 2–3 тиж або лаферону (згідно з інструкцією), оксолінової мазі.

Оптимальний період введення вакцини – вересень–грудень. У цей період надійно захищають від респіраторних захворювань препарати мікробного походження – РС-19 (див. *Гострі респіраторні інфекції*).

Загальна профілактика. Провітрювання та УФО приміщень, їх вологе прибирання з використанням слабких розчинів хлору, кип'ятіння посуду. Обмеження відвідування здоровими дітьми видовищних закладів (театри, кінотеатри та ін.), а захворілими – поліклінік.

Дифтерія

Госпіталізація. Обов'язкова відносно хворих та при підозрі на наявність дифтерії, а також госпіталізація осіб-носіїв токсигенних коринебактерій дифтерії. Носії нетоксигенних штамів не госпіталізуються та від колективу не віддаляються.

Ізоляція контактних. Припиняється після госпіталізації хворого або носія токсигенних коринебактерій дифтерії, заключної дезінфекції й однократного негативного результату бактеріологічного дослідження слизу зів та носа на BL. Медичне спостереження за контактними проводиться протягом 10 днів з моменту ізоляції джерела інфекції. У перші 2 доби після контакту діти оглядаються лікарем КІЗ та ЛОР-лікарем, у наступні дні щодня спостерігаються дільничним педіатром. Слиз ротоглотки (зіва) та носа на BL у контактних дітей беруть співробітники СЕС. Усім контактним призначають антибіотик (еритроміцин, пеніцилін) за схемою хіміо-профілактики.

Допуск у колектив. Реконвалесценти на локалізовану дифтерію ротогорла можуть відвідувати дитячий колектив через 2–3 тиж, реконвалесценти на розповсюджену форму – через 3–4 тиж, на тяжку (токсичну) дифтерію – через 1,5–2 міс після виписки з лікарні та проведення контрольного бактеріологічного обстеження. Реконвалесценти-носії токсигенних коринебактерій дифтерії при повторному й тривалому висіві BL продовжують лікування в стаціонарі. Вони можуть бути допущені в дитячий колектив тільки з дозволу епідеміолога за умов, що імунний прошарок серед дітей становить не менш 95%. За колективом, куди допущений носій токсигенної палички дифтерії, встановлюється медичне спостереження з метою виявлення осіб із захворюваннями носоглотки та їхнього лікування. До дитячого колективу знову приймаються тільки правильно щеплені діти.

Диспансеризація. Реконвалесценти дифтерії спостерігаються неврологом і кардіологом у випадках розвитку відповідних ускладнень. За відсутності ускладнень рекомендується диспансерне спостереження дільничним педіатром. Огляд лікарем проводиться через 10, 20, 30 днів після виписки зі стаціонару, контроль ЕКГ.

Носії токсигенних штамів коринебактерій дифтерії після курсу лікування спостерігаються в КІЗ (огляд лікаря, взяття мазків з носоглотки на BL).

Імунопрофілактика проводиться згідно з Календарем щеплень вакцинами: АКДП, АаКДП, АКДП-М, АДП, АДП-М, АД-анатоксин.

АаКДП рекомендується для подальшого щеплення дітям, які мали післявакцинальні ускладнення на попередні щеплення АКДП, а також для проведення усіх щеплень дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень за висновком вакцинальної комісії або дитячого імунолога. Для профілактики дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гепатиту В та інфекцій, які викликаються бактеріями *Haemophilus influenza*

типу b, можна використовувати комбіновані вакцини, які зареєстровані в Україні (із різними варіантами комбінацій антигенів).

Імунопрофілактиці підлягають не щеплені особи після закінчення карантину проти дифтерії у даному вогнищі (вакцинація та перша ревакцинація згідно з віком); особи, яким згідно з календарем щеплень запланована ревакцинація в поточному році. Додаткову імунізацію проводять особам, щепленим без порушення схеми однією дозою АД або АД-М анатоксину згідно з віком, якщо після останнього щеплення для профілактики дифтерії минуло понад рік.

Загальна профілактика. Спрямована на виявлення, ізоляцію, лікування, санацію носо-, ротоглотки бактеріоносіїв. При ізоляції джерела інфекції проводиться заключна дезінфекція приміщень, іграшок, постільних речей, білизни, одягу.

Ентеровірусна інфекція

Госпіталізація. Госпіталізація за клінічними показаннями (тяжкі форми захворювання, менінгіт, енцефаломіокардит, полінейропатії).

Ізоляція контактних. У дошкільних колективах встановлюють медичне спостереження й роз'єднують контактних з іншими групами протягом 10 днів. У пологових будинках та дитячих закладів персонал, який контактував із хворим, переводять на іншу роботу на 10 днів.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання та нормалізації лабораторно-інструментальних показань.

Диспансеризація. Протягом 1 міс. Дітям-реконвалесцентам призначають щадний режим не менше ніж на 2 тиж після клінічного одужання. За показаннями термін диспансерного нагляду визначається комісійно за участю фахівців відповідного виду остаточних явищ ускладнення.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. У вогнищі інфекції контактним дітям можна вводити лейкоцитарний інтерферон по 5 крап. у носові ходи 3–4 рази на добу протягом 7 днів. Захисну дію має імуноглобулін у дозі 0,2 мл/кг в/м.

Провітрювання й дезінфекція приміщень, дотримання правил видалення й знезаражування нечистот, постачання населенню безпечних в епідеміологічному відношенні продуктів. Раціональне вигодовування дітей раннього віку. Заключна дезінфекція приміщень.

Епідемічний паротит

Госпіталізація. Обов'язковій госпіталізації підлягають хворі на неврологічну форму паротитної інфекції або хворі на панкреатит, орхіт, а також за епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Діти у віці до 10 років, які не були щеплені проти паротиту і не хворіли на нього, відокремлюються на 21 день. При

встановленні точного дня контакту діти відокремлюються із 11-го дня від початку ізоляції хворого. З появою повторних випадків захворювання в дитячому закладі відокремлення не проводять.

Допуск у колектив. Після ліквідації симптомів захворювання та нормалізації лабораторних показників.

Диспансеризація. Реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню протягом одного місяця. Для осіб, що перенесли нервову форму паротитної інфекції, спостереження проводиться педіатром протягом 2 років спільно з неврологом; на першому році 4 рази, на другому році 1–2 рази. За показаннями – огляд окуліста, отоларинголога, гастроентеролога.

Імунопрофілактика. Вакцинація проводиться живою атенуйованою паротитною вакциною дітям у віці 12 міс. Одноразово ін'єкцією. Ревакцинації здійснюють: першу – у віці 6 років, другу – в 15 років (хлопчикам).

Загальна профілактика. Ізоляція хворих. Дітям, які перебували в контактi із хворим, може бути введений нормальний імуноглобулін, але не пізніше 5-го дня від початку контакту.

Ешерихіоз

Госпіталізація. За клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Медичне спостереження протягом 7 днів. У вогнищі інфекції здійснюється поточна й заключна дезінфекція; контактним призначається одноразове бактеріологічне дослідження випорожнень.

Допуск у колектив. Ліквідація симптомів захворювання. Нормалізація лабораторних показників.

Диспансеризація. Протягом трьох місяців.

Імунопрофілактика. Не розроблена. Можливе використання бактеріофага колі-протейного рідкого (виробник Мікроген, Росія; флакон 100 мг).

Загальна профілактика. Найсуворіше дотримання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у пологових будинках, відділеннях новонароджених і недоношених дітей. Раннє виявлення джерела інфекції, його ізоляція та санірування. Підтримка природного вигодовування або вигодовування відповідно віку дитини. Заключна дезінфекція приміщень.

Інфекційний мононуклеоз

Госпіталізація. Проводиться за клінічними (тяжкі й середньотяжкі форми, мікст-інфекція, наявність ускладнень), а також за епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Медичне спостереження не менш ніж 20 днів від останнього дня контакту. При підозрі на захворювання – гематологічне та серологічне дослідження.

Допуск у колектив. Ліквідація симптомів захворювання. Нормалізація лабораторних показників.

Диспансеризація. Спостереження варто проводити дільничним лікарем протягом 6 міс із щомісячним медичним оглядом і дослідженням периферичної крові. Огляд гематолога через 1 міс після виписки зі стаціонару, а потім 1 раз на три місяці.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. Ізоляція хворих. Заходи в осередку не проводяться. З метою екстреної профілактики інфекції дітям, які контактували із хворим, можна ввести гамма-глобулін.

Кашлюк

Госпіталізація. Обов'язкова для дітей раннього віку з наявністю апное, хворих на тяжкі й ускладнені форми; хворих, у родинях яких є немовлята й діти перших місяців життя; хворих із дитячих колективів.

Хворого на кашлюк ізолюють у стаціонарі або вдома на 30 днів від початку захворювання або на 20 днів від початку спазматичного кашлю.

Ізоляція контактних. Діти до 7 років, що не хворіли на кашлюк, підлягають ізоляції на 14 днів від останнього контакту із хворим.

Діти та персонал груп обстежуються бактеріологічно 2 дні поспіль або з інтервалом 1–2 дні. Якщо в групі є діти, що кашляють, то карантин продовжується на 14 днів.

Діти, що хворіли на кашлюк, діти старше 7 років і дорослі, які працюють в дитячих колективах, підлягають медичному спостереженню: при госпіталізації хворого – протягом 14 днів від останнього контакту, при залишенні хворого вдома – 25 днів від початку кашлю в захворілого.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання, без додаткового обстеження.

Диспансеризація. Підлягають диспансерному спостереженню протягом 1 міс. Відносно дітей із тривалим перебігом кашлюку та змінами в легенях тривалість спостереження подовжується протягом 1 року, для дітей першого року життя – 1–2 рази на місяць, для дітей старше року – 1–2 рази у квартал.

Імунопрофілактика. Вакцинацію проводять АКДП-вакциною всім дітям у віці 3–4–5 міс, що не хворіли на кашлюк та не мають медичних протипоказань до щеплення. Дітям із високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень – тільки вакциною АаКДП. Ревакцинація проти кашлюку здійснюється АаКДП вакциною – у 18 міс.

Загальна профілактика. Рання ізоляція хворих та ізоляція кожної дитини, що кашляє, з наступним спостереженням лікарем та лабораторним обстеженням. Раціональне вигодовування дітей раннього віку. Виховання в умовах здорового способу життя.

Кір

Госпіталізація. Госпіталізації підлягають хворі на кір у віці до 2 років, а також особи, хворі на тяжкі форми кору, та/або за наявності ускладнень; хворі із закритих дитячих закладів, гуртожитків та з неблагополучних житло-побутових умов на термін 5 днів, а при ускладненнях – до 10 днів від початку висипання.

Ізоляція контактних. Особи, які не хворіли на кір і не щеплені проти кору, діти при одноразовому контакті в перші 7 днів можуть відвідувати дитячий заклад, а потім підлягають карантину до 17-го дня, а ті, хто отримав імуноглобулін – до 21-го дня контакту. За дошкільниками, що були щеплені живою коревою вакциною, встановлюється медичне спостереження на 17 днів від моменту контакту. В осередку інфекції щодня проводять профілактичний огляд та термометрію. При підозрі на наявність симптомів кору дитину терміново ізолюють.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання.

Диспансеризація. Підлягають диспансерному спостереженню протягом одного місяця. Відносно хворих на ускладнений кір (пневмонія, енцефаломенінгіт) тривалість диспансеризації становить 1 та 2 роки. Спостереження проводиться педіатром сумісно з пульмонологом або неврологом.

Імунопрофілактика. Активна імунізація проводиться коревою живою вакциною дітям у віці 12 міс. Ревакцинація в 6 років.

Контакт із хворим на кір не є протипоказанням для вакцинації, однак жива корева вакцина повинна вводитися не пізніше 72 год після контакту. Вона стимулює вироблення імунітету й може запобігти захворюванню.

Пасивну імунізацію контактним у зв'язку з медичними протипоказаннями до щеплень здійснюють нормальним або протикоревим гаммаглобуліном дітям, які не хворіли на кір і не щеплені проти кору, та дітям у віці від 3 до 12 міс.

Загальна профілактика. Рання діагностика кору, ізоляція хворого, провітрювання приміщення. Фізичне виховання, загартовування, раціональне вигодовування дітей.

Кишковий ієрсиніоз

Госпіталізація. За клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Протягом 18 днів встановлюють медичне спостереження за особами, які були в контакті з хворими, вживали ті самі продукти. Проводяться бактеріологічні дослідження

Допуск у колектив. Після клінічного одужання і нормалізації лабораторних показників.

Диспансеризація. Протягом трьох місяців. Після жовтяничних форм із дворазовим дослідженням функціональних проб печінки через 1 та 3 міс, після кишкової форми – з одноразовим бактеріологічним дослідженням на першому місяці спостереження.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. Дотримання санітарно-гігієнічного режиму (організація правильного збереження продуктів харчування, бактеріологічний контроль продуктів харчування, які вживаються в їжу без термічної обробки). Строге дотримання ветеринарно-санітарних правил догляду за тваринами. Дератизаційні заходи на об'єктах харчування, водопостачання, тваринництва.

Краснуха

Госпіталізація не обов'язкова та здійснюється за клінічними (тяжкість, вік хворого, наявність ускладнень або хронічних осередків інфекції), епідемічними та соціальними показаннями. Ізоляція хворого на 5 днів з моменту появи висипу.

Ізоляція контактних. Дитина, що контактувала із хворим на краснуху, допускається в дитячі заклади та ніяких обмежувальних заходів не передбачається, але на групу дитячого закладу накладається карантин на 21 день.

Жінки в перші 3 міс вагітності ізолюються від хворого на краснуху. У них якнайшвидше повинен бути визначений імунний статус щодо краснухи.

Диспансеризація. Підлягають диспансерному спостереженню протягом одного місяця.

Імунопрофілактика. Активну імунізацію проводять живою атенойованою краснушною або комбінованою вакциною (паротитно-корево-краснушною). Щеплять дітей у віці 12 міс. Першу ревакцинацію здійснюють в 6 років, другу ревакцинацію – в 15 років (дівчатам).

Жінки дітородного віку, які не хворіли на краснуху та не були щеплені проти неї, можуть отримувати індивідуальні щеплення за власним бажанням згідно з інструкцією до використання вакцини.

Пасивна імунізація нормальним людським імуноглобуліном мало-ефективна.

Загальна профілактика. Зводиться до раннього виявлення хворих, їхній ізоляції й чіткому обліку контактуючих без їхнього відокремлення. Підтвердження захворювання на краснуху вагітної у перші 3 міс. вагітності є абсолютним показанням до аборту.

Лептоспіроз

Госпіталізація. Обов'язкова.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Карантин не встановлюється.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання та нормалізації лабораторно-інструментальних показників.

Диспансеризація. Диспансерний нагляд проводиться лікарем КІЗ протягом 6 міс з обов'язковою участю окуліста, невролога, інфекціоніста в 1-й місяць спостереження; у наступні місяці – дільничним лікарем. Об-

стеження дітей здійснюється 1 раз на 2 міс із призначенням аналізів крові, сечі; дітям, що перенесли жовтяничну форму лептоспірозу, додатково проводять біохімічні аналізи крові.

Імунопрофілактика. За епідемічними показаннями в осередках інфекції активну імунізацію призначають полівалентною вбитою лептоспірознаю вакциною дітям понад 7 років та дорослим. Вакцину вводять згідно з інструкцією до застосування препарату. Через рік проводять ревакцинацію.

Загальна профілактика спрямована на: 1) боротьбу із джерелом інфекції (знищення гризунів, ветеринарний нагляд за худобою); 2) дерати-зацію (захист водойм та вододжерел від забруднення сечею гризунів і великих тварин); 3) заборона вживання води з непроточних водойм; 4) захист шкіри при роботі в неблагополучних місцевостях; охорону місць, призначених для купання; 5) захист м'яса й м'ясних продуктів від забруднення виділеннями тварин; 6) раціональну меліорацію й ін.; 7) ветеринар-ний нагляд за домашніми тварина (собаками).

Менінгококова інфекція

Госпіталізація. Обов'язкова відносно хворих на генералізовані форми. Госпіталізацію хворих на назофарингіт проводять за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями. Носії менінгококу не підлягають госпіталізації.

Ізоляція контактних. Дітей та дорослих, які обслуговують дитячі лікарні й дитячі заклади, відстороняють до одержання дворазового негативного результату бактеріологічного дослідження слизу з носоглотки на NM. Контактних з носіями менінгококу не ізолюють. За наявності групових (5 випадків і більше) захворювань у закритих колективах накладають карантин терміном 10 днів, щоденно проводять огляд носоглотки, шкірних покривів та термометрію. Усі контактні особи підлягають бактеріологічному дослідженню слизу з носоглотки на NM (дітей – 2 рази, дорослих – 1 раз з інтервалом 3 дні). Виявлених носіїв і хворих на назофарингіт ізолюють і лікують. Допуск у колектив після одержання одноразового негативного бактеріологічного результату.

Протягом цього терміну прийом нових і дітей, що були відсутніми, а також переводу дітей та персоналу з однієї групи в іншу забороняється.

Диспансеризація. За реконвалесцентами після менінгококцемії встановлюється диспансерний нагляд протягом 6 міс; менінгіту і менінго-енцефаліту – від одного до 2 років; у перший рік дільничний педіатр та невролог оглядають 1 раз на 3 міс, на другому році – 1 раз на 6 міс.

Допуск у колектив. Реконвалесценти після генералізованої форми менінгококової інфекції можуть відвідувати дитячий колектив після одержання негативного результату дворазового бактеріологічного дослід-

ження слизу з носоглотки, проведеного не раніше ніж через 3–5 днів після виписки зі стаціонару; носії менінгококу – після лікування й одноразового негативного результату бактеріологічного дослідження слизу з носоглотки, проведеного після 3 днів після закінчення санації.

Імунопрофілактика. Проводять особам старше 18 міс життя за епідемічними показаннями при підвищеній захворюваності на генералізовані форми хвороби в осередках інфекції.

Для активної імунізації використовують менінгококову вакцину А (Росія), менінгококову вакцину В (Куба), квадριвалентну менінгококову вакцину проти серогруп А, С, V та W-135N (США), дивалентну вакцину «Менінго А+С» (Франція). Наростання гомологічних антитіл та захист від хвороби настає з 5-го дня після введення вакцини.

Для пасивної імунізації застосовують нормальний імуноглобулін у дозі 1,5–3 мл, що вводять контактним дітям в осередку не пізніше 7-го дня після реєстрації першого випадку захворювання.

Загальна профілактика передбачає своєчасне виявлення, ізоляцію й лікування хворих на різні форми менінгокової інфекції, проведення заходів у осередку інфекції (санітарна обробка, поточна дезінфекція приміщень, спостереження за контактними).

Поліомієліт

Госпіталізація. Обов'язкова, навіть при підозрі на поліомієліт.

Ізоляція контактних. Діти до 15 років, що мали прямий контакт із хворим, підлягають негайному однократному щепленню. При протипоказаннях до вакцинації – відсторонення на 3 тиж.

За контактними в осередку, особливо в дитячому закладі, встановлюється спостереження протягом 3 тиж.

Дорослі, що працюють у дитячих закладах та на харчових підприємствах відсторонюються від роботи на 20 днів.

Допуск у колектив. Після клінічного одужання та нормалізації лабораторно-інструментальних показників.

Диспансеризація. На 1-му році спостереження потрібен огляд психоневролога або невролога через кожні 3 міс, на 2-му році – через 6 міс. За показаннями проводиться огляд ортопедом.

Імунопрофілактика. Імунізацію здійснюють поліомієлітною живою ослабленою вакциною Сейбіна (ОПВ), інактивованою вакциною (ІПВ) або у складі полівалентних вакцин "Інфанрікс ІПВ", "Інфанрікс Пента" та "Інфанрікс Гекса". Щеплення дітей з 3 та 4 міс проводять ІПВ, у 5 міс – ОПВ. Ревакцинацію виконують у 18 міс, 6 років, 14 років однократно вакциною ОПВ. Діти, що мали тісний контакт із хворим на гострий поліомієліт, підлягають негайній одноразовій імунізації. ІПВ застосовують при протипоказаннях до введення ОПВ для щеплень за календарем, вакцину ОПВ – за відсутності протипоказань до її введення.

Загальна профілактика зводиться до своєчасного виявлення, ізоляції й лікування хворих на різні форми поліомієліту; проведенню заходів в осередку (санітарна обробка, спостереження за контактними та ін.). Заключна дезінфекція приміщень.

Псевдотуберкульоз

Госпіталізація. За клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Встановлюється медичне спостереження протягом 19 днів. Бактеріоносіїв лікують амбулаторно.

Диспансеризація. Проводиться дільничним педіатром залежно від форми та тяжкості хвороби протягом 1–6 міс.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. Дотримання санітарного режиму в овочеховищах, дератизація на об'єктах зберігання овочів та фруктів, їстівних продуктів, харчових, побутових об'єктах; дотримання технології готування та термінів реалізації харчових продуктів, санітарно-просвітня робота.

Ротавірусна інфекція

Госпіталізація. Проводиться за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Медичне спостереження за контактними протягом 5–7 днів.

Допуск у колектив. Ліквідація симптомів захворювання. Нормалізація лабораторних показників.

Диспансеризація. Підлягають диспансерному спостереженню протягом трьох місяців.

Імунопрофілактика. Розроблена. Вакцини: "РотаТек" (Merck & Co.) та "Ротарикс" (GlaxoSmithKline), але вони в Україні поки що не зареєстровані.

Для пасивної профілактики використовують титровані серії імуноглобуліну людини та молозиво імунізованих тварин.

Загальна профілактика. Раціональне харчування з посиленням пропаганди природного вигодовування немовлят; централізація водопостачання та каналізації; підвищення рівня знань населення відносно виконання санітарно-гігієнічного режиму. Своєчасне вологе прибирання приміщень.

Сальмонельоз

Госпіталізація. Проводиться за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Встановлюється медичне спостереження протягом 7 днів для виявлення повторних випадків захворювання у вогнищі. Діти, які контактували та відвідують ясла, сади, а також дитячі будинки та школи-інтернати, підлягають одноразовому бактеріологічному дослідженню випорожнень без ізоляції.

З одночасною появою захворювання в декількох групах дитячого дошкільного закладу обстежуються бактеріологічно всі діти, персонал груп, працівники харчоблока й весь інший персонал. Кратність обстеження визначається епідеміологом.

При внутрішньолікарняному сальмонельозі: 1) хворий ізолюється; 2) при груповому захворюванні (спалах) можлива тимчасова організація спеціального відділення на місці; 3) після виведення хворого припиняється госпіталізація в цю палату нових хворих протягом 7 днів; 4) контактні залишаються в палаті й підлягають одноразовому бактеріологічному дослідженню й подальшому клінічному спостереженню; 5) при виникненні трьох і більше випадків захворювання в різних палатах або при висіві сальмонел зі змивів чи повітря в різних приміщеннях, відділення закривають і проводять бактеріологічне обстеження всіх дітей, матерів і персоналу. Відкривається таке відділення після проведення комплексу протиепідемічних заходів з дозволу СЕС.

Допуск у колектив. Ліквідація симптомів захворювання. Нормалізація лабораторних показників. Діти з ясел та будинків дитини не допускаються в колектив протягом 15 днів після виписки зі стаціонару (ім проводиться трикратне бактеріологічне дослідження випорожнень із інтервалом 1–2 дні). При виділенні збудника термін спостереження продовжується ще на 15 днів та ін.

Хронічні носії сальмонел не допускаються в ясла й будинок дитини.

Бактеріоносії-школярі (у тому числі й шкіл-інтернатів) не допускаються до чергувань на харчоблоці і їдальні.

Диспансеризація. Диспансерне спостереження проводиться протягом трьох місяців. Термін диспансерного спостереження може подовжуватися при незадовільних санітарно-гігієнічних умовах.

Імунопрофілактика. Із профілактичною метою за епідемічними показаннями застосовується полівалентний сальмонельозний бактеріофаг всім дітям старше 6 міс, що були в контакт із хворим або носієм сальмонели.

Загальна профілактика. Своєчасне виявлення бактеріоносіїв та хворих на сальмонельоз, їх ізоляція та лікування. Рациональне харчування з посиленням пропаганди природного вигодовування немовлят; централізація водопостачання та каналізації; підвищення рівня знань населення відносно виконання санітарно-гігієнічного режиму. Своєчасне вологе прибирання приміщень. Заключна дезінфекція приміщень. Санітарно-ветеринарний нагляд за забоем худоби й птахів, реалізацією м'ясопродукції; дотримання правил транспортування, зберіганням та обробки харчових продуктів.

Скарлатина

Госпіталізація. Проводиться за клінічними, епідемічними та соціальними показаннями.

Ізоляція хворих протягом 7–10 днів від початку клінічних проявів, а дітей віком до 8 років – до 22-го дня від початку захворювання.

Ізоляція контактних. Дошкільників та школярів перших-других класів, які не хворіли на скарлатину, ізолюють на 7 днів від початку госпіталізації хворого або на 17 днів, якщо він залишився вдома. За дітьми, які хворіли на скарлатину, встановлюється медичне спостереження на той самий термін. Хворі на ангіну, які виявлені серед контактних протягом 7 днів, ізолюються на 22 доби від початку хвороби.

Допуск у колектив. У дитячий заклад дитину можна направити через 22 дні від початку захворювання.

Диспансеризація. Обов'язковому медичному спостереженню підлягають реконвалесценти, в яких хвороба протікала з ускладненнями. Огляд ЛОР-лікаря, нефролога, ревматолога через 3–4 тиж після клінічного одужання.

Імунопрофілактика. Не розроблена.

Загальна профілактика. Зводиться до раннього виявлення хворих, їхньої ізоляції й чіткому обліку контактуючих.

Холера

Госпіталізація. Строго обов'язкова для хворих на будь-яку форму холери та вібріоносіїв.

Ізоляція контактних. Діти і дорослі, що контактували, відсторонюються на термін не менше 5 днів до отримання триразового негативного результату дослідження калу на холерний вібріон. У виняткових випадках при поширенні інфекції встановлюється карантин на території вогнища з ізоляцією контактних із хворими, вібріоносіями, вмерлими від холери й зараженими об'єктами зовнішнього середовища, а також тими, хто виїжджає із карантинної території. За цими особами встановлюють медичне спостереження протягом 5 днів із триразовим (протягом доби) бактеріологічним дослідженням випорожнень та профілактичним лікуванням антибіотиками. Виявляються й госпіталізуються вібріоносії та хворі на гострі шлунково-кишкові захворювання. Медперсонал стаціонару й обсерватора переводиться на казармене положення.

Екстреній хіміопрфілактиці підлягають контактні з хворим на холеру (вібріоносіями) в сім'ї, квартирі, за місцем навчання, лікування, за місцем роботи, відпочинку, а також особи, які знаходяться в однакових умовах щодо ризику інфікування (за епід. показаннями).

Для екстреної профілактики з урахуванням антибіотикограми циркулюючих у вогнищі штамів призначають один із наступних препаратів:

тетрацилін, доксицилін – старше 8 років, ципрофлоксацин – старше 12 років у дозах від 1/12 до 3/4 дози дорослих (відповідно віку).

Допуск у колектив. Всі реконвалесценти холери, що виписалися з негативними результатами бактеріологічного дослідження калу і жовчі, зразу можуть бути допущені у колектив або до роботи.

Диспансеризація. Особи, які перенесли холеру, та вібріоносії спостерігаються лікарем КІЗ протягом 3 міс. Бактеріологічне дослідження випорожнень та один раз жовчі (з попередньою дачею проносного) проводиться: на 1-му місяці – 1 раз в 10 днів, у наступні 2 міс – 1 раз на місяць. При тривалому вібріоносійстві з ураженням печінки й жовчних шляхів проводять повторне стаціонарне лікування.

Особи, що перебували в осередку холери й ті, що перенесли гостре шлунково-кишкове захворювання, також спостерігаються протягом 3 міс із щомісячним бактеріологічним дослідженням на патогенну кишкову флору, включаючи холерного вібріона.

При ліквідації спалаху організовані дошкільники, що були в осередку холери, підлягають бактеріологічному дослідженню на вібріоносійство 1 раз протягом першого місяця, потім однократно у квітні–травні.

За відсутності вібріона в калі протягом всього періоду спостереження комісія в складі головного лікаря поліклініки, епідеміолога та інфекціоніста знімає реконвалесцента з диспансерного обліку.

Імунопрофілактика. За епідпоказаннями застосовують холерну вакцину або холероген-анатоксин. Вакцинацію проводять в/м двократно з інтервалом у 7–10 днів: дітям 2–5 років перший раз 0,3 мл, повторно 0,5 мл; 5–10 років – 0,5 та 0,7 мл; 10–14 років – 0,7 та 1,0 мл відповідно. Холероген-анатоксин вводять підшкірно нижче кута лопатки дітям 7–10 років – 0,1 перший раз та 0,2 мл повторно; 11–14 років – 0,2 та 0,4 мл відповідно.

Загальна профілактика. Санітарний нагляд за водопостачанням, каналізацією, збиранням і знешкодженням нечистот; санітарний контроль на підприємствах харчової промисловості й громадського харчування; санітарна освіта населення; раціональне вигодовування дітей раннього віку; медичне спостереження за особами, що прибули з районів, неблагополучних за холерою. Заклучна дезінфекція приміщень. Карантин накладається тільки згідно з рішенням надзвичайної протиепідемічної комісії.

Черевний тиф та паратифи

Госпіталізація обов'язкова. Залишення хворого вдома допускається з дозволу епідеміолога.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Встановлюється медичне спостереження протягом 21 дня з моменту госпіталізації хворого (щоденна термометрія, однократне бактеріологічне дослідження випорожнень та дослідження крові за допомогою РПГА). Проводиться триразове фагування.

При виділенні збудника з випорожнень повторно досліджують випорожнення, а також сечу й жовч для з'ясування виду носійства. При позитивному результаті РПГА (титр вище ніж 1:40) проводять однократне бактеріологічне дослідження випорожнень, сечі та жовчі.

Допуск у колектив. Реконвалесцентів після черевного тифу допускають у колектив без додаткового обстеження.

Учні шкіл та шкіл-інтернатів допускаються в колектив, а у випадку виявлення носійства відсторонюються від чергувань по харчоблоку та ідальні.

Дошкільники-бактеріоносії в колектив не допускаються та направляються до стаціонару для обстеження та доліковування.

Диспансеризація. Всі діти, що перехворіли на черевний тиф, спостерігаються протягом 3 міс. У перший місяць медичний огляд та термометрію проводять щотижня, на третьому місяці – 1 раз на 2 тиж. При підвищенні температури або погіршенні стану здоров'я необхідне бактеріологічне дослідження калу, сечі, крові. Якщо виникає рецидив потрібна повторна госпіталізація.

Після закінчення терміну диспансерного спостереження виконують бактеріологічне дослідження калу, сечі та жовчі (дітям старше 12 років) і реакцію Vi-аглютинації (реакція Відаля). На хворого оформлюють карту інфекційного захворювання, яку передають в СЕС, де він перебуває на обліку 2 роки. Після закінчення цього терміну спостереження повторюються посіви й серологічне дослідження. При негативних результатах досліджень перехворілих знімають з обліку в СЕС, при позитивному результаті проводять їхнє доліковування та відсторонення від чергувань по харчоблоку.

Бактеріоносії спостерігаються в КІЗ протягом 3 міс. При виявленні бактеріоносія серед дітей загальноосвітніх шкіл і шкіл-інтернатів їм дозволяється відвідування шкіл, але їх не допускають до участі в роботі, пов'язаній з готуванням, транспортуванням і роздачею харчових продуктів та води.

При виявленні бактеріоносіїства у дітей дошкільного віку їх не допускають у дитячі дошкільні заклади й направляють на госпіталізацію для обстеження та лікування.

Імунопрофілактика. Може бути виконана наступними препаратами:

1. Хімічна сорбована черевнотифозна моновакцина вводиться за епідемічними показаннями дорослим і дітям з 15 років.

2. Черевнотифозна спиртова вакцина, збагачена Vi-антигеном, використовується для профілактики черевного тифу дорослим і дітям з 7 років.

3. Полівалентний черевнотифозний сухий бактеріофаг з кислотостійким покриттям застосовується за епідемічними показаннями у вогнищах черевного тифу дорослим і дітям старше 6 міс.

Загальна профілактика. Спрямована на проведення загальносанітарних заходів з покращання якості водопостачання, санітарного очищення населених пунктів, каналізації, боротьбу з мухами та ін. Раціональне вигодовування дітей раннього віку, заключна дезінфекція

Шигельоз

Госпіталізація. Здійснюється за клінічними та епідемічними показаннями.

Ізоляція контактних. Не проводиться. Установлюється медичне спостереження протягом 7 днів для виявлення повторних захворювань у вогнищі. Крім того, діти й персонал дошкільних закладів (з появою там повторних випадків захворювання), організовані дошкільники із квартирних вогнищ підлягають одноразовому бактеріологічному дослідженню випорожнень у перші 3 дні спостереження. Бактеріоносіїв госпіталізують для уточнення діагнозу та лікування.

З одночасною появою випадків захворювання в декількох групах дошкільного закладу бактеріологічно обстежуються всі контактні діти, персонал груп, працівники харчоблока й весь інший обслуговуючий персонал. Кратність обстеження визначається епідеміологом.

Допуск у колектив без додаткового обстеження. Дітей з дитячих будинків та шкіл-інтернатів не допускають до чергувань на харчоблоці й у їдальні протягом 2 міс (діти, що перенесли загострення хронічної дизентерії – протягом 6 міс). Дошкільники, що перенесли загострення хронічної дизентерії, можуть відвідувати колектив після 5 днів медичного спостереження, при задовільному загальному стані, нормальній температурі, відсутності дисфункції ШКТ і негативному результаті одноразового контрольного бактеріологічного дослідження.

При тривалому виділенні шигел дошкільники в колектив не допускаються.

Диспансеризація. Реконвалесценти з організованих дошкільних дитячих закладів, реконвалесценти зі шкіл-інтернатів підлягають диспансеризації в КІЗ протягом трьох місяців з однократним бактеріологічним дослідженням випорожнень наприкінці періоду спостереження; реконвалесценти після хронічного шигельоз – протягом 6 міс, а також бактеріоносії, що довгостроково виділяють збудника, та реконвалесценти з довгостроковим нестійким функціональним станом ШКТ із щомісячним бактеріологічним дослідженням і оглядом лікаря.

Імунопрофілактика. Застосовують полівалентний дизентерійний бактеріофаг з кислотостійким покриттям у періоді сезонного підйому захворюваності із профілактичною метою в неблагополучних за захворюваністю дошкільних закладах.

Загальна профілактика. Санітарний нагляд за водопостачанням, каналізацією, збором і знешкодженням нечистот; санітарний контроль за харчовими об'єктами; санітарна освіта. Раціональне вигодовування дітей раннього віку. Заключна дезінфекція.

Завдання до самоконтролю

1. В яких межах коливається інкубаційний період при черевному тифі?
A. 6–12 днів. B. 10–25 днів. C. 3–21 днів. D. 30–40 днів. E. 1–7 днів.
2. Вкажіть строки медичного спостереження за особами, які контактували з хворим на черевний тиф.
A. 21 день. B. 10 днів. C. 14 днів. D. 30 днів. E. 25 днів.
3. Вкажіть строки диспансерного нагляду за дітьми, які перехворіли на черевний тиф.
A. 1 рік. B. 3 міс. C. 2 роки. D. 6 міс. E. 9 років.
4. Вкажіть мінімальний та максимальний строки інкубаційного періоду при вітряній віспі.
*A. 10–21/23 дні. C. 7–15 днів. E. 1–7 днів.
B. 10–15 днів. D. 10–30 днів.*
5. Вкажіть строки ізоляції дітей віком до 7 років, які раніше не щеплені та не хворіли, але були в контакті з хворим на вітряну віспу.
*A. Не ізолюються. D. 3 10-го по 14 день.
B. 3 1-го по 10-й день. E. 3 10-го по 21/23 день.
C. 3 14-го по 21/23-й день.*
6. Вкажіть строки диспансерного нагляду за реконвалесцентами після вітряної віспи.
A. 1 міс. B. 2 міс. C. 3 міс. D. 6 міс. E. 1 рік.
7. Вкажіть мінімальний та максимальний строки інкубаційного періоду при вітряній віспі у осіб, яким був введений імуноглобулін проти вітряної віспи.
A. 11–23 дні. B. 10–15 днів. C. 7–15 днів. D. 10–30 днів. E. 1–7 днів.
8. Вкажіть строки інкубаційного періоду при кору.
A. 13–23 дні. B. 10–15 днів. C. 7–17 днів. D. 10–30 днів. E. 1–7 днів.
9. Вкажіть строки ізоляції дітей, які раніше не щеплені проти кору та не хворіли, але були в контакті з хворим на кір.
*A. 3 1-го по 7-й день з початку контакту.
B. 3 8-го по 14-й день з початку контакту.
C. 3 8-го по 17-й день з початку контакту.
D. 3 10-го по 23-й день з початку контакту.
E. 3 11-й по 30-й день з початку контакту.*
10. Вкажіть строки диспансерного нагляду за дітьми, які хворіли на кір.
A. 1 рік. B. 6 міс. C. 3 міс. D. 1 міс. E. 2 міс.
11. Вкажіть мінімальний та максимальний строки інкубаційного періоду при паротитній інфекції.
*A. 10–21/23 дні. C. 7–15 днів. E. Від декількох годин до 7 днів.
B. 10–15 днів. D. 10–30 днів.*

12. Вкажіть строки диспансеризації реконвалесцентів після нервової форми паротитної інфекції.
A. 1 міс. B. 2 міс. C. 6 міс. D. 1 рік. E. 2 роки.
13. Вкажіть строки диспансеризації дітей, які перехворіли на кашлюк із тривалим перебігом та змінами у легенях.
A. 1 міс. B. 3 міс. C. 6 міс. D. 1 рік. E. 2 роки.
14. Вкажіть строки ізоляції дітей до 7 років життя, які контактували з хворим на кашлюк, але не були щеплені та не хворіли на кашлюк.
A. 7 днів. B. 14 днів. C. 21 день. D. 30 днів. E. Не ізолюють.
15. Вкажіть строки диспансерного спостереження реконвалесцентів після грипу.
A. 2 тиж. C. 3 міс. E. Диспансеризації не підлягають.
B. 1 міс. D. 6 міс.
16. Вкажіть термін ізоляції дітей, які контактували з хворим на грип.
A. 2 дні. B. 7 днів. C. 10 днів. D. 14 днів. E. 21 день.
17. Дитина 6 років хворіла на ВГА середнього ступеня тяжкості. Зі стаціонару виписана з повним клінічним одужанням, однак показник АЛТ перевищував норму в 1,5 рази. Яка тривалість диспансерного спостереження?
A. Протягом 3 міс. D. Протягом 2 років.
B. Протягом 6 міс. E. Немає потреби у спостереженні.
C. Протягом 12 міс.
18. Обов'язковій госпіталізації підлягають хворі на перелічені хвороби, за винятком:
A. Хворих на дифтерію. D. Хворих на висипний тиф.
B. Хворих на черевний тиф. E. Хворих на краснуху.
C. Хворих на гострий вірусний гепатит.
19. Яка ситуація може бути епідемічним показанням до госпіталізації?
A. Захворювання на кір, якщо разом із хворим мешкає дитина 4 років, яка щеплена проти кору.
B. Захворювання на краснуху, якщо дитина мешкає у приватному будинку.
C. Захворювання на вітряну віспу, якщо у будинку поряд із хворим мешкає старший брат, який хворів на вітряну віспу.
D. Захворювання на скарлатину, якщо разом із хворим у квартирі мешкає учень 5-го класу загальноосвітньої школи.
E. Захворювання на сальмонельоз учня школи-інтернату.
20. Вкажіть строки ізоляції осіб, які контактували з хворим на вірусний гепатит В.
A. 3 міс. B. 6 міс. C. 1 міс. D. 1 рік. E. Ізоляція не проводиться.
21. Протягом якого терміну проводиться диспансерне спостереження реконвалесцентів після гострого шигельозу?
A. 6 міс. B. 1 міс. C. 2 міс. D. 3 міс. E. Не проводиться.

22. У вихователя дитсадка при бактеріологічному дослідженні слизу носоглотки виділені *N. meningitidis*. Вкажіть строки медичного спостереження за особами, що контактували.
A. 14 днів. B. 10 днів. C. 5 днів. D. 20 днів. E. 1 міс.
23. Вкажіть строки диспансерного нагляду за дітьми, які перехворіли на інфекційний мононуклеоз.
A. 1 міс. B. 6 міс. C. 3 міс. D. 9 міс. E. 1 рік.
24. У 2 школярів 3-го класу зі слизу зівя виділено токсигенні коринібактерії дифтерії. Які дії слід вважати першочерговими щодо запобігання поширенню дифтерії?
*A. Уведення протидифтерійної сироватки.
B. Провести профілактику антибіотиком.
C. Визначити імунний статус дітей, що контактували в осередку.
D. Імунізація контактних дітей та дорослих в осередку.
E. Провести медичне спостереження протягом 10 днів.*
25. Вкажіть строки диспансеризації реконвалесцентів після гострого гепатиту В.
A. 1 міс. B. 3 міс. C. 2 роки. D. 6 міс. E. 1 рік.
26. Вкажіть строки диспансерного нагляду за реконвалесцентами після менінгококового менінгоенцефаліту.
A. 1 міс. B. 3 міс. C. 2 роки. D. 6 міс. E. 1 рік.
27. Вкажіть строки медичного спостереження за особами, які контактували з хворим на поліомієліт.
A. 10 днів. B. 14 днів. C. 21 день. D. 25 днів. E. 30 днів.
28. Вкажіть строки диспансерного нагляду за дитиною, яка перехворіла на висипний тиф, ускладнений менінгітом.
A. 1 міс. B. 3 міс. C. 2 роки. D. 6 міс. E. 1 рік.
29. Вкажіть строки медичного спостереження за дітьми в осередку сальмонельозу.
A. 7 днів. B. 14 днів. C. 21 день. D. 25 днів. E. 30 днів.
30. Вкажіть строки медичного спостереження й кратність бактеріологічного дослідження калу дітей, які перебували в осередку холери.
*A. Протягом 1 міс без дослідження калу.
B. Протягом 2 тиж з одноразовим дослідженням калу.
C. Протягом 3 міс зі щомісячним дослідженням калу.
D. Протягом 1 міс зі щотижневим дослідженням калу.
E. Протягом 1 тиж зі щоденним дослідженням калу.*
31. Вкажіть строки диспансерного нагляду за дітьми, які перехворіли на ешерихіоз.
A. 1 міс. B. 3 міс. C. 2 міс. D. 6 міс. E. 9 міс.

32. Що робити з використаним одноразовим медичним шприцом?

A. Викинути разом із побутовим сміттям.

B. Промити у проточній воді та викинути.

C. Залити на одну годину розчином дезінфектанту, викинути разом із побутовим сміттям.

D. Розібрати шприц, залити на одну годину розчином дезінфектанту та утилізувати.

E. Розібрати та викинути разом із побутовим сміттям.

Вірні відповіді

1 – С. 5 – Е. 9 – С. 13 – D. 17 – В. 21 – D. 25 – Е. 29 – А.
2 – А. 6 – А. 10 – D. 14 – В. 18 – Е. 22 – В. 26 – С. 30 – С.
3 – В. 7 – А. 11 – А. 15 – В. 19 – Е. 23 – В. 27 – С. 31 – В.
4 – А. 8 – С. 12 – Е. 16 – В. 20 – Е. 24 – С. 28 – С. 32 – D.

**КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ІМУНІТЕТУ
ПРОТИ ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
(за Подаваленко А.П. та ін., 2008)**

Інфекції	Методи дослідження	Мінімальний "захисний" рівень антитіл	Високий "захисний" рівень антитіл	Рівень імунітету, при якому імунізація	
				Небажана	Небезпечна
Кашлюк	РА	1:80	1:640 та більше	1:640	1:2560 та більше
Дифтерія	ІФА* РНГА	0,01 МО/мл 1:40	1,0 МО/мл 1:640 та більше	1,0 МО/мл 1:640 та більше	понад 3,0 МО/мл
Правець	ІФА* РНГА	0,01 МО/мл 1:20	1,0 МО/мл 1:320 та більше	1,0 МО/мл 1:320	понад 5,0 МО/мл
Кір	РНГА РТГА	1:10 1:4	1:80 та більше 1:64 та більше	1:40 1:64	1:80 та більше 1:64 та більше
Епідемічний паротит	РТГА ІФА*	1:10 0,2 МО/мл	1:160 та більше 1,3 МО/мл	Даних немає	Даних немає
Поліомієліт	РН	1:4–1:8	1:64 та більше	Даних немає	Даних немає
Гепатит В	ІФА*	0,01 МО/мл	Понад 10 МО/мл	Даних немає	Даних немає
Краснуха	ІФА*	10 МО/мл	Понад 50 МО/мл	Даних немає	Даних немає

* Критерії оцінки можуть змінюватися залежно від характеристики тест-системи.

**ТЕРМІН ВІДСТОРОНЕННЯ ОСІБ, ЯКІ БУЛИ В КОНТАКТІ
З ХВОРИМИ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ,
НЕБЕЗПЕЧНІ ДЛЯ НАВКОЛИШНІХ**

Інфекційна хвороба	Особа, яка відсторонюється	Термін відсторонення
Холера	Діти і дорослі	До отримання триразового негативного результату дослідження на холерні вібриони, але не менше 5 днів з дня контакту
Чума	Діти і дорослі	6 днів із дня контакту за наявності нормальної температури
Епідемічний паротит	Діти до 10 років, які не хворіли на епідемічний паротит	11 днів (з 11-го по 21-й день від початку контакту)
Менінгококова інфекція (всі форми)	Діти та дорослі, які обслуговують дитячі лікарні й дитячі заклади	До отримання 2-разового негативного результату бак. дослідження слизу з носоглотки на менінгококи
Поліомієліт	Діти віком до 15 років, які не хворіли на поліомієліт, дорослі, що працюють у дитячих закладах та на харчових підприємствах	20 днів із дня контакту за умови нормальної температури та відсутності дисфункції кишечника і катаральних явищ верхніх дихальних шляхів
Кашлюк	Діти до 10 років, які не хворіли на кашлюк	20 днів із дня контакту за умови відсутності кашлю
Черевний тиф і паратифи	Працівники підприємств центрального водопостачання, харчової промисловості, громадського харчування, а також персонал, який обслуговує лікувальні, дитячі заклади, санаторії та будинки відпочинку і має безпосереднє відношення до продуктів харчування та обслуговує хворих і відпочивальників	До отримання дворазового негативного результату (з обов'язковим уживанням проносного препарату) бактеріологічного дослідження калу і сечі

Інфекційна хвороба	Особа, яка відсторонюється	Термін відсторонення
Вітряна віспа	Діти віком до 7 років, що не хворіли на вітряну віспу	11 днів (із 11-й по 21-й день від початку контакту)
Дифтерія	Діти і дорослі	До одноразового негативного дослідження слизу з мигдаликів і носа за відсутності гострих запальних явищ носоглотки. В разі виділення збудника дифтерії бактеріології госпіталізуються
Скарлатина	Діти, які відвідують дошкільні заклади та перші два класи школи	7 днів із дня ізоляції хворого або 7 днів після закінчення лікування хворого вдома
Кір	Діти	Для нещеплених із 8-го по 17-й день, для щеплених/після гамма-глобуліну – із 8-го по 21-й день від початку контакту

Додаток 3

ПЕРЕЛІК ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ, ПРИ ЯКИХ ПРОВІДИТЬСЯ ОБОВ'ЯЗКОВА ЗАКЛЮЧНА ДЕЗІНФЕКЦІЯ*

Інфекційна хвороба	Виконавець
Чума, холера, поворотний тиф, рикетсіози (висипний тиф, хвороби Бриля, гарячка Ку), сибірка, червний тиф, паратифи	Дезінфекційний відділ СЕС або ДС
Поліомієліт та інші ентеровірусні інфекції (Коксакі, Екхо), туберкульоз, дифтерія, лепра, грибові захворювання волосся, шкіри та нігтів (мікроспорія, трихофітія, руброфітія), короста	Дезінфекційний відділ СЕС, ДС або амбулаторія сімейної медицини
Шигельоз, сальмонельози, ешерихіози, гострі гастроентерити і гастроентероколіти	Дезінфекційний відділ СЕС, ДС або амбулаторія сімейної медицини. На харчових об'єктах, у дитячих закладах, готелях, гуртожитках, у квартирах – за епідемічними показаннями
Вірусний гепатит (крім установленого В та С)	Дезінфекційний відділ СЕС, ДС або амбулаторія сімейної медицини. Крім вогнищ в індивідуальних малонаселених квартирах з усіма зручностями, де не більше однієї дитини
Менінгіт, орнітоз	Дезінфекційний відділ СЕС, ДС або амбулаторія сімейної медицини – за епідемічними показаннями
Гельмінтози (ентеробіоз, гімінолепідоз)	Персонал дитячих закладів під керівництвом райСЕС чи ДС

Примітки:

1. Проводиться після госпіталізації хворого (носія) або смерті.
2. Дезінфекція обов'язкова також при підозрі на вказані інфекції.
3. При інфекції з імовірним водним шляхом передачі виникає необхідність знезараження джерела водопостачання, в першу чергу за наявності у вогнищі колодязя.

ОСНОВНІ НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ

Основні нормативні документи, які регламентують роботу лікарів лікувально-профілактичних закладів України, фахівців управління охорони здоров'я населення та професорсько-викладацького складу вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації:

1. Наказ МОЗ України № 246 від 21.12.93 р. "Про удосконалення заходів профілактики епідемічного висипного тифу та хвороби Бриля".

2. Закон України № 4004-XII від 24.02.94 р. "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".

3. Наказ МОЗ України № 38 від 28.09.94 р. "Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом".

4. Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.95 р. "Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб".

5. Наказ МОЗ України № 237 від 30.07.96 р. "Про затвердження Порядку організації стаціонарів вдома для дорослих, хворих на легкі форми вірусного гепатиту А".

6. Наказ МОЗ України № 167 від 30.05.97 р. "Про удосконалення протихолерних заходів" зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 188 від 17.05.2001 р.

7. Наказ МОЗ України № 30 від 9.02.98 р. "Про заходи щодо профілактики та боротьби з грипом та гострими респіраторними інфекціями в Україні".

8. Наказ МОЗ України № 96 від 15.04.98 р. "Про вдосконалення заходів щодо запобігання хвороб на поліомієліт в Україні".

9. Наказ МОЗ України № 168 від 23.06.98 р. "Про створення лабораторної мережі з діагностики поліомієліту та гострих в'ялих паралічів".
Зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 246 від 06.10.00 р.

10. Наказ МОЗ України № 192 від 03.08.99 р. "Про заходи щодо покращання бактеріологічної діагностики дифтерії в Україні".

11. Наказ МОЗ України № 44 від 03.03.00 р. "Про підготовку документації для сертифікації ліквідації поліомієліту".

12. Закон України № 1642-III від 06.04.2000 "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".

13. Закон України № 1645-III від 6.04.2000 р. "Про захист населення від інфекційних хвороб".

14. Закон України № 913-IV від 05.06.2003 "Про внесення зміни до Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб".

15. Закон України № 3037-III від 07.02.2002 "Про внесення змін до Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".

16. Закон України № 2137-IV від 02.11.2004 "Про внесення змін до Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".

17. Наказ МОЗ України № 120 від 25.05.00 р. "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД".

18. Наказ МОЗ України № 344 від 15.12.00 р. "Про затвердження методичних рекомендацій з удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД".

19. Наказ МОЗ України № 309 від 26.07.01 р. "Про застосування в системі імунізації відкритих багатодозних флаконів вакцини проти гепатиту В".

20. Наказ МОЗ України № 415 від 19.10.01 р. "Про затвердження Переліку інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови у наданні дозволу на імміграцію в Україну".

21. Закон України № 2776-III від 15.11.2001 "Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення".

22. Наказ МОЗ України № 490/59 від 10.12.01 р. "Про заходи щодо профілактики захворювань на бруцельоз".

23. Наказ МОЗ України № 280 від 23.07.02 р. Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може привести до поширення інфекційних хвороб".

24. Наказ МОЗ України № 502 від 28.12.02 р. Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів.

25. Наказ МОЗ України № 173 від 15.04.03 р. "Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД".

26. Наказ МОЗ України № 191 від 05.05.03 р. "Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина»".

27. Типова навчальна програма для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації з дитячих інфекційних хвороб, що затверджена начальником головного управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення МОЗ України О.П. Волосовець від 14 травня 2003 р.

28. Наказ МОЗ України № 52 від 31.01.2005 р. "Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "спеціаліст" кваліфікації "лікар" у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації України за спеціальностями "лікувальна справа", "педіатрія", "медико-профілактична справа".

29. Наказ МОЗ України № 595 від 16.09.11 р. "Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів".

30. Протоколи діагностики та лікування захворювання у дітей: інфекційні хвороби, імунологія, пульмонологія / за ред. С.О. Крамарева, П.П. Сокура, Л.І. Чернишової // Довідник "VADEMECUM Доктор Сімейний лікар". – Київ : Тов. "ГІРА "Здоров'я України", 2006. – 372 с.

31. Постанова КМ України № 1642 від 16.10.98 р. "Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції";

32. Приказ МЗ ССРСР № 139 от 02.03.89 г. "О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране".

33. Приказ МЗ ССРСР № 408 от 12.07.89 г. "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране".

34. Приказ МЗ ССРСР №858 от 01.12.88 г. "О мерах по совершенствованию лечебно-диагностических и профилактических мероприятий по борьбе с менингококковой инфекцией и внедрению эпидемиологического надзора".

35. Приказ МЗ ССРСР № 171 от 27.04.90 г. "Об эпидемиологическом надзоре за малярией".

36. Приказ МЗ УССР № 554 от 19.09.84 г. "Об усилении мероприятий по борьбе и профилактике описторхоза в Украинской ССР".

37. Приказ МЗ УССР № 18 от 08.01.86 г. "Об усилении мероприятий по профилактике сальмонеллезов".

38. Приказ МЗ УССР № 579 от 15.10.86 г. "Об усилении борьбы с гельминтозами".

39. Наказ № 14/169 від 27.11.92 р. "Про заходи профілактики трихінельозу та ліквідації його осередків", затверджений Головним державним інспектором ветеринарної медицини України та головним санітарним лікарем України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інфекційні хвороби у дітей / А.М. Михайлов, Л.О. Трішкова, С.О. Крамарев, О.М. Кочеткова. – К. : Здоров'я, 1998. – 418 с.
2. Медицина дитинства / за ред. П.С. Мощича. – К. : Здоров'я, 1999. – Т. 3. – 768 с.
3. Профілактична та протиепідемічна робота в практиці сімейного лікаря / В.М. Ждан, В.П. Лисак, Г.М. Дубинская та ін. – Полтава : АСМІ, 2004. – 166 с.
4. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. И.В. Богдельникова, М.В. Лободы, А.В. Кубышкина. – Симферополь–Киев : Престиж-Люкс, 2005. – 387 с.
5. Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья / под ред. М.П. Костинова. – М. : Медицина для всех, 2002. – 159 с.
6. Костинов М.П. Вакцины нового поколения в профилактике инфекционных заболеваний / М.П. Костинов, Э.Б. Гурвич. – М. : Медицина для всех, 2002. – 151 с.
7. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В.Ф. Учайкин. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 808 с.
8. Кузнецов С.В. Клинико-диагностическое обследование и иммунопрофилактика детей : метод. указ. для студентов V–VI курсов мед. ф-тов и врачей-интернов / С.В. Кузнецов, Н.Н. Закревский, А.Н. Татаркина. – Харьков : ХГМУ, 2005. – 32 с.

Навчальне видання

Кузнецов Сергій Володимирович
Вашев Єгор Андрійович
Копійченко Тетяна Сергіївна
Кірсанова Тетяна Олександрівна
Ольховська Ольга Миколаївна
Вовк Тетяна Григорівна
Татаркіна Алла Миколаївна
Жаркова Тетяна Сергіївна
Кучеренко Олена Олегівна

**ПРОФІЛАКТИКА
ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

*Навчальний посібник
для студентів V–VI курсів
та лікарів-інтернів*

Відповідальний за випуск Кузнецов С.В.



Редактор М.В. Тарасенко
Коректор С.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

План 2014, поз. 49.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 5,0.
Тираж 150 прим. Зам. № 14-3155.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**ПРОФІЛАКТИКА
ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
У ДІТЕЙ**

*Навчальний посібник
для студентів V–VI курсів
та лікарів-інтернів*

