

**РЕЗОЛЮЦИЯ
V НАЦИОНАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ
«ЗАЩИЩЕННОЕ ПОКОЛЕНИЕ»**

Участники V Национальной ассамблеи «Защищенное поколение», заслушав и обсудив доклады и выступления в рамках научной программы, констатируют:

- 1. По результатам «Симпозиума Российско-Белорусской дружбы: вакцинопрофилактика – защита от болезней без границ»:**
 - 1.1.** симпозиум позволил обозначить основные преимущества и недостатки национальных систем вакцинопрофилактики обеих стран;
 - 1.2.** в ходе обсуждения стало ясно, что проблемы в виде угрозы управляемых инфекций схожи в России и Беларуси, как например, сохраняющаяся высокая заболеваемость коклюшем, а возможности борьбы вполне достижимы и универсальны;
 - 1.3.** особое значение придается оптимизации календаря профилактических прививок в качестве приоритетной задачи стратегического развития всей системы национальной вакцинопрофилактики;
 - 1.4.** докладчик из Департамента здравоохранения г. Москвы представила инновационный опыт в области информатизации здравоохранения в вопросе учёта проведения вакцинопрофилактики, а руководитель московской поликлиники поделилась собственными данными усовершенствования рутинной системы вакцинации в условиях учреждения первичной медико-санитарной помощи, что может быть внедрено в других регионах РФ и в Республике Беларусь;

- 2. По результатам симпозиумов «Ротавирусная инфекция – риски, которых можно избежать» и «Кинозал Союза педиатров России»:**
 - 2.1.** по заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ротавирусы вызывают от 50 до 60% всех диарей, связанных с ИСМП, у детей в возрасте 0-24 месяца, часть из которых заканчиваются летальным исходом;
 - 2.2.** по данным зарубежной литературы, частота инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, вызванных ротавирусной инфекцией, составляет 27-32%;
 - 2.3.** по данным на 2016 г. в мире произошло 128 500 детских смертей, обусловленных ротавирусной инфекцией (РВИ) по сравнению с 528 000 случаев смерти, зарегистрированных в 2000 г.;

- 2.4.** диагноз тяжелого ротавирусного гастроэнтерита (РВГЭ) устанавливается у 47 – 69% всех госпитализированных пациентов в возрасте от 4 до 12 месяцев жизни;
- 2.5.** в результате комплексных эпидемиологических и клинико-лабораторных исследований и наблюдений, проведенных среди детей до 1 года, госпитализированных в инфекционные больницы г. Москвы, а также среди новорожденных и рожениц – РВГЭ был диагностирован у 60-65% детей до 1 года;
- 2.6.** у многих детей РВИ протекает легко, но невозможно предсказать, у кого будет тяжелое течение; большинство тяжелых случаев РВГЭ происходит у детей в возрасте 6-24 месяцев жизни;
- 2.7.** парадигма РВИ как локализованного заболевания, ограниченного только поражением слизистой оболочки тонкого кишечника, требует переоценки с учетом доказанной возможности ее генерализованного течения, а также развития внекишечных форм:
- 2.7.1.** в работах зарубежных авторов указывается на возможность поражения ЦНС у детей, перенесших РВИ, подтвержденное обнаружением в ликворе РНК ротавируса методом ПЦР;
- 2.7.2.** помимо поражения ЖКТ в виде гастроэнтерита у них отмечались судороги, нарушение сознания и речи различной степени, атаксия;
- 2.7.3.** у половины больных при спинномозговой пункции определялся плеоцитоз, а также были выявлены соответствующие патологические изменения на ЭЭГ и компьютерной томограмме;
- 2.7.4.** описаны также энцефалопатия, менингоэнцефалит и сопутствующий церебеллит, бессимптомный гепатит в периоде реконвалесценции инфекции, кардиомиопатии инфекционного генеза;
- 2.7.5.** в популяции с рутинной вакцинацией против РВИ в США в период 2006–2017 гг. отмечено снижение риска развития диабета 1 типа на 33% среди привитых против РВИ по сравнению с невакцинированными;
- 2.8.** иммунизация против РВИ в Российской Федерации проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям с 2014 года пентавалентной вакциной РотаТек; однако несмотря на рост количества привитых против РВИ в настоящее время, до сих пор иммунизацией охвачена лишь небольшая часть территории страны, что не может в значительной мере повлиять на эпидемический процесс в масштабах страны;
- 2.9.** по данным ВОЗ, критерием адекватной вакцинации является охват не менее 80% целевой когорты детского населения при доле лиц с неполным курсом вакцинации не более 10%; достоверные

- популяционные эффекты проявляются при охвате иммунизацией против РВИ не менее 60%;
- 2.10. согласно позиции ВОЗ в отношении вакцинации против ротавирусной инфекции, ротавирусные вакцины должны быть включены во все национальные программы иммунизации и рассматриваться как приоритетные;
 - 2.11. по данным на апрель 2020 г., вакцинация против РВИ была включена в календари прививок 107 стран, глобальный охват иммунизацией к 2020 г. составил 58%;
 - 2.12. лучшей профилактикой РВИ во всех когортах является своевременная вакцинация.
3. По результатам симпозиума **«Актуальные вопросы развития вакцинопрофилактики в РФ в ближайшей перспективе»:**
- 3.1. Вакцинопрофилактика – инструмент демографической политики, обеспечивающий:
 - 3.1.1. снижение заболеваемости, смертности и активное долголетие;
 - 3.1.2. вакцинация – самое эффективное и экономически выгодное профилактическое мероприятие, известное современной медицине;
 - 3.2. преимуществами программ иммунизации в развитых странах являются:
 - 3.2.1. более высокий потенциал эффективности за счёт обширного наполнения;
 - 3.2.2. более широкие экономические возможности обеспечения государством национального календаря профилактических прививок (НКПП);
 - 3.2.3. разнообразие стратегий вакцинаций («догоняющая», коконная, учет разнообразных факторов риска);
 - 3.2.4. участие учреждений различных форм собственности;
 - 3.2.5. доступ к производству современных вакцин;
 - 3.2.6. синергизм профессиональных ассоциаций совместно с NITAG;
 - 3.2.7. разнообразие форм финансирования программ иммунизации;
 - 3.3. направления совершенствования национального НКПП:
 - 3.3.1. расширение списка вакцин-предотвратимых инфекций;
 - 3.3.2. преимущественное использование комбинированных вакцин;
 - 3.3.3. замена устаревших вакцин на современные (бустеры АаКДС-М, переход на ИПВ);
 - 3.3.4. создание «целевых» календарей для беременных, пациентов с хроническими болезнями, пожилых, путешественников и т.д.);
 - 3.3.5. продление схем иммунизации на протяжении всей жизни;
 - 3.4. Этапы жизни, требующие проведения вакцинации:

- 3.4.1.** прегравидарная подготовка
 - 3.4.2.** защита беременной и внутриутробного ребенка
 - 3.4.3.** защита младенцев
 - 3.4.4.** подготовка к социализации в условиях детского сада
 - 3.4.5.** подготовка к поступлению в школу
 - 3.4.6.** подростковый возраст
 - 3.4.7.** взрослая жизнь
 - 3.4.8.** люди преклонного возраста
- 3.5.** с учетом регулярного возникновения глобальных мировых вызовов в виде новых возбудителей смертельно опасных инфекций, 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, с целью устойчивого обеспечения населения иммунобиологическими лекарственными препаратами (ИЛП) или вакцинами, а именно:
- 3.5.1.** усовершенствовать НКПП посредством включения вакцин против следующих инфекций (с выделением необходимых бюджетных ассигнований):
 - 3.5.1.1.** гемофильной инфекции типа *b*: с 2020 г. для всей когорты детей первых двух лет жизни (не ограничиваясь группами риска) по схеме, предусмотренной НКПП (3; 4,5; 6 и 18 мес.), в составе комбинированных вакцин, например, Пентаксим;
 - 3.5.1.2.** менингококковой инфекции с использованием вакцин широкой валентности (серогруппы А, С, Y и W-135, например, Менактра): для детей первых двух лет жизни из групп риска (9 и 12 мес.) с поэтапным увеличением количества прививаемых до полной когорты детского населения к 2025 г.;
 - 3.5.1.3.** коклюша: для второй и последующих ревакцинаций детей (в 6-7 и 14 лет) с использованием вакцин, содержащих сниженное количество антигена (например, Адасель);
 - 3.5.2.** обеспечить более широкое применение комбинированных и многокомпонентных вакцин с учетом следующих преимуществ в сравнении с однокомпонентными:
 - 3.5.2.1.** уменьшение количества инъекций для детей (с 26 до 18 инъекций при применении комбинированных вакцин в рамках НКПП),
 - 3.5.2.2.** уменьшение количества посещений поликлиники (что особенно важно в период эпидемий и пандемий),
 - 3.5.2.3.** повышение приверженности иммунопрофилактике благодаря соблюдению графика вакцинации,

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

4. по результатам симпозиума **«Вакцинопрофилактика папилломавирусной инфекции: курс на выживание»:**

- 4.1.** Вирус папилломы человека (ВПЧ) может распространяться посредством сексуальных контактов любого вида; необходимо учитывать, что обрезание и использование презервативов снижает риск передачи ВПЧ, однако не исключает риск инфицирования; передача вируса возможна при контакте кожи с кожей на незащищенных презервативом участках;
- 4.2.** средний возраст начала половой жизни в России составляет 14,5 лет; заражение ВПЧ-инфекцией происходит почти у 70% начавших половую жизнь подростков в первый же год;
- 4.3.** риск инфицирования ВПЧ среди юношей и девушек в возрасте сексуального дебюта не зависит от средовых факторов, таких как воспитание, образование или социокультурный уровень;
- 4.4.** у девочек до половой зрелости вагинальное содержимое имеет нейтральный или слабо щелочной pH; повышение pH влагалища на 30% повышает риск активации ВПЧ и развитие дисплазии шейки матки у женщин в возрасте до 35 и старше 65 лет; установлена четкая корреляция между наличием бактериального вагиноза и присутствием ВПЧ в шейке матки;
- 4.5.** 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 РШМ составляет 93,5% всех случаев ВПЧ-ассоциированных опухолей);
- 4.6.** злокачественные образования, ассоциированные с ВПЧ-инфекцией, характеризуются высокой летальностью, инвалидизацией, потерей репродуктивной способности;
- 4.7.** причиной смерти 24% женщин в РФ в возрасте от 30 до 39 лет является РШМ;
- 4.8.** в России с 1999 г. наблюдается снижение среднего возраста заболевших женщин РШМ в среднем с 53 лет до 48 лет;
- 4.9.** частота регистрации всех типов ВПЧ у беременных женщин составляет 30–65%, а типов высокого онкогенного риска — 20–30%; риск развития дисплазии шейки матки при беременности возрастает в 11 раз;

- 4.10.** в настоящее время доказана возможность вертикального пути передачи ВПЧ от инфицированной матери внутриутробному ребенку с преобладанием восходящего пути передачи возбудителя при условии нарушения целостности плодных оболочек, а также трансплацентарно через межворсинчатое пространство;
- 4.11.** ВПЧ передается младенцам от инфицированных матерей во время родов за счет аспирации цервикального и вагинального содержимого, причем персистенция папилломавирусов в течение нескольких лет в клетках слизистой оболочки верхних дыхательных путей ребенка может стать причиной рецидивирующего папилломатоза гортани;
- 4.12.** наличие генитальных кондилом у женщины во время беременности повышает риск развития респираторного папилломатоза у ребенка в 200 раз;
- 4.13.** распространенность ВПЧ-инфекции среди мужчин:
- 4.13.1.** распространенность онкогенных типов ВПЧ у мужчин достигает 35,7-45% и незначительно отличается от распространенности у женщин;
- 4.13.2.** онкогенные типы вируса обнаруживаются у мужчин в уретре у 42%, в секрете предстательной железы у 32,6%, в мазках из полового члена в 7%, с мошонки – в 5,1%, с перианальной области – в 2,9%;
- 4.13.3.** риск инфицирования мужчин, при первом половом контакте, составляет 28,5% и увеличивается до 50% за три следующих года контактов с тем же партнером или партнершей;
- 4.13.4.** элиминация ВПЧ у мужчин, в анамнезе которых было больше 50 половых партнеров, происходит медленнее;
- 4.13.5.** в результате обследования 3463 гетеросексуальных мужчин на 5 континентах, установлено, что, мужчины чаще, чем женщины имеют латентную инфекцию, не проверяются на наличие ВПЧ высокого онкогенного риска и являются постоянными носителями ПВИ для женщин;
- 4.13.6.** при этом у мужчин, предпочитающих сексуальные отношения с мужчинами, наличие ВПЧ-инфекции регистрировалось в 2,6 раза чаще;
- 4.14.** четырехвалентная вакцина против ВПЧ защищает от наиболее онкогенных типов вируса папилломы человека (16 и 18 тип), а также от 6-го и 11-го типов, вызывающих 90% случаев генитальных кондилом и 100% случаев рецидивирующего респираторного папилломатоза;

- 4.15.** рекомбинантная вакцина против ВПЧ, как, например, Гардасил, состоящая из вирусоподобных частиц, не может вызвать инфицирование, равно как не выявлена связь вакцинации против ВПЧ с серьезными нежелательными явлениями, развитием аутоиммунных заболеваний:
- 4.15.1.** результаты мета-анализа 6 клинических исследований, включившего 243 289 привитых и 248 820 человек контрольной группы не выявили достоверной разницы в уровне заболеваемости аутоиммунными заболеваниями;
 - 4.15.2.** по данным наблюдения 73 тыс. привитых ВОЗ, связь между вакцинацией и развитием серьезных нежелательных явлений (включая смертельные исходы) не выявлена;
 - 4.15.3.** по результатам проводимой в Московской области программы вакцинации девочек-подростков против ВПЧ, уже появились данные о благополучном родоразрешении 76 вакцинированных ранее женщин, у которых родились здоровые доношенные дети, 52 беременных пациентки находятся под наблюдением;
- 4.16.** вакцинироваться против ВПЧ необходимо, несмотря на то что организм может сам справиться с вирусом:
- 4.16.1.** в течение жизни ВПЧ инфицируются от 70 до 80% сексуально активного населения;
 - 4.16.2.** в 90-95% случаев организм действительно сам справляется с ВПЧ-инфекцией (хороший сценарий);
 - 4.16.3.** у 5-10% инфицированных вирус начинает персистировать в организме человека, что, в конечном итоге, может приводить к развитию доброкачественных или злокачественных изменений кожи и слизистых оболочек (плохой сценарий);
 - 4.16.4.** по какому из двух сценариев пойдет развитие ВПЧ-инфекции, спрогнозировать невозможно;
 - 4.16.5.** ранее перенесенная ВПЧ-инфекция не защищает от повторного заражения;
- 4.17.** Дополнительные вещества в составе вакцины против ВПЧ, как например, Гардасил доказано безопасны в ходе:
- 4.17.1.** тщательного изучения доклинических, клинических и пострегистрационных исследований;
 - 4.17.2.** Полисорбат-80 – поверхностно-активное вещество с эмульгирующими свойствами широко используется в фармацевтической и косметической промышленности;
 - 4.17.3.** Алюминия гидроксифосфата сульфат аморфный – это входящий в состав вакцин неорганический адъювант, одобренный

для использования в вакцинах Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA);

- 4.18. в странах, внедривших вакцинацию против ВПЧ в национальные программы, удалось на треть снизить частоту раковых и предраковых заболеваний, а также значительно сократить уровень заболеваемости аногенитальными бородавками.
 - 4.19. вакцинация против ВПЧ внедрена в национальные программы иммунизации для девочек-подростков в 110 странах мира, из которых в 42 государствах вакцинация проводится гендерно-нейтральная иммунизация
5. По результатам симпозиума **«Современная иммунопрофилактика – от науки к практике»** были определены цели вакцинации беременных:
- 5.1. вакцинация беременной позволяет усилить иммунный ответ для формирования защиты будущей матери и ребёнка и, в дальнейшем, новорожденного до момента, когда тот может быть иммунизирован;
 - 5.2. беременность, ранний неонатальный период и первое полугодие жизни младенца – уникальные иммунологические циклы повышенной восприимчивости к инфекциям;
 - 5.3. при этом повышенная концентрация антител у вакцинированной беременной способствует пассивному проникновению антител в сыворотку внутриутробного ребенка для обеспечения защиты в первые месяцы жизни;
 - 5.4. у недоношенных и новорожденных с очень малой массой тела при рождении имеет место повышенный риск тяжелого течения с необходимостью госпитализации вследствие таких вакциноуправляемых инфекций как:
 - 5.4.1. коклюш,
 - 5.4.2. инвазивная пневмококковая инфекция,
 - 5.4.3. ротавирусный гастроэнтерит,
 - 5.4.4. грипп;
 - 5.5. недоношенным необходима своевременная вакцинация с использованием вакцин НКПП в соответствии с гестационным возрастом;
 - 5.6. задержка вакцинации связана с ошибочными представлениями родителей и медиков о недоношенности:
 - 5.6.1.1. недоношенность до сих пор воспринимается в качестве ложного противопоказания к вакцинации;
 - 5.6.1.2. сохраняется необоснованный страх побочных эффектов и сомнения в безопасности вакцин;

- 5.7.** результаты 10 клинических исследований подтвердили возможность назначения гексавалентной вакцины Инфанрикс Гекса недоношенным и рожденным с низкой и очень низкой массой тела;
- 5.7.1.** в Испании после первичной вакцинации $\geq 92.5\%$ недоношенных были серопозитивными ко всем вакцинальным антигенам;
- 5.7.2.** введение вакцины Инфанрикс Гекса обеспечивает достаточную иммуногенность у недоношенных и новорожденных с низкой и очень низкой массой тела, при этом ответ на антигены HerV/Hib ниже, чем у доношенных;
- 5.7.3.** иммуногенность введения вакцины Инфанрикс Гекса достаточна при одновременном введении с 10-валентной конъюгированной пневмококковой вакциной Синфлорикс;
- 5.7.4.** Инфанрикс Гекса может вводиться одновременно с другими вакцинами для новорожденных и моноклональными антителами против РСВ;
- 5.8.** Актуальная ситуация по вопросам вакцинопрофилактики ветряной оспы (ВО):
- 5.8.1.** ветряная оспа в России сохраняет лидирующую позицию в структуре инфекционной заболеваемости и представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения;
- 5.8.2.** клинический полиморфизм ветряной оспы, рост доли тяжелых и осложненных форм – не позволяет относиться к ВО, как к легкой детской инфекции;
- 5.8.3.** снижение минимального возраста, в котором показана иммунизация вакциной Варилрикс, до 9 месяцев будет способствовать уменьшению бремени заболевания ветряной оспой и ее осложнений в популяции с высокой восприимчивостью;
- 5.8.4.** возможность подкожного и внутримышечного введения вакцины Варилрикс делает ее более удобной в применении;
- 5.8.5.** необходимость расширения контингентов категорий граждан, подлежащих вакцинации против ветряной оспы рекомендовано Союзом Экспертов в сфере иммунопрофилактики РФ;
- 5.8.6.** в текущей ситуации чрезвычайно важно продолжать проведение полноценной вакцинопрофилактики у детей против вакциноуправляемых инфекций;
- 5.9.** обоснованием снижения допустимого возраста начала вакцинации против ветряной оспы должны быть следующие:
- 5.9.1.** при рождении у большинства новорожденных отмечают серопозитивный статус в отношении вируса ветряной оспы из-за наличия пассивно приобретенных материнских антител;

- 5.9.2.** было показано, что серопозитивный статус в отношении вируса ветряной оспы, полученный детьми раннего возраста от матери, уменьшается до менее чем 10% к возрасту 6-9 месяцев;
- 5.9.3.** наиболее высокая частота госпитализаций в связи с ветряной оспой наблюдается в возрастной группе 0-12 месяцев и составляет 23-172 случаев госпитализации на 100 000 человек;
- 5.9.4.** дети в возрасте младше 12 месяцев включены в категорию пациентов с высоким риском более тяжелого течения заболевания и развития осложнений первичной инфекции ветряной оспы, наряду с беременными женщинами, взрослыми и лицами со сниженным иммунитетом;
- 5.10.** вакцинация препаратом Варилрикс с 9 месяцев:
- 5.10.1.** исследование у 600 новорожденных, проведенное в Индии, показало, что материнские антитела против ветряной оспы исчезают к возрасту 6 месяцев;
- 5.10.2.** массив клинических данных и результаты проведенных исследований позволили подтвердить эффективность и безопасность применения вакцины Варилрикс по двудозовой схеме у детей в возрасте 9 месяцев на момент первого введения препарата;
- 5.10.3.** Назначение вакцины Варилрикс с 9 месяцев одобрено регуляторными органами Великобритании, 11 стран ЕС, Австралии и ряда других стран;
- 5.11.** по вопросам применения комбинированных вакцин:
- 5.11.1.** возможности комбинированных вакцин позволяют завершать курсы вакцинации в кратчайшие сроки с минимальными интервалами, разрешенными инструкциями по применению препаратов, что важно, в том числе, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации;
- 5.11.2.** Инфанрикс Гекса – единственная 6-компонентная вакцина в России;
- 5.11.3.** Инфанрикс Гекса может применяться: группам риска, при нарушениях графика вакцинации, для профилактики календарных инфекций при необходимости выполнения требований по охвату вакцинацией;
- 5.11.4.** многолетний опыт применения Инфанрикс Гекса демонстрирует доказанную эффективность при введении по зарегистрированным схемам, высокие показатели иммуногенности, приемлемую безопасность и хорошую переносимость;

6. По результатам интерактивного симпозиума «**Говорим о вакцинации с сомневающимся**» приведены:
 - 6.1. принципы успешной «доверительной» коммуникации врача и пациента:
 - 6.1.1. уверенность (компетентность);
 - 6.1.2. контроль над эмоциями (спокойная размеренная беседа);
 - 6.1.3. последовательность: вопрос – ответ;
 - 6.1.4. грамотное представление информации:
 - 6.1.4.1. качество: объективность, истинность;
 - 6.1.4.2. количество: принцип разумной достаточности (не злоупотреблять научными данными);
 - 6.1.4.3. структурированность: не отклоняться от темы;
 - 6.1.4.4. понятность: выражаться ясно, простым языком;
 - 6.2. причины недоверия пациентов к вакцинации:
 - 6.2.1. дефицит объективной информации;
 - 6.2.2. недоверие к медицине в целом;
 - 6.2.3. антивакцинальное движение;
 - 6.3. как отвечать на абсурдные суждения / мифы о вакцинации:
 - 6.3.1. четко обозначьте свою позицию, что это заблуждение;
 - 6.3.2. объясните, почему это заблуждение;
 - 6.3.3. замените заблуждение на альтернативную гипотезу-объяснение;
 - 6.4. принципы успешной коммуникации с пациентами:
 - 6.4.1. выслушать;
 - 6.4.2. понимающе относиться к убеждениям и опасениям;
 - 6.4.3. не говорить свысока;
 - 6.4.4. избегать нападений, в том числе критикуя авторитетов;
 - 6.4.5. сохранять спокойствие;
 - 6.4.6. при этом говорить искренне и выражать чувства;
 - 6.4.7. использовать юмор, только если вы им владеете и это уместно;
 - 6.4.8. не использовать отрицательные слова (никогда, никто);
 - 6.4.9. не избегать ответов на заданный вопрос;
 - 6.4.10. если не знаете ответ на вопрос, не придумывайте его;
7. По результатам симпозиума «**И снова все о нем: вакцинопрофилактика гриппа**»:
 - 7.1. вирусы гриппа А и В могут вызывать сезонные эпидемии гриппа, а также внесезонные спорадические случаи и вспышки;
 - 7.2. во всем мире вирусом гриппа А и В ежегодно заболевает около 5-10% взрослых и 20-30% детей; на долю смертей от респираторных заболеваний, связанных с гриппом, приходится до 2% всех смертей от респираторных заболеваний;
 - 7.3. грипп наиболее опасен для следующих групп:

- 7.3.1. дети 6-59 мес.;
- 7.3.2. пациенты старше 50 лет;
- 7.3.3. пациенты с хроническими болезнями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, печени, почек, с неврологической патологией, метаболическими нарушениями (включая сахарный диабет, избыточный вес), иммунодепрессивными состояниями;
- 7.3.4. женщины, планирующие беременность и беременные,
- 7.3.5. пожилой возраст увеличивает риск заражения гриппом;
- 7.4. в последние годы, благодаря организации широкомасштабной прививочной кампании и комплексным усилиям по информированию населения, растет охват населения профилактическими прививками против гриппа; в результате подготовки к эпидемическому сезону 2020-2021 гг. против гриппа привито более 83,6 млн человек, что составило 56,9% от численности населения страны, в т.ч. - более 19 млн детей;
- 7.5. Ультрикс Квадри – первая российская четырехвалентная вакцина для профилактики сезонного гриппа, отвечающая всем рекомендациям ВОЗ по составу и количеству гемагглютинаина штамма вируса гриппа – содержит по 15 мкг гемагглютинаина вируса гриппа каждого штамма (А/Н1N1, А/Н3N2, В линия Yamagata, В линия Victoria);
 - 7.5.1. не содержит адъювантов, стабилизаторов и консервантов;
 - 7.5.2. соответствует критериям иммуногенности для инактивированных гриппозных вакцин, принятых в Евросоюзе и РФ;
 - 7.5.3. одобрена для применения у беременных и детей с 6 месяцев.
- 8. По результатам симпозиума «**Знакомые с детства вирусные инфекции, их разрушительные последствия и реальные пути преодоления проблем**»:
 - 8.1. вакцинопрофилактика ветряной оспы в РФ проводится в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и введена в региональные календари профилактических прививок ряда субъектов страны;
 - 8.2. вакцинопрофилактика опоясывающего лишая в РФ не проводится;
 - 8.3. рекомендована оптимизация эпидемического надзора:
 - 8.3.1. усовершенствование эпидемиологического надзора за инфекцией *Varicella zoster*: внедрение регистрации случаев опоясывающего лишая и статистический учет случаев заболевания опоясывающим лишаем в форма №2;
 - 8.3.2. внедрение в форме №5 отдельного учета прививок детям и взрослым, V1 и V2 против ветряной оспы, а также прививок по эпидемическим показаниям;

- 8.3.3. внедрение комплекса мероприятий по диагностике и предупреждению врожденной патологии;
- 8.4. рекомендована оптимизация эпидемиологического контроля заболеваемости ветряной оспой в виде:
 - 8.4.1. внедрения плановой вакцинопрофилактики ветряной оспы в НКПП;
 - 8.4.2. оптимизации противоэпидемиологических мероприятий в очагах инфекции *Varicella zoster*;
 - 8.4.3. разработки отечественной и регистрации зарубежной вакцины против опоясывающего лишая;
- 9. По результатам симпозиума «**Медицинское ток-шоу «Пусть прививают!»: в фокусе пневмококковая инфекция**»:
 - 9.1. вакцинация против пневмококковой инфекции необходима, в первую очередь, следующим группам риска:
 - 9.1.1. с хроническими заболеваниями легких, в том числе бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких;
 - 9.1.2. с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени (хронический вирусный гепатит В и С), почек, в том числе с нефротическим синдромом, хронической почечной недостаточностью;
 - 9.1.3. больные сахарным диабетом;
 - 9.1.4. дети с иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ, онкологическими заболеваниями, получающие иммуносупрессивную терапию, в том числе кортикостероидами;
 - 9.1.5. с анатомической/функциональной аспленией;
 - 9.1.6. с установленным кохлеарным имплантом или планирующие на эту операцию;
 - 9.1.7. пациенты с подтеканием спинномозговой жидкости;
 - 9.1.8. находящихся на гемодиализе;
 - 9.1.9. пациенты, подлежащие трансплантации или получившие трансплантацию органов, тканей и/или костного мозга; реконвалесценты острого среднего отита, менингита и/или пневмонии;
 - 9.1.10. часто болеющие респираторными инфекциями, а также инфицированные микобактериями туберкулеза;
 - 9.2. непривитых детей следует признать:
 - 9.2.1. источниками инфекций для взрослых, в том числе, пневмококковой инфекции;

- 9.2.2. группой риска развития частых респираторных инфекций с развитием хронических заболеваний, инвалидизации, которые могут стать причиной незапланированных расходов на лечение, и, как следствие, снижения уровня семейного благополучия;
- 9.2.3. перенесенная пневмококковая инфекция может негативно влиять на развитие ребенка, в т.ч. нервно-психическое;
- 9.2.4. пополняют группу с низким индексом здоровья и, как следствие, это отражается на последующем поколении нации;
- 9.3. вакцинация детей до 1 года против пневмококковой инфекции с использованием конъюгированной вакцины широкой валентности, например, Превенар, обеспечивает:
 - 9.3.1. снижение смертности от инвазивных пневмококковых заболеваний;
 - 9.3.2. снижение заболеваемости менингитами пневмококковой этиологии на 99%;
 - 9.3.3. снижение рентгенологически подтвержденных пневмоний на 70-80%;
 - 9.3.4. снижение заболеваемости острых средних отитов в целом на — 25-30%;
 - 9.3.5. популяционный эффект в виде снижения заболеваемости пневмококковой инфекцией среди населения в целом;
 - 9.3.6. снижение антибиотикорезистентности пневмококков;
- 9.4. догоняющая вакцинация против пневмококковой инфекции детей до 5 лет ускоряет эффект прямой и непрямой защиты и имеет больше пользы на одну введенную дозу, чем догоняющие кампании для групп риска или только рутинная вакцинация младенцев;
- 9.5. универсальная вакцинация против пневмококковой инфекции детей младше 5 лет может снизить количество антибиотиков для лечения пневмонии, вызванной *S.pneumoniae*;
- 9.6. согласно позиции ВОЗ, вакцинация — единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией;
- 10. По результатам симпозиума «Отменяет ли COVID-19 корь, краснуху, паротит? А ветрянку?»:
 - 10.1. несмотря на то, что охват вакцинацией против кори в Европейском регионе в целом вырос, многие люди по-прежнему остаются уязвимыми;
 - 10.2. В 2017 г. показатель охвата второй дозой противокоревой вакцины не достигал необходимого для предотвращения циркуляции вируса (то есть для обеспечения "коллективного иммунитета") порогового значения в 95% в 34 странах региона;

- 10.3.** данные об охвате вакцинацией на субнациональном уровне указывают также на существование различий в пределах стран;
- 10.4.** недостаточный охват любой из доз вакцины создает предпосылки для распространения инфекции;
- 10.5.** перенесенная в детском возрасте ветряная оспа приводит к пожизненной латентной персистенции вируса *Varicella zoster* в организме переболевшего с высокой вероятностью его эндогенной реактивации и развитием такого заболевания, как опоясывающий герпес; причем больные могут служить источниками инфекции для неиммунных к вирусу *Varicella zoster* лиц;
- 10.6.** обоснованием значимости иммунизации против ветряной оспы являются характерные особенности ветряной оспы:
- 10.6.1.** неэффективность неспецифических методов профилактики инфекции, как например, изоляция источников инфекции;
- 10.6.2.** невозможность контролировать пути передачи при высокой контагиозности инфекции;
- 10.6.3.** высокая заболеваемость (> 1000 на 100 000 населения);
- 10.6.4.** высокий риск тяжелого и осложненного течения инфекции, усугубляемых «повзрослением» ветряной оспы;
- 10.6.5.** определенный уровень летальности;
- 10.6.6.** наличие врожденной и неонатальной ветряной оспы;
- 10.6.7.** недостаточная эффективность терапии ветряной оспы;
- 10.6.8.** высокое ранговое место экономического ущерба среди всех инфекционных заболеваний;
- 10.7.** меры по смягчению последствий, принятые для борьбы с пандемией COVID-19, угрожают свести на нет прогресс, достигнутый в профилактике вакциноуправляемых инфекций, в странах с низким и средним уровнем дохода и в странах с высоким уровнем дохода;
- 10.8.** согласно данным, предоставленным ВОЗ, Детским фондом ООН, GAVI (Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации) и Институтом вакцин Сабина, оказание услуг по регулярной иммунизации существенно затруднено, по меньшей мере, в 68 странах и, вероятно, затронет примерно 80 миллионов детей в возрасте до 1 года, проживающих в этих странах;
- 10.9.** с марта 2020 года в глобальном масштабе были нарушены обычные услуги по иммунизации детей, которые могут оказаться беспрецедентными с момента начала осуществления расширенных программ иммунизации (ИЭП) в 70-х годах. Более половины (53%) из 129 стран, в которых имеются данные, поступили данные о нарушениях в период от умеренной до тяжелой степени или о полном приостановлении услуг по вакцинации в марте-апреле 2020 года;

- 10.10.** всё это может привести к неконтролируемому росту заболеваемости предотвратимыми инфекциями, что требует незамедлительной организации мероприятий по догоняющей иммунизации, основополагающие принципами которой являются:
- 10.10.1.** нормативно-правовые документы: национальный календарь профилактических прививок (Приказ от 21.03.2014 №125н с посл.изм. и доп. от 03.02.2021 №47н), санитарно-эпидемиологические правила и инструкции к применению ИЛП;
 - 10.10.2.** при выполнении вакцинального комплекса, при нарушении сроков иммунизации, вне зависимости от длительности интервалов, дополнительных введений вакцины не требуется;
 - 10.10.3.** все вакцины вводятся одновременно (разные или комбинированные препараты) в разные участки тела; число инъекций определяется технической возможностью и реакцией ребенка;
 - 10.10.4.** интервал между прививками составляет 1 месяц, исключением является вакцинация по эпидемическим показаниям;
 - 10.10.5.** вакцинация должна проводиться не ранее, чем через 2 или 4 недели после выздоровления при ОРИ;
 - 10.10.6.** за всеми привитыми осуществляется плановый патронаж;
 - 10.10.7.** допускается замена одной вакцины на другую против той же инфекции, в т.ч. цельноклеточной коклюшной вакцины на ацеллюлярную, моновакцины против кори/краснухи/эпидемического паротита на комбинированную вакцину и т.д.;
 - 10.10.8.** дозы вакцин, введенные ранее минимально установленного возраста или без соблюдения минимального интервала между дозами, не должны считаться валидными, и следует их ввести повторно (в соответствии с возрастными требованиями), соблюдая рекомендуемый минимальный интервал после недействительной дозы;
 - 10.10.9.** если по какой-либо причине введение очередной дозы вакцины задержано, нет необходимости начинать серию вакцинации заново; следующую дозу в серии надо будет ввести как можно скорее;
 - 10.10.10.** любую инактивированную вакцину можно вводить одновременно или в любое время до или после другой инактивированной или живой вакцины;
 - 10.10.11.** если планируется применять более одной живой аттенуированной вакцины, то они должны вводиться либо одновременно, либо с интервалом 4 недели;

- 10.10.12.** приоритетным выбором должны стать комбинированные вакцины, которые позволяют сократить число получаемых пациентом инъекций, устранить беспокойства, связанные с инъекциями, и обеспечивают лучшую защиту, при этом позволяют экономить время посещения для проведения вакцинации;
- 10.10.13.** комбинированные вакцины можно применять взаимозаменяемо с моновалентными препаратами и другими комбинированными вакцинами, которые содержат те же антигены и выпускаются одним и тем же производителем;
- 11.** По результатам симпозиума «**Доказательная вакцинопрофилактика: часто задаваемые вопросы**» обсуждалось:
- 11.1.** что необходимо знать педиатру о пневмококковой инфекции:
- 11.1.1.** ежегодно в мире регистрируется более 700 миллионов случаев острого среднего отита, 197 миллионов случаев инфекций нижних дыхательных путей и 9,2 миллиона случаев инвазивных пневмококковых заболеваний;
- 11.1.2.** ежегодно в мире регистрируется 1,2 млн смертей, связанных с пневмококковыми инфекциями нижних дыхательных путей;
- 11.1.3.** *S. pneumoniae* – ведущий возбудитель пневмонии, в особенности, у детей младше 5 лет и у взрослых старше 70 лет;
- 11.1.4.** при инвазивных пневмококковых инфекциях антибактериальный препарат может быть назначен слишком поздно;
- 11.1.5.** растущая проблема антибиотикорезистентности снижает эффективность антибиотикотерапии;
- 11.1.6.** дети являются «резервуаром» пневмококков для взрослых и пожилых лиц;
- 11.2.** вакцинация предназначена, чтобы сделать мир более безопасным:
- 11.2.1.** к безопасности вакцин предъявляются максимально высокие требования;
- 11.2.2.** необходимым условием в организации вакцинопрофилактики является осуществление фармаконадзора (мониторинга безопасности) ИЛП;
- 11.2.3.** выявление, регистрация, расследование нежелательных реакций после иммунизации имеют важное значение для обеспечения безопасности иммунизации и повышения приверженности населения вакцинации;
- 11.2.4.** в процессе клинических испытаний вакцины проводится непрерывная оценка безопасности на каждом этапе, которая продолжается и после регистрации препарата;

12. По результатам симпозиума «Современные вызовы системе вакцинопрофилактики – разрешение последствий пандемии SARS-CoV-2» были определены следующие выводы:

12.1. в ходе симпозиума рассматривались приоритетные направления мероприятий, направленных на преодоление последствий нарушения плановой вакцинации в период пандемии и в условиях выхода из неё;

12.2. подчёркивалось, что в условиях эпидемиологического неблагополучия первостепенная значимость должна уделяться выполнению первичных схем иммунизации в младенческом возрасте в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и стандартными рекомендациями;

12.3. особенно важно прививать восприимчивых лиц и пациентов из групп риска против пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции типа b, сезонного гриппа;

12.4. иммунизацию следует проводить в условиях строгого соблюдения мер предупреждения распространения коронавирусной инфекции;

12.5. в докладах были обозначены основные проблемы, возникающие при проведении рутинной вакцинопрофилактики у детей в условиях пандемии COVID-19, обозначена приоритетная значимость вакцинации детей раннего возраста и лиц с хроническими заболеваниями; представлены пути совершенствования организации вакцинопрофилактики с целью повышения ее эффективности;

12.6. доклады были посвящены современным угрозам безопасности населения планеты, главной из которых является недоверие к профилактическим прививкам, что влечёт неуклонный рост заболеваемости инфекциями, успешно контролируемые с помощью вакцин;

12.7. приводимые данные позволят актуализировать современные возможности и практические рекомендации по вакцинопрофилактике кори, эпидемического паротита и других инфекционных заболеваний;

13. в рамках V Национальной ассамблеи «Защищенное поколение» состоялось Расширенное заседание профильной комиссии по педиатрии и профилактической медицине «Развитие и совершенствование программ по вакцинопрофилактике в условиях продолжающейся пандемии», по результатам которого экспертами принята отдельная резолюция.