

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ «ЗАЩИЩЕННОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

РЕЗОЛЮЦИЯ

Участники Ассамблеи «Защищенное поколение»,

1. заслушав и обсудив доклады выступающих в ходе

- 1.1. симпозиума «РСВ инфекция. Чей пациент? Неонатолог, педиатр, пульмонолог, кардиолог? Мультидисциплинарный подход к профилактике РСВ инфекции»,
- 1.2. симпозиума «Ротавирусная инфекция: колесо фортуны»,
- 1.3. пленарного заседания «Иммунопрофилактика в РФ 2020-2035 гг.: от стратегии к тактике»
- 1.4. симпозиума «Современная оценка значимости ветряной оспы. Новые данные клинического исследования»,
- 1.5. симпозиума «Календарь прививок: изменения и перспективы»,
- 1.6. симпозиума «ВПЧ: вакцинация или жизнь»,
- 1.7. панельной дискуссии «Вакцинация от пневмококковой инфекции: где мы сейчас и куда мы движемся»,
- 1.8. круглого стола «Вакцинопрофилактика диарейных инфекционных болезней у детей»,
- 1.9. медицинского диспута: «Вакцинация: моя жизнь – мои правила»,
- 1.10. медицинского ток-шоу «Пусть прививают!» В фокусе: вакцинопрофилактика гриппа»,
- 1.11. круглого стола «Адаптация рекомендаций ВОЗ по профилактике туберкулеза у детей РФ: невозможное – возможно?»,
- 1.12. круглого стола «Как контролировать ветряную оспу в России»,
- 1.13. симпозиума «Совместными усилиями на пути к эффективной вакцинопрофилактике»,

2. констатируют:

2.1. по итогам симпозиума «РСВ инфекция. Чей пациент? Неонатолог, педиатр, пульмонолог, кардиолог? Мультидисциплинарный подход к профилактике РСВ инфекции»:

- 2.1.1. респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) является основной причиной тяжелых инфекций нижних дыхательных путей у детей до 2-х лет, приводящих к госпитализации, необходимости в дополнительном кислороде и искусственной вентиляции легких (ИВЛ);

- 2.1.2.** по данным НИИ Гриппа, частота РСВИ у детей до 2-х лет, госпитализированных с инфекциями нижних дыхательных путей, составляет 38%, что превышает госпитализацию по причине гриппа;
- 2.1.3.** препарат Паливизумаб, зарегистрированный в 2018 году в новой форме в виде готового раствора для инъекций, – единственное лекарственное средство, одобренное в настоящее время для профилактики тяжелой РСВИ, требующей госпитализации у детей из группы высокого риска, а именно:
- 2.1.3.1.** у недоношенных детей, рожденных на 35-й неделе беременности или ранее,
- 2.1.3.2.** у детей в возрасте ≤ 24 месяцев с хроническим заболеванием легких/бронхолегочной дисплазией,
- 2.1.3.3.** у детей в возрасте ≤ 24 месяцев с гемодинамически значимым врожденным пороком сердца,
- 2.1.4.** при равной клинической эффективности и переносимости паливизумаба в форме лиофилизата и раствора для внутримышечной инъекций последний обеспечивает снижение издержек на профилактику РСВИ;
- 2.1.5.** применение паливизумаба достоверно снижает частоту госпитализации по поводу РСВ ассоциированных инфекций нижних дыхательных путей у детей из групп риска;
- 2.1.6.** полный курс иммунопрофилактики, состоящий из 5 инъекций и выполненный в эпидемиологический сезон (октябрь-апрель) на разных этапах оказания медицинской помощи новорожденному, может обеспечить полноценную защиту от жизнеугрожающей РСВ инфекции детей групп риска;
- 2.1.7.** в проведение иммунопрофилактики вовлечены многие специальности – неонатолог, который проводит 1-ю инъекцию паливизумаба, педиатр, который продолжает курс иммунизации, пульмонолог, наблюдающий отдаленные последствия тяжелой РСВ инфекции, такие как бронхиальная астма, и кардиолог, к которому направляются дети с врожденными пороками сердца;

2.2. по итогам симпозиума «Ротавирусная инфекция: колесо фортуны» и круглого стола «Вакцинопрофилактика диарейных инфекционных болезней у детей»:

- 2.2.1.** в 2019 году в РФ было зарегистрировано 146 775 случаев острой кишечной инфекции (ОКИ) вирусной этиологии у детей, 92 329 из них приходится на ротавирусную инфекцию (РВИ);
- 2.2.2.** по данным ВОЗ, критерием адекватной вакцинации против РВИ является охват не менее 80% целевой когорты при доле лиц с неполным курсом вакцинации не более 10%; достоверные популяционные эффекты появляются при охвате иммунизацией не менее 60%;

- 2.2.3.** на сегодняшний день иммунизация против РВИ в РФ проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и охватывает небольшую часть территории, что не может в значительной мере повлиять на эпидемический процесс в масштабах страны;
- 2.2.4.** по результатам существующих региональных программ вакцинации против РВИ в РФ отмечено значительное снижение заболеваемости РВИ и количества госпитализаций по поводу РВИ;
- 2.2.5.** прямые медицинские затраты на терапию РВИ составляют (данные по г. Санкт-Петербург):
- 2.2.5.1.** 33852 руб. 70 коп. при лечении в стационаре,
 - 2.2.5.2.** 6368 руб. 00 коп. при амбулаторном лечении;
- 2.2.6.** прогнозируемое количество предотвращенных случаев заболевания РВИ при вакцинации детей 5-валентной вакциной при охвате 90% составляет:
- 2.2.6.1.** 1724 случая терапии в стационаре (на 100 тыс. населения),
 - 2.2.6.2.** 5193 случая амбулаторного лечения (на 100 тыс. населения);
- 2.2.7.** по состоянию на 2019 г. ущерб от РВИ в РФ составил 8,5 млрд рублей;
- 2.2.8.** учитывая вышесказанное в п.п. 2.2.1 – 2.2.7, эксперты считают необходимым и обоснованным включение вакцинопрофилактики РВИ в Национальный календарь профилактических прививок.

2.3. по итогам пленарного заседания «Иммунопрофилактика в РФ 2020-2035 гг.: от стратегии к тактике»

- 2.3.1.** с целью усовершенствования разрабатываемой в настоящий момент Стратегии развития иммунопрофилактики в РФ до 2035 года и применения на практике положений Стратегии необходимо:
- 2.3.1.1.** укрепить государственную политику в области иммунопрофилактики, в т.ч.:
 - 2.3.1.1.1.** закрепить на государственном уровне значимость иммунопрофилактики как инструмента обеспечения биологической безопасности страны, а на индивидуальном уровне – как инструмента формирования ЗОЖ и основы здорового долголетия;
 - 2.3.1.1.2.** сформировать среди населения активную гражданскую позицию в сфере вакцинопрофилактики;
 - 2.3.1.1.3.** установить жизненно-ценный подход к планированию и осуществлению иммунизации в качестве ключевого компонента первичной медико-санитарной помощи и всей системы здравоохранения;
 - 2.3.1.1.4.** определить и гарантировать право граждан на вакцинопрофилактику независимо от уровня их дохода и места проживания;

- 2.3.1.1.5.** внедрить и расширить использование вакцин в контексте комплексной профилактики, лечения и реабилитации заболеваний, в т.ч. онкологических, сердечно-сосудистых, неврологических и иных, ассоциированных с инфекциями и предупреждаемых с помощью вакцинации;
- 2.3.1.2.** обеспечить совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей вопросы проведения иммунизации, в т.ч.:
 - 2.3.1.2.1.** предусмотреть возможность использования альтернативных источников финансирования вакцинопрофилактики, таких как средства региональных бюджетов, страховых компаний, предприятий и организаций, личных средств граждан, ФОМС, пенсионных фондов и др.,
 - 2.3.1.2.2.** упростить применение новых вакцин, регистрируемых в РФ в связи с создавшейся эпидемической ситуацией, появлением новых инновационных возможностей общемировой иммунопрофилактики;
- 2.3.1.3.** обеспечить совместную работу общественных профессиональных организаций, исполнительной власти и главных внештатных специалистов Минздрава России для повышения осведомленности медицинских работников и населения о доказанной эффективности и безопасности вакцинопрофилактики, в т.ч. путем:
 - 2.3.1.3.1.** организации конференций, симпозиумов, круглых столов и школ для врачей,
 - 2.3.1.3.2.** создания федерального и региональных центров по формированию приверженности к вакцинопрофилактике,
 - 2.3.1.3.3.** разработки методических рекомендаций по формированию доверия к вакцинации;
 - 2.3.1.3.4.** комплексной информационно-просветительской работы с населением;
- 2.3.1.4.** разработать комплексный многолетний план вакцинопрофилактики в РФ, который должен являться частью стратегии охраны здоровья населения;
- 2.3.1.5.** своевременно расширять Национальный календарь профилактических прививок и Календарь по эпидемическим показаниям, в т.ч. использовать комбинированные вакцины;
- 2.3.1.6.** внедрить в РФ концепцию вакцинации на протяжении всей жизни, в т.ч. разработать календари профилактических прививок для взрослого населения и населения пожилого и старческого возраста;
- 2.3.1.7.** усовершенствовать эпидемиологический надзор в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, предусматривающий в т.ч.:
 - 2.3.1.7.1.** риск-ориентированные программы иммунизации,

- 2.3.1.7.2. оценку эффективности проводимых программ вакцинации с определением экономической значимости управляемых инфекций,
- 2.3.1.7.3. проведение серологического мониторинга за иммунологической структурой различных возрастных и профессиональных групп населения, состоянием популяционного иммунитета к различным вакциноуправляемым инфекциям,
- 2.3.1.7.4. мониторинг распространенности возбудителей инфекционных болезней и их серотипов при инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики, с оценкой актуальности циркулирующих штаммов для конструирования отечественных вакцин,
- 2.3.1.7.5. мониторинг и эпидемиологическое расследование причин неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде;
- 2.3.1.8. внедрить единую автоматизированную информационную систему планирования, управления и контроля за проведением иммунизации с созданием Индивидуального кабинета вакцинации (ИКВ), гармонизированного с сайтом Государственных услуг;

2.4. по итогам симпозиума «Современная оценка значимости ветряной оспы. Новые данные клинического исследования» и круглого стола «Как контролировать ветряную оспу в России»:

- 2.4.1. ветряная оспа как инфекционное заболевание представляет собой значимое экономическое бремя для РФ – 28,7 млрд. руб. в 2018 г.;
- 2.4.2. в настоящее время актуальны 3 стратегии вакцинации против ветряной оспы:
 - 2.4.2.1. универсальная массовая вакцинация (УМВ),
 - 2.4.2.2. селективная вакцинация групп риска,
 - 2.4.2.3. постэкспозиционная вакцинация;
- 2.4.3. УМВ имеет ряд преимуществ: влияние на эпидемический процесс, формирование коллективного иммунитета, снижение социально-экономического бремени;
- 2.4.4. эффективность УМВ была доказана на примере зарубежных стран;
- 2.4.5. показатели заболеваемости ветряной оспой в г. Москве остаются на высоком уровне:
 - 2.4.5.1. заболеваемость в 2019 г выросла на 33,5% по сравнению с 2018г.,
 - 2.4.5.2. наиболее часто болеют дети с 3 до 6 лет (57,4%),
 - 2.4.5.3. 2019 году зарегистрировано 1283 групповых очага (в 1,5 раза больше, чем в 2018 г.),
 - 2.4.5.4. экономический ущерб по ветряной оспе в г. Москве составил 2 млрд 162 млн 442 тыс. руб. (1 случай - 35 тыс. рублей);

- 2.4.6.** разнообразные осложнения и даже летальные исходы (энцефалит, пневмония, вторичные бактериальные осложнения и т.д.) возможны у исходно здоровых лиц;
- 2.4.7.** в соответствии с региональным календарем профилактических прививок в Москве подлежат вакцинации против ветряной оспы дети с 1 года – дважды перед поступлением в детские дошкольные учреждения, однако фактически прививается не более 10% данной группы детей, что не позволяет контролировать инфекцию;
- 2.4.8.** в ожидании Национальной программы необходимо внедрение региональных программ вакцинации против ветряной оспы;
- 2.4.9.** региональные программы иммунизации могут быть нацелены на:
- 2.4.9.1.** иммунизацию групп риска инфицирования и развития тяжелых клинических форм и осложнений (селективная иммунизация),
 - 2.4.9.2.** постэкспозиционную профилактику в организованных коллективах для предупреждения вспышечной заболеваемости,
 - 2.4.9.3.** когортную вакцинацию;
- 2.4.10.** плановая когортная вакцинация наиболее эффективная стратегия профилактики ветряной оспы на региональном уровне;
- 2.4.11.** по результатам десятилетнего клинического исследования с участием российских детей показана клиническая эффективность и напряженность иммунного ответа после вакцинации живой аттенуированной вакциной, содержащей вирус ветряной оспы;
- 2.4.12.** полученные у российской когорты результаты после вакцинации для профилактики ветряной оспы у детей второго года жизни сходны с результатами исследования в целом:
- 2.4.12.1.** 2-дозовая схема вакцинации КПКВ характеризуется эффективностью и обеспечивает долгосрочную защиту против ветряной оспы любой степени тяжести
 - 2.4.12.2.** гуморальный иммунитет против ВВЗ сохранялся в течение 10 лет после вакцинации
 - 2.4.12.3.** профиль переносимости соответствовал ожиданиям; не зарегистрировано проблем, связанных с безопасностью вакцин;

2.5. по итогам симпозиума «Календарь прививок: изменения и перспективы»:

- 2.5.1.** с учетом регулярного возникновения глобальных мировых вызовов в виде новых вирусов, оказывающих влияние как на здоровье и благополучие населения, так и на экономическую, политическую ситуацию в стране и в мире, необходимо также принять дополнительные меры для совершенствования системы иммунопрофилактики в России, для устойчивого обеспечения населения иммунобиологическими лекарственными препаратами (вакцинами), а именно:

- 2.5.1.1.** внедрять практику заключения трехлетних государственных контрактов на поставку вакцин для Национального календаря профилактических прививок (утв. приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н);
- 2.5.1.2.** для обеспечения в кратчайшие сроки защищенности населения от вакциноуправляемых (в т.ч. жизнеугрожающих) инфекций целесообразно в качестве одного из критериев для расширения НКПП определить наличие на территории РФ любой стадии производства соответствующей вакцины в достаточном количестве с учетом планов по углублению локализации;
- 2.5.1.3.** усовершенствовать НКПП посредством включения вакцин против следующих инфекций (с выделением необходимых бюджетных ассигнований):

2.5.1.3.1. гемофильной инфекции: с 2020 года для всей когорты детей первых двух лет жизни (не ограничиваясь риск-группами) по схеме, предусмотренной НКПП (3; 4,5; 6 и 18 мес.), в составе комбинированных вакцин,

2.5.1.3.2. менингококковой инфекции (серогруппы А, С, Y и W-135): для детей первых двух лет жизни из групп риска (9 и 12 мес.) с поэтапным увеличением количества прививаемых до полной когорты к 2025 году,

2.5.1.3.3. коклюша: для второй и последующих ревакцинаций детей (6-7, 14 лет);

2.5.2. также в рамках НКПП целесообразно обеспечивать более широкое применение многокомпонентных вакцин с учетом преимуществ в сравнении с однокомпонентными:

2.5.2.1. уменьшение количества инъекций для детей (с 26 до 18 инъекций при применении комбовакцин в рамках НКПП),

2.5.2.2. уменьшение количества посещений поликлиники (что особенно важно в период эпидемий и пандемий),

2.5.2.3. повышение приверженности иммунопрофилактики благодаря соблюдению графика вакцинации,

2.5.2.4. экономия в перспективе бюджетных средств, в том числе снижение расходов на утилизацию отходов).

2.6. по итогам симпозиума «ВПЧ: вакцинация или жизнь»:

2.6.1. к наиболее распространенным проявлениям папилломавирусной инфекции относят аногенитальные кондиломы, интраэпителиальные неоплазии разной локализации, рак шейки матки (РШМ), рак вульвы и влагалища, рак полового члена, анальный рак, орофарингеальный рак (при этом рак шейки матки составляет 93,5% всех случаев ВПЧ-ассоциированных опухолей);

- 2.6.2.** злокачественные образования, ассоциированные с ВПЧ-инфекцией, характеризуются высокой летальностью, инвалидизацией, потерей репродуктивной способности;
- 2.6.3.** хотя в целом смертность от злокачественных опухолей в России снижается, показатель смертности от рака шейки матки растет, а пятилетняя выживаемость остается неизменной с начала 1970-х годов — на уровне 65 процентов;
- 2.6.4.** в Российской Федерации рак шейки матки занимает второе место по заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин репродуктивного возраста (до 45 лет), при этом в структуре смертности от злокачественных новообразований у женщин до 45 лет рак шейки матки стоит на первом месте;
- 2.6.5.** за 10 лет заболеваемость раком шейки матки выросла с 17,35 на 100 тыс. женского населения в 2006 г. до 25,1 – в 2016 г.;
- 2.6.6.** показатель заболеваемости раком шейки матки за 20 лет статистически значимо увеличился в возрастной группе 25-29 лет на 90%, в возрастной группе 30-34 лет - на 148,7%, а в возрастной группе 35-39 лет - на 168,1%;
- 2.6.7.** риск инфицирования ВПЧ среди юношей и девушек в возрасте сексуального дебюта не зависит от средовых факторов, как-то воспитание, образование или социокультурный уровень;
- 2.6.8.** для инфицирования ВПЧ девушке достаточно одного полового контакта;
- 2.6.9.** начиная с 2006 г., во всем мире приоритетным направлением в профилактике рака шейки матки наряду с проведением скрининговых программ является вакцинация против ВПЧ;
- 2.6.10.** четырехвалентная вакцина против ВПЧ защищает от наиболее онкогенных типов вируса папилломы человека (16 и 18 типы), вызывающих 70% случаев рака шейки матки и большинство ВПЧ-ассоциированных раков другой локализации, а также от 6-го и 11-го типов, вызывающих 90% случаев генитальных кондилом и 100% случаев рецидивирующего респираторного папилломатоза;
- 2.6.11.** в странах, внедривших вакцинацию против ВПЧ в национальные программы, удалось на треть снизить частоту раковых и предраковых болезней, а также значительно снизить заболеваемость аногенитальными бородавками;
- 2.6.12.** мировая практика применения вакцин против ВПЧ свидетельствует об абсолютном профиле безопасности используемых препаратов: вакцина не оказывает влияния на менструальную функцию девочек и на репродуктивное здоровье женщин и мужчин;
- 2.6.13.** в связи с вышесказанным в п.п. 2.6.1 – 2.6.12 эксперты считают необходимым:

- 2.6.13.1.** включение вакцинации против ВПЧ в Национальный календарь профилактических прививок в Российской Федерации;
- 2.6.13.2.** в ожидании национальной программы необходимо внедрение региональных программ вакцинации против ВПЧ;

2.7. по итогам панельной дискуссии «Вакцинация от пневмококковой инфекции: где мы сейчас и куда мы движемся»:

- 2.7.1.** высокая эпидемиологическая эффективность вакцинации позволяет рассматривать иммунизацию против пневмококковой инфекции детей и взрослых как одну из основных составляющих в стратегии снижения заболеваемости пневмонией на территории РФ;
- 2.7.2.** реализация Национальной программы иммунизации против пневмококковой инфекции требует постоянного контроля и принятия мер на федеральном и региональном уровне для улучшения ситуации по своевременности начала иммунизации, соблюдению схемы вакцинации и полноты охвата прививками детей в декретированные сроки, а также выработке подхода к финансовому обеспечению вакцинопрофилактики ПИ детей, непривитых в декретированные сроки.
- 2.7.3.** основным путем снижения заболеваемости пневмококковыми инфекциями, как инвазивными, так и неинвазивными, является вакцинация населения
- 2.7.4.** имея подтверждение безопасности и эффективности пневмококковых конъюгированных вакцин, ВОЗ и ЮНИСЕФ считают необходимым включить эти вакцины для детей и взрослых в национальные программы иммунизации во всех странах мира.
- 2.7.5.** в соответствии с действующими федеральными клиническими рекомендациями по пневмококковой инфекции в РФ, взрослым вакцинация рекомендована в следующих схемах: у иммунокомпromетированных пациентов любого возраста первоначально рекомендуется однократная вакцинация ПКВ-13, а затем (не ранее чем через 8 нед.) – ППВ-23, через 5 лет необходимо повторное введение ППВ-23;
- 2.7.6.** лицам 18–64 лет, страдающим хроническими заболеваниями легких (ХОБЛ, БА, эмфизема), сердца (ИБС, кардиомиопатия, сердечная недостаточность), печени (в т. ч. циррозом), почек, СД, рекомендуется вводить 1 дозу ПКВ-13, затем, не ранее чем через 1 год – 1 дозу ППВ-23 Лицам в возрасте 65 лет и старше рекомендуется вводить 1 дозу ПКВ-13, затем (не ранее чем через 1 год) – 1 дозу ППВ-23 Лицам 18–64 лет, не имеющим иммунокомпromетирующих состояний, но работающим в контакте с вредными для дыхательной системы профессиональными факторами (производства с по вышенным пылеобразованием, мукомольные и т. п.), сварщикам, медицинским работникам, а также находящимся в

организованных коллективах и специальных условиях (работа вахтовым методом, пребывание в местах заключения, социальных учреждениях) требуется последовательная вакцинация ПКВ-13, далее – ППВ-23 с интервалом ≥ 1 года

2.8.по итогам медицинского диспута: «Вакцинация: моя жизнь – мои правила»:

- 2.8.1.** каждый год вакцины предотвращают более 2,5 миллионов смертельных исходов у детей во всем мире по причине вакциноуправляемых инфекций, при этом ежегодно можно было бы предотвратить еще около 2 миллионов смертельных исходов у детей с помощью иммунизации доступными в настоящее время вакцинами;
- 2.8.2.** по новым данным ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2018 г. во всем мире около 20 миллионов детей недополучили жизненно важные прививки – эти оценки свидетельствуют об опасной стагнации показателей охвата вакцинацией во всем мире в результате вооруженных конфликтов, неравенства и недоверия к вакцинации;
- 2.8.3.** показатели недоверия к вакцинации в Российской Федерации по-прежнему остаются на достаточно высоком уровне, о чем свидетельствуют результаты опроса Welcome Global Monitor, проведенного в 140 странах мира в 2018 г.;
- 2.8.4.** в Российской Федерации, как и во многих других странах, отсутствуют данные крупномасштабных исследований по оценке показателей доверия врачей к вакцинации, а также уровня знаний врачей различных специальностей по вопросам вакцинопрофилактики;
- 2.8.5.** в 2019 году ВОЗ объявила отказ от вакцинации и снижение доверия к ней одной из 10 глобальных угроз здравоохранению, наряду с такими угрозами как антибиотикорезистентность, ВИЧ, загрязнение воздуха и изменение климата и другими;
- 2.8.6.** с целью исполнения Указа Президента РФ В.В. Путина от 20 июля 2019 г. по реализации потенциала иммунизации в снижении заболеваемости и смертности от вакциноуправляемых инфекций не только у детей, но и у взрослых, а также улучшения качества жизни населения и повышения доверия к вакцинации как к элементу здорового образа жизни и средству достижения активного долголетия, увеличения продолжительности жизни необходима разработка и внедрение в практику отечественного здравоохранения Стратегии «Иммунизация на протяжении всей жизни», реализация которой должна проходить с активным участием некоммерческих профессиональных ассоциаций и специалистов всех медицинских направлений – педиатров, терапевтов, инфекционистов, эпидемиологов, аллергологов-иммунологов, онкологов, гинекологов и многих других врачебных специальностей;

2.8.7. спикерами Ассамблеи подчеркнута важность совместной работы специалистов и незаменимость мультидисциплинарного подхода в процессе разработки и внедрения Стратегии «Иммунизации на протяжении всей жизни», одним из важных результатов внедрения которой должно стать не просто повышение уровня знаний врачей по вопросам вакцинопрофилактики, а рост доверия к вакцинации, в первую очередь во врачебном сообществе, что в свою очередь несомненно приведет к росту доверия к вакцинации среди пациентов;

2.8.8. ключевое значение в роли поддержки стратегии должно быть отведено законодательной и исполнительной власти в усовершенствовании регулирования системы отечественной вакцинопрофилактики, что несомненно обеспечит повышение её эффективности и, соответственно, значимое улучшение большинства показателей общественного здоровья;

2.9. по итогам медицинского ток-шоу «Пусть прививают!» В фокусе: вакцинопрофилактика гриппа»,

2.9.1. по данным мониторинга иммунизации против гриппа, заболеваемости и случаев смерти от гриппа, заболеваемость гриппом непривитого населения в 15-20 раз выше, чем в группах, привитых против гриппа;

2.9.2. ежегодная иммунизация против гриппа с охватом не менее 40% всех социальных и профессиональных групп населения является эффективным способом снижения числа тяжелых форм заболеваний и летальности;

2.9.3. согласно рекомендациям ВОЗ, начиная с 2018 года, базовым типом вакцины для профилактики гриппа является четырехвалентная вакцина, включающая в себя следующие подтипы вируса гриппа: А H1N1, А H3N2 и две линии В с рекомендованной концентрацией гемагглютинаина не менее 15 мкг каждого из 4-х рекомендованных штаммов (всего не менее 60мкг гемагглютинаина вируса гриппа в одной дозе вакцины);

2.9.4. замена 3-валентной вакцины 4-валентной может являться наиболее значимой при вакцинации детей дошкольного и школьного возраста, а также взрослых из групп риска и старших возрастных групп;

2.9.5. РФ – седьмая страна в мире, располагающая собственным независимым производством полного цикла четырехвалентных инактивированных гриппозных вакцин, соответствующим стандартам GMP (Good manufacturing practice – Надлежащая производственная практика);

2.9.6. производимая в РФ четырехвалентная инактивированная вакцина соответствует рекомендациям ВОЗ по составу и количеству антигена;

2.9.7. несмотря на очевидную и доказанную пользу вакцинопрофилактики гриппа, наблюдаются сомнения в ее эффективности и безопасности – как среди населения, так и среди медицинских работников;

2.9.8. с целью повышения осведомленности населения, врачей и среднего медицинского персонала об эффективности и безопасности вакцинопрофилактики гриппа необходимо усилить информационную работу с перечисленными целевыми группами, путем проведения образовательных мероприятий и распространения обещающих материалов, в т.ч.

2.9.8.1. очередного выпуска видеопособия Союза педиатров России и Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Я молодец», посвященного вакцинопрофилактике гриппа;

2.10. по итогам круглого стола «Адаптация рекомендаций ВОЗ по профилактике туберкулеза у детей РФ: невозможное – возможно?»

2.10.1. в настоящее время есть объективные данные, свидетельствующие об улучшении эпидемической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации, в частности:

2.10.1.1. отмечается снижение заболеваемости и смертности во всех возрастных группах,

2.10.1.2. в большинстве регионов страны показатели заболеваемости детей практически в два раза ниже федеральных;

2.10.2. в ходе обсуждения и тематических докладов было определено, что современная научная доказательная база свидетельствует о возможности адаптации мировых подходов в отношении вакцинопрофилактики туберкулеза для России;

2.10.3. в мире приоритетным является проведение вакцинации БЦЖ в максимально раннем возрасте, доказана неэффективность ревакцинации в любом возрасте;

2.10.4. участники круглого стола считают необходимым рекомендовать пересмотр существующего национального календаря прививок и рассмотреть возможность внесения изменений по следующим пунктам:

2.10.4.1. повышение охвата первичной вакцинацией в максимально возможные ранние сроки от рождения во всех территориях Российской Федерации,

2.10.4.2. определить подходы к вакцинации у рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин новорожденных,

2.10.4.3. определить подходы к вакцинации у детей с наличием медицинских отводов и отказов родителей в раннем детском возрасте («догоняющая вакцинация»),

2.10.4.4. рассмотреть вопрос о целесообразности ревакцинации БЦЖ в 6-7 лет;

2.11. по итогам симпозиума «Совместными усилиями на пути к эффективной вакцинопрофилактике»:

- 2.11.1.** основными проблемами, которые препятствуют рутинному проведению профилактических прививок детскому населению на территории РФ являются:
- 2.11.1.1.** недостаток времени для обсуждения с родителями вопросов профилактики на приёме врача первичного звена;
 - 2.11.1.2.** несогласованность специалистов различного профиля;
 - 2.11.1.3.** нескоординированность действий при организации практики профилактических прививок в медицинском учреждении;
 - 2.11.1.4.** несовершенство ряда действующих нормативно-правовых документов, определяющих проведение вакцинопрофилактики;
- 2.11.2.** родительское сообщество ждет более активной поддержки проводимой вакцинопрофилактики со стороны врачей и среднего медицинского персонала;
- 2.11.3.** необходима совместная работа в области информирования и популяризации вопросов вакцинопрофилактики с использованием всех доступных каналов коммуникаций, в т.ч. цифровых медиа:
- 2.11.3.1.** среди медицинского персонала – на этапе подготовки медицинских специалистов и непрерывного медицинского образования;
 - 2.11.3.2.** среди населения;
- 2.11.4.** необходимо активное участие органов государственной власти на всех этапах продвижения и поддержки системы организации современной вакцинопрофилактики.