



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

12.06.2026 № 401

г. Минск

г. Минск

Об утверждении Методических рекомендаций
по тактике иммунопрофилактики отдельных
инфекционных заболеваний

На основании абзаца шестого части 1 статьи 8, абзаца третьего части 1 статьи 22, части четвертой статьи 24 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», подпунктов 8.5 и 8.34 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях совершенствования иммунопрофилактики инфекционных заболеваний
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

Методические рекомендации по тактике иммунопрофилактики отдельных инфекционных заболеваний (далее – Методические рекомендации) (прилагаются);

Примерное Положение об иммунологической комиссии организации здравоохранения и порядке ее работы (прилагается).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, организовать работу по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний с учетом Методических рекомендаций, утвержденных настоящим приказом.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2014 г. № 191 «Об утверждении инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения Республики Беларусь».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей Министра здравоохранения по курации.

Министр

А.В.Ходжаев

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
12.06.2026 № 701

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных заболеваний

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Методические рекомендации по тактике иммунопрофилактики отдельных инфекционных заболеваний (далее – Методические рекомендации) разработаны в целях повышения эффективности мероприятий медицинской профилактики отдельных инфекционных заболеваний и определяют порядок организации и тактику их иммунопрофилактики.

2. Методические рекомендации разработаны с учетом действующих на момент утверждения Национального календаря профилактических прививок (далее – Национальный календарь) и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям. При внесении изменений в Национальный календарь и перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям в порядке, установленном законодательством, применение Методических рекомендаций осуществляется с учетом актуальной редакции Национального календаря и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

3. Для целей Методических рекомендаций используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Законом Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «Об обращении лекарственных средств», постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2015 г. № 48 «О порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные препараты», Надлежащей практикой хранения лекарственных средств, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2020 г. № 88, постановлением Министерства здравоохранения Республики

Беларусь от 17 мая 2018 г. № 42 «О профилактических прививках», а также следующие термины и их определения:

бустерная доза – дополнительная доза вакцины, вводимая после первичной дозы (первичных доз) вакцины, на введение которой развивается вторичный иммунный ответ из ранее сформированных клеток памяти, целью которого является поддержание напряженности и длительности сохранения иммунных коррелятов защиты;

догоняющая вакцинация – проведение профилактических прививок по индивидуальному календарю лицам, которые не получили их в сроки, определенные Национальным календарем, в том числе ранее не вакцинированным, или пропустившим запланированную дозу вакцины, или не завершившим первичную вакцинацию, с целью завершения возрастного комплекса профилактических прививок;

иммунизация (иммунопрофилактика) – способ создания специфической невосприимчивости (иммунитета) к инфекционным заболеваниям путем введения в организм человека иммунобиологических лекарственных препаратов (далее – ИЛП). Активная иммунизация (вакцинация, вакцинопрофилактика) проводится путем проведения профилактических прививок (введение вакцин), пассивная иммунизация проводится путем введения сывороток, иммуноглобулинов, моноклональных антител к патогенам;

иммунные корреляты защиты – вызванные вакцинацией изменения в иммунитете, которые обеспечивают защиту от заражения патогеном, от развития инфекционного заболевания и (или) от тяжелого течения заболевания; могут включать появление защитных антител в крови (сероконверсия) и достижение их защитного титра (серопротекция), появление защитных антител на слизистых, появление маркеров Т-клеточного иммунного ответа (например, индукция интерферон- γ продуцирующих Т-лимфоцитов);

медицинский отвод от иммунизации – заключение ответственного за иммунизацию врача-специалиста о невозможности проведения иммунизации пациенту в определенном временном периоде по причине наличия медицинских противопоказаний или состояний, требующих предосторожности. При наличии медицинских противопоказаний оформляется постоянный (сроком на 1 год и более) медицинский отвод от иммунизации. При наличии состояний, требующих предосторожности, оформляется временный (сроком до 1 месяца) или длительный (сроком от 1 до 11 месяцев) медицинский отвод от иммунизации. Медицинский отвод от иммунизации сроком на 1 месяц

и более устанавливает иммунологическая комиссия организации здравоохранения;

медицинские противопоказания к иммунизации – состояния, повышающие риск развития серьезных нежелательных реакций¹ (далее – СНР) на ИЛП до степени, которая превышает пользу от иммунизации, и при наличии которых вводить ИЛП не следует;

минимальный возраст – возраст ребенка, начиная с которого ему может быть введен конкретный ИЛП;

минимальный интервал – кратчайшее время между введением доз ИЛП, после которого можно ожидать адекватного иммунного ответа на последующую дозу;

«нулевая» доза – введенная доза вакцины, которая далее не учитывается при определенных схемах вакцинации. Сведения о введении «нулевой» дозы вносятся в медицинскую документацию с пометкой «нулевая»;

одновременное введение ИЛП – введение в течение одного календарного дня двух и более ИЛП, не объединенных в одном шприце, в разные участки тела или не ближе 2,5 см друг от друга при введении в одну анатомическую область для обеспечения должного иммунного ответа на введенные вакцин и для возможности отдельной оценки местных нежелательных реакций на ИЛП;

отказчик – лицо, принявшее решение об отказе от иммунизации, которому в доступной форме ответственным врачом-специалистом разъясняются возможные неблагоприятные последствия такого отказа;

первичные дозы (первичная вакцинация) – дозы вакцины, на введение которых развивается первичный иммунный ответ, целью которого является формирование иммунных коррелятов защиты;

последовательное введение ИЛП – введение отдельных доз разных ИЛП в соответствии с рекомендуемыми временными интервалами между ними;

постиммунизационный период – временной период, в течение которого возможно развитие нежелательных реакций на ИЛП;

совпавшее событие – нежелательная реакция, возникшая в постиммунизационный период и не связанная с ИЛП или ее введением, но совпавшая по времени возникновения с постиммунизационным периодом;

¹ Термины и определения нежелательных реакций определены в постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2015 г. № 48 «О порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные препараты»

состояния, требующие предосторожности – состояния, которые могут повышать риск или тяжесть СНР на ИЛП, или затруднять дифференциальный диагноз в случае возникновения нежелательной реакции на ИЛП, или затруднять развитие поствакцинального иммунитета (выработки иммунных коррелятов защиты).

4. Локальным правовым актом руководителя организации здравоохранения, осуществляющей медицинскую деятельность, включающую услугу по вакцинации (далее – организация здравоохранения), рекомендуется назначать работников, ответственных за организацию работы по иммунопрофилактике, за обучение (инструктаж) работников по иммунопрофилактике, включая вопросы применения ИЛП (техники введения ИЛП), организации проведения вакцинации, вопросы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, планирования профилактических прививок, назначения профилактических прививок, выполнения профилактических прививок, проведение информационно-образовательной работы по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний с населением, включая работу с беременными и родителями, составления отчетных форм по иммунопрофилактике, получения, отпуска, транспортировки, хранения, использования и учета ИЛП, а также лиц, замещающих их на период отсутствия.

5. Перед назначением ИЛП пациенту медицинским работником в доступной форме даются разъяснения о необходимости иммунизации.

Пациент (его законный представитель) информируется:
об инфекции (-ях), против которой (-ых) вводится ИЛП;
о названии ИЛП;

об особенностях течения постиммунизационного периода и возможных для данного ИЛП местных и общих реакциях, других состояниях и изменениях здоровья, при возникновении которых необходимо обращаться за медицинской помощью с целью дифференциальной диагностики между нежелательной реакцией (далее – НР) (в т.ч. СНР) на ИЛП и совпавшим событием;

о необходимости пребывания в организации здравоохранения (например, около прививочного кабинета) в течение 30 минут после введения ИЛП.

6. Медицинский работник, непосредственно выполнивший иммунизацию, вносит в соответствующие медицинские документы пациента на бумажном носителе² и (или) в электронном виде,

² Форма 112/у «История развития ребенка», форма 097/у «История развития новорожденного»; утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 сентября 2007 г. № 774,

в автоматизированную информационную систему «Отчет», иные автоматизированные информационные системы, обеспечивающие автоматизацию основных процессов ввода, обработки и накопления данных о состоянии иммунизации населения в электронной амбулаторной карте пациента (далее – информационная система), следующую информацию:

дата введения, наименование, введенная доза, серия, срок годности, страна-изготовитель ИЛП;

топография (правое (левое) плечо, бедро и т.д.) и способ введения (подкожно, внутримышечно, внутривенно, накожно, перорально, интраназально);

наличие (отсутствие) реакции на введение ИЛП в течение 30 минут (общая, местная, конкретно);

фамилия, инициалы, подпись медицинского работника, производившего введение ИЛП.

Допускается введение дополнительных сведений в соответствии с применяемой информационной системой.

7. В организации здравоохранения после проведенной прививки с целью оказания медицинской помощи в случае развития немедленных аллергических реакций обеспечивается медицинское наблюдение за привитым лицом в течение 30 минут (если инструкцией по медицинскому применению препарата не предусмотрено иное время).

8. Медицинский работник после получения устного информированного согласия на проведение иммунизации от пациента (законного представителя пациента) делает соответствующую отметку в медицинских документах пациента с указанием фамилии, собственного имени и отчества (если таковое имеется) пациента (его законного представителя), степени родства законного представителя пациента, информацию о даче согласия на проведение иммунизации, дата, подпись медицинского работника.

Допускается использование в медицинских документах для подтверждения полученного согласия на проведение иммунизации

форма № 025/у-23 «Медицинская карта пациента для амбулаторно-поликлинических организаций», установленная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 декабря 2023 г. № 188; форма № 063/у «Карта профилактических прививок», форма № 064/у «Журнал учета профилактических прививок», форма № 064-1/у «Журнал учета и использования иммунобиологических лекарственных препаратов», утвержденные приказом Министерства здравоохранения–Республики Беларусь от 14 ноября 2006 г. № 852; форма № 003/у-07 «Медицинская карта стационарного пациента», утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 ноября 2008 г. № 1050; форма "Журнал регистрации лиц, обратившихся по поводу укуса (оцарапывания, ослюбления) животным", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 декабря 2018 г. № 1341; форма N 074/у «Журнал регистрации амбулаторных пациентов», установленная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2023 г. № 1915.

бланка (штампа), содержащего соответствующую информацию.

Допускается оформление согласия на проведение иммунизации от пациента (законного представителя пациента) на отдельном листе, который хранится в медицинских документах пациента.

9. При отказе пациента (законного представителя пациента) от проведения иммунизации ответственным врачом-специалистом в доступной форме разъясняются возможные неблагоприятные последствия такого отказа.

Запись об отказе от проведения иммунизации делается медицинским работником в медицинских документах пациента либо оформляется собственноручной записью пациента (законного представителя пациента) на отдельном листе с последующим хранением в медицинских документах, и подписывается пациентом (для лиц в возрасте до 14 лет – законным представителем пациента) и ответственным за иммунизацию врачом-специалистом по форме согласно приложению 1.

В случае отказа пациента (законного представителя пациента) от собственноручной подписи отказа от проведения иммунизации данный факт удостоверяется двумя медицинскими работниками, ответственными за иммунизацию (двумя врачами-специалистами, либо врачом-специалистом и специалистом со средним специальным медицинским образованием) в медицинских документах пациента по форме согласно приложению 2.

10. В организации здравоохранения рекомендуется сформировать и обеспечить функционирование многоуровневой работы с отказчиками от иммунизации: ответственный за иммунизацию лечащий врач (врач-специалист), заведующий (терапевтическим, педиатрическим) отделением (при наличии), иммунологическая комиссия.

Учет отказчиков проводится по форме согласно приложению 3. Информационная работа с отказчиками проводится повторно с периодичностью не реже 1 раза в год.

11. Иммунизация, рекомендованная для отдельных групп населения (в том числе против инфекций, не входящих в Национальный календарь), а также с использованием ИЛП отдельных типов (например, с бесклеточным коклюшным компонентом) либо ИЛП, вводимых в сроки, отличные от установленных Национальным календарем (например, при введении бустерных доз или при использовании комбинированной вакцины) в соответствии с инструкцией по медицинскому применению ИЛП (листком-вкладышем, общей

характеристикой лекарственного препарата) (далее – инструкция по медицинскому применению ИЛП), может предлагаться пациенту (законному представителю пациента) для проведения в рамках платных медицинских услуг в порядке, определенном законодательством.

ГЛАВА 2 ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

12. Профилактические прививки проводятся населению в соответствии с Национальным календарем и перечнем профилактических прививок по эпидемическим показаниям на основании нормативных правовых актов Министерства здравоохранения и с учетом организационно-распорядительных документов Министерства здравоохранения (писем, протоколов поручений и другое).

Лицам, которым рекомендованы профилактические прививки против отдельных инфекций либо рекомендовано введение конкретных отдельных ИЛП вне Национального календаря и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям, предоставляется возможность их проведения в рамках платных медицинских услуг в порядке, определенном законодательством.

13. Планирование профилактических прививок в организациях здравоохранения проводится по участково-территориальному принципу обслуживания населения после уточнения численности обслуживаемого населения (переписи), его состава по возрасту и другим критериям при необходимости, анализа данных медицинских документов, содержащих сведения о выполненных профилактических прививках, при этом проводится учет численности:

детей в возрасте 0–17 лет, отдельно по каждому году рождения 2 раза в год (в июне – по состоянию на 1 июля текущего года и в декабре – по состоянию на 1 января следующего года) с учетом миграции детского населения и регистрации новорожденных, а также вновь прибывших на медицинское обслуживание в организацию здравоохранения и выбывших с медицинского обслуживания в организации здравоохранения детей; дополнительно по состоянию на 1 октября текущего года с учетом количества детей и подростков, прибывших на медицинское обслуживание в учреждения дошкольного, общего среднего, среднего специального, высшего, специального образования на территории обслуживания организации здравоохранения; взрослого населения 18 лет и старше 2 раза в год (в июне – по

состоянию на 1 июля текущего года и в декабре – по состоянию на 1 января следующего года) с учетом миграции взрослого населения.

14. Учет населения при планировании профилактических прививок рекомендуется проводить по форме согласно приложению 4.

Сведения по учету численности населения фиксируются на бумажном носителе и (или) в электронном виде на каждом территориальном участке и в целом по организации здравоохранения, с учетом сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и взрослых, а также снятых с учета лиц.

15. Годовой план профилактических прививок формируется в соответствии с Национальным календарем, перечнем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, на основании полного учета детского (взрослого) населения, проведенных ранее профилактических прививок, наличия сведений о длительных медицинских отводах, о перенесенных инфекционных заболеваниях, а также прогнозируемого числа новорожденных.

16. Перспективный годовой план профилактических прививок представляется согласно приложению 5 ежегодно:

амбулаторно-поликлиническими и больничными организациями здравоохранения в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (далее – территориальный ЦГЭ) до 5 января;

территориальными ЦГЭ в областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее – облЦГЭиОЗ), государственное учреждение «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии» (далее – Минский горЦГЭ) до 10 января;

облЦГЭ и Минским горЦГЭ в государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (далее – РЦГЭиОЗ) до 15 января ежегодно, если не определен иной срок.

На основании годового плана профилактических прививок осуществляется оценка динамики проведения вакцинации в течение календарного года.

17. План профилактических прививок в течение года корректируется по состоянию на:

1 июля текущего года и 1 января следующего года – с учетом уточнения численности обслуживаемого населения (взрослого, детского), в том числе количества родившихся детей;

1 октября текущего года – с учетом количества детей и подростков, прибывших в учреждения образования на территории обслуживания организации здравоохранения, и представляется в течение 15

календарных дней в порядке, определенном в пункте 16 настоящих Рекомендаций.

18. В организации здравоохранения ежемесячно формируется план профилактических прививок с указанием ФИО пациента, планируемой даты иммунизации и отметкой о фактической дате ее проведения. Ежемесячно, при необходимости чаще, подводятся итоги выполнения и причины невыполнения (перевыполнения) месячного и годового (либо плана с иной периодичностью) плана прививок (медицинские отводы, миграция, отказы от прививок, отсутствие ИЛП) по каждому участку (структурному подразделению) и организации здравоохранения в целом для принятия соответствующих организационных мер.

19. При переводе подростка из организации здравоохранения, обслуживающей детское население, в организацию здравоохранения, обслуживающую взрослое население, передаются сведения обо всех полученных профилактических прививках в порядке, определенном Министерством здравоохранения.

20. В каждой организации здравоохранения руководителем назначается лицо, ответственное за организацию иммунизации сотрудников организации здравоохранения, который проводит уточнение сведений о прививочном статусе (наименование, дата введения, введенная доза, серия, срок годности, страна-изготовитель ИЛП) работников против дифтерии, столбняка, кори (и) краснухи, эпидемического паротита), вирусного гепатита В (далее – ВГВ) на основании представленных ими медицинских документов, либо уточнения наличия защитного титра антител или факта перенесенного заболевания в анамнезе. Сведения о прививочном статусе работников организации здравоохранения вносятся в списки работающих (в бумажном и (или) электронном виде), обновление списка проводится регулярно с учетом приема и увольнения работающих, проведения профилактических прививок, иных изменений.

21. Организацией здравоохранения проводятся мероприятия по повышению доступности к вакцинации путем:

проведения профилактических прививок (против ВГВ, вирусного гепатита А (далее – ВГА), гриппа, инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2 (далее – инфекции COVID-19) и другое) для отдельных контингентов населения (например, лиц, употребляющих инъекционные наркотики; мужчин, практикующих секс с мужчинами; трансгендерных людей; лиц, вступающих в сексуальные отношения на возмездной основе, и их партнеров) выездными прививочными бригадами

организаций здравоохранения в пунктах оказания профилактических услуг негосударственных некоммерческих организаций, в организациях здравоохранения по месту проведения профилактических мероприятий, в том числе получения доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции;

проведения профилактических прививок (против инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (далее – ВПЧ-инфекция), гриппа, инфекции COVID-19 и др.) пациентам с ВИЧ-инфекцией на базе консультативно-диспансерных отделений;

другое.

ГЛАВА 3 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК И СОСТАВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ

22. Иммунизация проводится по назначению ответственного за иммунизацию врача-специалиста.

23. Дата проведения профилактической прививки пациенту определяется медицинским работником (врачом-специалистом, помощником врача, фельдшером, медицинской сестрой, медицинским братом) в конце каждого месяца на основании данных о прививочном анамнезе, содержащихся в формах первичной медицинской документации.

Дата и время проведения профилактической прививки врачом-неонатологом планируется после рождения каждого ребенка.

Порядок документального оформления планирования профилактических прививок (в том числе составление индивидуального календаря профилактических прививок), порядок информирования пациента (законного представителя пациента) о необходимости и дате проведения профилактической прививки определяется руководителем организации здравоохранения.

24. Обследование перед проведением иммунизации включает проведение медицинского осмотра ответственным за иммунизацию врачом-специалистом в порядке, определенном Министерством здравоохранения, с последующим внесением соответствующей информации в медицинскую документацию по форме согласно приложению 6. Дополнительные лабораторные исследования без наличия медицинских показаний к их проведению не проводятся.

25. При нарушении сроков вакцинации в соответствии с Национальным календарем индивидуальный календарь

профилактических прививок составляется с учетом эпидемиологической ситуации, наличия медицинских противопоказаний к иммунизации и состояний, требующих предосторожности, согласно приложению 7, минимальных интервалов между введением доз вакцин согласно приложению 8.

Для расчета интервалов между введением отдельных доз вакцины 1 календарный месяц принимается равным 4 календарным неделям, или 28 календарным дням. Интервалы равные или более 4 календарных недель определяются по календарным месяцам.

Введение вакцины на несколько дней ранее регламентированного минимального интервала не приводит к значимому снижению эффективности, и является допустимым в случае, если пациент в этот момент обратился к медицинскому работнику. Дозы вакцины, введенные в срок за 4 и менее календарных дней до достижения минимального возраста или минимального интервала, считаются действительными. Дозы любой вакцины, введенные в срок за 5 и более календарных дней до достижения минимального возраста или минимального интервала, не считаются действительными и должны быть введены заново в регламентированные сроки. Сокращение регламентированных минимальных интервалов не допускается в случае проведения антирабической вакцинации.

26. Индивидуальный календарь профилактических прививок составляется ответственным за иммунизацию врачом-специалистом (или иммунологической комиссией организации здравоохранения), в сроки и интервалы, наиболее близкие к рекомендованным в Национальном календаре и соответствующие инструкциям по медицинскому применению ИЛП, при этом могут (с учетом рекомендаций других врачей-специалистов):

назначаться ИЛП с другим составом для продолжения иммунизации в соответствии с Национальным календарем;

проводиться замена комбинированных вакцин на использование моновакцин или одновременное сочетание моновакцин;

изменяться сроки проведения профилактических прививок;

назначаться иммунизация на фоне поддерживающего медикаментозного лечения;

устанавливаться временные и длительные медицинские отводы от вакцинации, а также даваться рекомендации по особенностям вакцинации в случае наличия состояний, требующих предосторожности.

В случае регистрации СНР на ИЛП решение о дальнейшей тактике иммунизации данного пациента (составление индивидуального

календаря профилактических прививок) принимается иммунологической комиссией организации здравоохранения (включая установление постоянных медицинских отводов к иммунизации данным ИЛП).

Пересмотр тактики (сроков) вакцинации при установлении длительных и постоянных медицинских отводов рассматривает иммунологическая комиссия организации здравоохранения с участием врачей-специалистов в соответствии с продолжительностью длительных медицинских отводов, для постоянных – не реже 1 раза в год.

27. Допускается одновременное введение вакцин, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

При необходимости, два или более ИЛП могут быть введены в одну топографическую область, при этом расстояние между местами инъекций должно быть не менее 2,5 см.

В случае одновременного введения инактивированных вакцин и иммуноглобулинов (например, вакцины от бешенства и антирабического иммуноглобулина) инъекции проводят в разные участки тела.

ИЛП не следует смешивать в одном шприце, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

Для каждого ИЛП следует использовать отдельный шприц и иглу.

28. Топографическая область для введения ИЛП определена в инструкции по медицинскому применению конкретного ИЛП. В случае отсутствия конкретных указаний:

внутримышечное введение ИЛП осуществляется в латеральную широкую мышцу бедра (новорожденные, младенцы в возрасте 1 – 12 месяцев, дети в возрасте 12 – 23 месяца предпочтительно) либо в дельтовидную мышцу плеча (дети в возрасте 3 – 17 лет, взрослые 18 лет и старше);

подкожное введение ИЛП осуществляется в верхнюю или среднюю треть переднебоковой поверхности бедра (дети 0 – 11 месяцев) либо в область над трехглавой мышцей плеча (дети от 12 месяцев и старше, подростки и взрослые).

29. Живые вакцины, предназначенные для внутрикожного, подкожного, внутримышечного, интраназального введения, следует вводить либо одновременно, либо с интервалом 28 дней, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

При последовательном введении двух и более неживых вакцин или живой и неживой вакцины, допустим любой интервал между введением вакцин, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

Исключения:

не требуется выдерживание интервала до и после введения вакцины против туберкулеза и введения других неживых вакцин, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению соответствующих ИЛП;

между введением бесклеточной вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка, и вакцины против РС-вирусной инфекции у беременных рекомендуется интервал не менее 2 недель;

у лиц с аспленией отдельные вакцины, конъюгированные с дифтерийным анатоксином, назначаются не ранее, чем через 28 дней (например, конъюгированную вакцину от менингококка серогрупп ACWY (Мен4-D) вводят не ранее, чем через 28 дней после введения конъюгированной вакцины от пневмококка);

конъюгированные и полисахаридные вакцины от пневмококка (если показаны оба ИЛП) вводятся последовательно: на первом этапе вводится конъюгированная вакцина, на втором этапе вводится полисахаридная вакцина с интервалом не менее 8 недель у детей 2 – 17 лет, не менее 12 месяцев – у взрослых;

наличие в инструкции по медицинскому применению ИЛП иных указаний.

30. Интервал между любой профилактической прививкой и дальнейшим проведением диагностических кожных тестов на туберкулез (проба Манту с 2 ТЕ, диаскинтест) определяется инструкцией по медицинскому применению ИЛП.

После постановки диагностических кожных тестов на туберкулез введение ИЛП возможно через 72 часа (сразу после оценки и учета результата теста), если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

31. После трансфузии компонентов донорской крови или введения иммуноглобулинов следует выдерживать соответствующие интервалы до введения живых вакцин для исключения риска нейтрализации живых вакцинных вирусов донорскими антителами, содержащимися в компонентах крови.

Минимальные интервалы до введения коревой вакцины, комбинированной вакцины от кори, эпидемического паротита и краснухи, вакцины от ветряной оспы составляют:

после трансфузии плазмы крови (в дозе 10 мл/кг и выше) или тромбоцитарной массы – 7 месяцев, цельной крови – 6 месяцев, эритроцитарной массы – 5 месяцев, эритроцитов, обедненных

лейкоцитами, в добавочном растворе – 3 месяца; после трансфузии отмытых эритроцитов выдерживания интервала не требуется;

после трансфузии нормального человеческого иммуноглобулина для внутривенного введения длительность интервала зависит от использованной дозы препарата и составляет: 1,6–2,0 г/кг – 11 месяцев, 1,0 г/кг – 10 месяцев, 0,4 г/кг – 8 месяцев;

после введения специфических иммуноглобулинов: противостолбнячного иммуноглобулина в дозе 250 ЕД интервал составляет 3 месяца, антирабического иммуноглобулина в дозе 20 МЕ/кг – 4 месяца, иммуноглобулина против ВГВ в дозе 0,06 мл/кг – 3 месяца;

после введения антиинфекционных моноклональных антител соблюдение интервала не требуется, если иное не определено инструкцией по медицинскому применению ИЛП;

после трансфузии компонентов крови до введения краснушной моновакцины – 3 месяца;

после трансфузии компонентов крови до введения ротавирусной вакцины – 42 дня.

После введения коревой вакцины, комбинированной вакцины от кори, эпидемического паротита и краснухи, вакцины от ветряной оспы следует избегать трансфузий компонентов крови в течение 3 месяцев. В случае трансфузии в указанный временной период рекомендуется проведение лабораторного определения сероконверсии к возбудителям кори и ветряной оспы в сроки не ранее 3 месяцев после вакцинации.

32. Комбинированные вакцины используются с целью сокращения числа инъекций и (или) сокращения числа визитов пациента в организацию здравоохранения.

Комбинированные вакцины могут содержать отдельные компоненты, введение которых пациенту является необязательным в связи с уже сформированным иммунным ответом на данные антигены. Любую комбинированную вакцину можно ввести, если показан хотя бы один из ее компонентов и отсутствуют медицинские противопоказания к введению остальных компонентов.

Дополнительные дозы вакцинных антигенов гемофильной палочки типа b, вируса гепатита В, инактивированных полиовирусов, коклюшной палочки в составе комбинированных вакцин не приводят к каким-либо новым или непредвиденным НР. Данные дозы могут быть введены как часть комбинированной вакцины для завершения серии первичной или бустерной вакцинации по другим компонентам комбинации.

Введение повторных бустерных доз ИЛП, содержащих столбнячный анатоксин, ранее оптимального интервала, рекомендуемого

инструкцией по медицинскому применению некоторых вакцин (например, ранее чем через 5 лет от предыдущей), может увеличивать риск НР.

33. Большинство вакцин от одинаковых инфекций разных производителей являются взаимозаменяемыми, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

34. При наличии у пациента указанных в инструкции по медицинскому применению ИЛП сопутствующих состояний, требующих предосторожности, проводится оценка баланса потенциальной пользы от вакцинации и вероятных рисков, а также принимаются возможные меры по минимизации рисков (например, проводится вакцинация после стабилизации клинического состояния и (или) в условиях больничной организации здравоохранения).

35. В случае непреднамеренного введения иного ИЛП, введения дополнительной дозы ИЛП, введения ИЛП путем, не соответствующим инструкции по медицинскому применению, оценивается адекватность пути введения.

Подкожное введение вакцин, содержащих алюминиевый адъювант (например, вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка), повышает риск возникновения местных нежелательных реакций, например, подкожного инфильтрата.

Подкожное или внутримышечное введение вакцины БЦЖ-М может требовать в отдельных случаях проведение специфической химиопрофилактики, необходимость и порядок проведения которой определяется врачом-фтизиатром.

Дальнейшее ведение пациента проводится согласно решению иммунологической комиссии с участием профильных специалистов в зависимости от типа ИЛП.

Удлинение интервалов между введением доз ИЛП (первичных, бустерных) не является основанием для повторного начала курса вакцинации, если в инструкции по медицинскому применению ИЛП не определено иное.

ГЛАВА 4 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ИММУНИЗАЦИИ

36. Оценку показателей качества иммунизации проводят специалисты организаций здравоохранения, осуществляющих иммунизацию населения, и специалисты органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор.

37. Показателями качества иммунизации являются:
 охват профилактическими прививками против инфекционных заболеваний в соответствии с Национальным календарем;
 своевременность проведения профилактических прививок;
 частота медицинских отводов от иммунизации;
 средний расход вакцины на одну профилактическую прививку.

38. Показатель охвата профилактическими прививками (далее – ОП) вычисляется по формуле:

$$\text{ОП} = (\text{КП} / \text{КЛ}) \times 100\%, \text{ где}$$

КП – количество привитых лиц определенного возраста, получивших профилактические прививки (в соответствии с возрастом согласно Национальному календарю) против конкретного инфекционного заболевания по состоянию на анализируемый период времени;

КЛ – общее количество лиц данного возраста, состоящих на обслуживании в организации здравоохранения.

Показатель охвата профилактическими прививками против ВГВ, туберкулеза, пневмококковой инфекции, дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи в рамках Национального календаря контингентов детей должен составлять не менее 97%, взрослых – не менее 95%; против ВПЧ-инфекции – не менее 90%; против гриппа – не менее 75%.

39. Своевременность проведенных профилактических прививок (далее – СП) в сроки, установленные Национальным календарем, вычисляется по формуле:

$$\text{СП} = (\text{КПс} / \text{КП}) \times 100\%, \text{ где}$$

КПс – количество лиц данного возраста, получивших профилактическую прививку своевременно;

КП – количество привитых лиц определенного возраста, получивших профилактические прививки (в соответствии с возрастом согласно Национальному календарю) против конкретного инфекционного заболевания по состоянию на анализируемый период времени.

Показатель своевременности должен составлять:

не менее 90% – для первой профилактической прививки против ВГВ;

не менее 80% – для профилактической прививки против туберкулеза, первой профилактической прививки против дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции, полиомиелита, пневмококковой инфекции, второй профилактической прививки против

ВГВ;

не менее 70% – для второй профилактической прививки против дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции, полиомиелита, пневмококковой инфекции, третьей профилактической прививки против ВГВ;

не менее 60% – для третьей профилактической прививки против дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции, полиомиелита, пневмококковой инфекции, четвертой профилактической прививки против ВГВ.

Сроки своевременного проведения профилактических прививок устанавливаются:

для первой прививки против ВГВ – первые 12 ч после рождения;

для первой прививки против туберкулеза – первые 5 дней после рождения;

для первой, второй и третьей прививок против полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и второй, третьей и четвертой прививок против ВГВ – в течение 29 дней с момента установления срока в соответствии с Национальным календарем;

для четвертой прививки против коклюша, дифтерии, столбняка – до достижения ребенком 2-х лет;

для первой и второй прививок против кори, эпидемического паротита и краснухи, для четвертой прививки против полиомиелита, прививок против дифтерии, столбняка и коклюша детей в 6 лет, прививок против дифтерии детей в 11 лет, прививок против дифтерии и столбняка детей в 16 лет, взрослых в 26 лет и старше – в течение 11 месяцев 29 дней с момента установления срока в соответствии с Национальным календарем.

40. Частота медицинских отводов от иммунизации определяется по формуле:

$$\text{ЧО} = (\text{КО} / \text{КЛ}) \times 100\%, \text{ где}$$

КО – количество лиц определенного возраста, которым установлен медицинский отвод от иммунизации конкретной вакциной за анализируемый период времени;

КЛ – общее количество лиц данного возраста, состоящих на обслуживании в организации здравоохранения.

Количество детей в возрасте до 1 года с длительными и постоянными медицинскими отводами от иммунизации должно составлять не более 2%, с временными медицинскими отводами

от иммунизации – не более 10%.

41. Средний расход вакцины на одну профилактическую прививку рассчитывается по формуле:

количество израсходованных доз конкретной вакцины / количество сделанных профилактических прививок с использованием конкретной вакцины.

42. Показателями эффективности иммунизации являются:

иммунологическая эффективность вакцины;

эпидемиологическая эффективность иммунизации;

экономическая эффективность иммунизации.

43. Иммунологическая эффективность иммунизации определяется по коэффициенту иммунологической эффективности (E), рассчитываемому по формуле:

$$E = \frac{a \times 100}{A} - \frac{b \times 100}{B},$$

где E – коэффициент иммунологической эффективности;

a – число привитых лиц с защитными титрами антител после иммунизации;

b – число лиц с защитными титрами антител в непривитой группе или привитой «плацебо»;

A – число лиц, привитых вакциной;

B – число лиц, не привитых вакциной или привитых «плацебо».

Сроки и объем необходимых исследований определяются (согласовываются) Министерством здравоохранения.

44. Эпидемиологическая эффективность иммунизации определяется по индексу (K) и коэффициенту (E) эффективности, а также по другим показателям:

44.1. Индекс эффективности иммунопрофилактики (K) показывает, во сколько раз заболеваемость привитых лиц (A) ниже заболеваемости непривитых лиц (B):

$$K = \frac{B}{A}$$

Коэффициент эффективности иммунопрофилактики (E) показывает, на сколько процентов заболеваемость привитых лиц (A) ниже заболеваемости непривитых лиц (B):

$$E = \frac{B - A}{B} \times 100$$

Индекс эффективности менее 10 и коэффициент эффективности менее 90% (при вакцинации против гриппа – менее 50 %) свидетельствуют о сниженной эффективности иммунизации и требуют анализа причин.

44.2. Если исходные данные о привитых / непривитых, заболевших / не заболевших можно свести в четырехпольную таблицу (a – не заболел привитой; b – не заболел непривитой; c – заболел привитой; d – заболел непривитой), эпидемиологическая взаимосвязь между этими параметрами устанавливается с помощью тетрафорического коэффициента сопряженности Пирсона по формуле:

$$r_A = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}}, \text{ «}a, b, c, d > 5\text{»}.$$

Коэффициент сопряженности оценивается так же, как и коэффициент корреляции.

44.3. В условиях массовой вакцинации, проводимой на протяжении многих лет, эпидемиологическую эффективность иммунизации оценивают по изменению уровней, структуры, динамики заболеваемости, а также с учетом циклических проявлений эпидемического процесса в сравнении с предшествующими периодами, и наличия (отсутствия) местной передачи возбудителей инфекционных заболеваний.

45. Для оценки экономической эффективности иммунизации применяются методы фармакоэкономического анализа в порядке, установленном законодательством.

ГЛАВА 5

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВХОДЯЩИХ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК И ПЕРЕЧЕНЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

46. Вакцинация против инфекционных заболеваний, входящих в Национальный календарь и перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям, проводится в соответствии с инструкциями

по медицинскому применению ИЛП и нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения, определяющими тактику проведения вакцинации.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

47. При проведении вакцинации против ВГВ допускается применение сочетанных схем с использованием моновалентных и комбинированных вакцин, содержащих ВГВ-компонент.

48. Тактика вакцинации против ВГВ у детей определяется в зависимости от HBsAg-статуса матери, массы тела новорожденного при рождении и степени доношенности в соответствии с приложением 9.

49. Скрининговое обследование на маркеры ВГВ детей, рожденных инфицированными ВГВ матерями (ВГВ экспонированные дети) проводится дифференцированно в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения.

Вакцинация проводится после взятия крови в случае проведения скринингового обследования и вакцинации в один день.

При выявлении ДНК ВГВ у ребенка дальнейшая вакцинация против ВГВ не проводится.

Детям, отрицательным по HBsAg и с уровнем анти-HBs антител <10 мМЕ/мл после первичного курса вакцинации, показано проведение повторного курса вакцинации по схеме 0 – 1 – 6 месяцев с использованием моновакцины против ВГВ.

50. Перерыв в схеме вакцинации не требует возобновления всего курса профилактических прививок. Если курс прерван после первой дозы, вторая доза должна быть введена как можно раньше, интервал между введением последующих доз вакцины должен составлять не менее 4 недель. Доза, введенная при сокращении минимального интервала не более чем на 5 календарных дней, засчитывается. Если задержано введение только последней (четвертой (пятой)) дозы, она должна быть введена как можно раньше, но не позднее достижения ребенком возраста 2-х лет.

51. Дети, не привитые при рождении, подлежат вакцинации в возможно кратчайшие сроки после устранения причин, обусловивших отсрочку вакцинации, в условиях родильного дома или на 2-м этапе выхаживания.

52. При составлении индивидуального календаря профилактических прививок допускается использование 3-х-дозовой

схемы иммунизации против ВГВ с учетом минимальных интервалов между введением вакцины.

53. Вакцинация против ВГВ рекомендована лицам, не имеющим документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее ВГВ, и (или) сведений о наличии профилактических прививок против ВГВ, и (или) лабораторных результатов, подтверждающих наличие защитного уровня антител IgG к вирусу гепатита В (анти-НВs антитела ≥ 10 мМЕ/мл), относящимся к следующим группам:

лица, страдающие вирусным гепатитом С;

лица, выезжающие в эндемичные по ВГВ страны;

лица, подлежащие плановым хирургическим вмешательствам с вероятностью переливания крови и (или) ее компонентов крови;

лица, имеющие нескольких сексуальных партнеров, в т.ч. ВИЧ-инфицированных.

54. Рекомендуется введение бустерной дозы (бустерных доз) вакцины против ВГВ ранее привитым работникам организаций здравоохранения, имеющим контакт с биологическим материалом (например, медицинский персонал отделений гемодиализа, станций переливания крови, лабораторий, врачи-хирурги), при концентрации анти-НВs антител < 10 мМЕ/мл.

Периодичность лабораторного контроля напряженности иммунитета у таких лиц составляет один раз в 10 лет.

Порядок организации и проведения лабораторного контроля напряженности иммунитета у данной группы работников определяется руководителем организации здравоохранения.

55. Лица, находящиеся на хроническом гемодиализе (диализотерапии, программном диализе), регулярно получающие донорскую кровь и ее компоненты, а также пациенты с выраженной иммуносупрессией, не болевшие ВГВ и не привитые ранее, подлежат вакцинации против ВГВ по схеме 0 – 1 – 6 месяцев с использованием вакцины с двойным содержанием НВsAg (доза, увеличенная в 2 раза по сравнению со стандартной дозой, определенной инструкцией по медицинскому применению ИЛП), если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП. Контроль уровня анти-НВs антител у данных пациентов проводится не ранее чем через 2 месяца после введения завершающей дозы первичного курса вакцинации для оценки формирования иммунного ответа.

Указанные пациенты подлежат ежегодному контролю серопротекции (определению концентрации анти-НВs антител).

При выявлении концентрации анти-НВs < 10 мМЕ/мл после

завершенного полного курса первичной вакцинации, проводится введение бустерной дозы (бустерных доз) вакцины против ВГВ с обычным содержанием HBsAg. Допускается последовательное введение не более двух бустерных доз с интервалом не менее 4 недель.

56. Лицам, не ответившим выработкой анти-HBs антител в защитной концентрации на введение бустерных доз при использовании тактики, указанной в пункте 55 Методических рекомендаций, при сохранении высокого риска инфицирования, рекомендовано проводить тестирование на HBsAg, в случае отрицательного результата, дополнительно – на anti-HBc-total ежегодно, если иное не определено нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения.

57. Иммунопрофилактика ВГВ в отношении лиц, вовлеченных в аварийный контакт, проводится в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА

58. Дети, не привитые против туберкулеза в роддоме, прививаются как можно раньше после снятия медицинских противопоказаний к вакцинации на 2 этапе выхаживания или на амбулаторном этапе в возрасте до 2-х месяцев без предварительной постановки пробы Манту с 2 ТЕ (далее – туберкулинодиагностика), в возрасте 2-х месяцев и старше – с предварительной туберкулинодиагностикой сразу после учета ответной реакции на тест (интервал между постановкой пробы Манту с 2 ТЕ и иммунизацией должен быть не менее 3-х дней (72 часов) и не более 2-х недель после постановки теста).

59. В случае, если вакцинация от туберкулеза приводит к задержке основного этапа иммунизации комбинированными вакцинами, ее проводят через 28 дней после завершения последнего с предварительным проведением постановки пробы Манту с 2 ТЕ. Исключение составляет ситуация, когда ребенок находится в очаге туберкулезной инфекции.

60. В случае установления «виража» туберкулиновой реакции (инфекционный вираж), положительной реакции на туберкулин или аллерген туберкулезный рекомбинантный и в других случаях, когда профилактически назначаются противотуберкулезные лекарственные препараты, профилактические прививки (кроме профилактических прививок против туберкулеза) проводят по окончании курса лечения. Профилактические прививки против туберкулеза таким детям

противопоказаны постоянно.

В случае сомнительного результата постановки пробы Манту с 2 ТЕ необходимо отложить проведение противотуберкулезной иммунизации и направить ребенка на консультацию к врачу-фтизиатру.

61. Повторная профилактическая прививка против туберкулеза детям, у которых не сформировался поствакцинальный рубчик после предыдущей иммунизации вакциной БЦЖ-М, не проводится.

62. Вакцинация против туберкулеза детей, не привитых в период новорожденности, проводится до достижения ребенком возраста 7 лет (при отрицательном результате диагностических туберкулиновых тестов на выявление специфического иммунного ответа на туберкулез).

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ КОКЛЮША, ДИФТЕРИИ, СТОЛЬНЯКА, ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

63. Используются комбинированные вакцины, содержащие коклюшный компонент, дифтерийный анатоксин, столбнячный анатоксин, в ряде случаев – другие компоненты (далее – КДС-содержащие вакцины).

КДС-содержащие вакцины могут включать цельноклеточный коклюшный компонент (далее – АцКДС-содержащие вакцины) или бесклеточный коклюшный компонент (далее – АбКДС-содержащие вакцины).

64. АцКДС-содержащие вакцины используют у детей в возрасте до 3 лет 11 месяцев 29 дней, если в инструкции по медицинскому применению ИЛП не указано другое.

65. Иммунизация, начатая АбКДС-содержащей вакциной, может быть продолжена АцКДС-содержащей вакциной и наоборот, с учетом возрастных ограничений использования вакцин.

66. Введение АбКДС-содержащих вакцин по решению иммунологической комиссии организации здравоохранения осуществляется при наличии медицинских противопоказаний к введению АцКДС-содержащих вакцин, а также рекомендуется детям, относящимся к следующим категориям:

недоношенные дети;

дети с фебрильными судорогами в анамнезе;

дети со стабильной неврологической патологией (до 1,5% от численности всего детского населения), в том числе на фоне поддерживающего медикаментозного лечения;

иные категории детей.

67. Дети, перенесшие коклюш, подлежат вакцинации против коклюша в соответствии с Национальным календарем с использованием АКДС-содержащих вакцин.

68. В случае возникновения у ребенка СНР на введение АцКДС-содержащей вакцины дальнейшее введение АцКДС-содержащих вакцин прекращается.

В случае возникновения у ребенка СНР на введение АцКДС-содержащей вакцины на первое введение АцКДС-содержащей вакцины следующие профилактические прививки, при отсутствии медицинских противопоказаний и по решению иммунологической комиссии организации здравоохранения, проводят АКДС-содержащей вакциной или АДС-анатоксином через 1 месяц, если на второе введение – следующая профилактическая прививка проводится АКДС-содержащей вакциной или АДС-анатоксином через 12 месяцев, если на третье введение – очередную профилактическую прививку проводят АДС-анатоксином или АКДС-содержащей вакциной через 12 – 18 месяцев.

69. Вакцинация взрослых против коклюша (с использованием АКДС-содержащих вакцин) проводится без использования средств республиканского бюджета и рекомендуется:

лицам из групп риска тяжелого течения коклюша – лицам с хронической бронхолегочной патологией, с иммунодефицитами;

беременным в сроке 27–36 недель каждой беременности (с целью пассивной защиты новорожденных и младенцев первых месяцев жизни);

лицам, проживающим в семьях, где есть новорожденные и непривитые дети до 1 года (стратегия «кокона»);

иным лицам.

70. При плановой вакцинации в случае, если с момента введения последней бустерной дозы ИПП против дифтерии и столбняка у взрослых прошло более 10 лет, вводится последующая бустерная доза с использованием АДС-М-анатоксина как можно ранее, первичная вакцинация не повторяется.

71. Развитие общей и (или) местной СНР, синдрома «пронзительного крика» (непрерывного плача продолжительностью 3 и более часов в течение 48 часов после вакцинации), гипотонически-гипореспонсивного эпизода после введения КДС-содержащих вакцин относятся к состояниям, требующим предосторожности. Последующая вакцинация проводится с использованием АКДС-содержащих вакцин.

Острая энцефалопатия в виде нарушения сознания и (или) судорожного синдрома, развившаяся в течение 7 суток после введения КДС-содержащей вакцины и не связанная с другой установленной причиной, является основанием для постоянного медицинского отвода от иммунизации с использованием вакцин, содержащих коклюшный компонент.

72. Взрослым лицам, не получившим ранее ни одной профилактической прививки против дифтерии и столбняка, показано проведение первичной вакцинации, включающей две первичные дозы АДС-М-анатоксина и бустерную дозу с интервалами в соответствии с инструкцией по медицинскому применению ИЛП и рекомендациями по составлению индивидуального календаря профилактических прививок согласно приложению 8.

73. Профилактика столбняка по эпидемическим показаниям проводится в организациях здравоохранения пациенту как можно раньше после обращения за медицинской помощью (в первые сутки) и в период до 20 суток с момента получения травмы в случаях:

травм с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;

обморожений и ожогов (термических, химических, радиационных) второй, третьей и четвертой степени;

абортах и родах вне организаций здравоохранения;

гангрены и некроза тканей любого типа;

укусов животными.

74. Схема выбора вида профилактики столбняка, проводимой по эпидемическим показаниям, определяется в соответствии с классификацией ран на инфицированные и неинфицированные согласно приложению 10 и тактикой профилактики столбняка в зависимости от прививочного анамнеза и характера раны согласно приложению 11.

75. Выбор вида профилактики столбняка, проводимой по эпидемическим показаниям, у новорожденных в случае родов вне организации здравоохранения и у детей в возрасте до 5 месяцев, не получивших плановые профилактические прививки против столбняка, осуществляется в зависимости от прививочного статуса матери. Если мать привита против столбняка и с момента последней профилактической прививки прошло не более 5 лет, то ребенку не проводится профилактика столбняка.

Ребенку проводится пассивная профилактика столбняка с введением 250 МЕ ПСЧИ при следующих условиях:

мать имеет неполный курс профилактических прививок против столбняка;

мать имеет полный курс профилактических прививок против столбняка, но с момента последней профилактической прививки прошло 5 лет и более;

прививочный анамнез матери выяснить не удалось.

76. Все лица, получившие активно-пассивную профилактику столбняка, для завершения курса иммунизации через 9–12 месяцев должны получить профилактическую прививку с использованием 0,5 мл АС (АДС-М).

77. При неизвестном прививочном статусе пациента вид специфической профилактики столбняка, проводимой по эпидемическим показаниям, можно определить на основании результатов определения титра столбнячного антитоксина в сыворотке крови пациента.

Показанием к проведению полного объема активно-пассивной профилактики столбняка является отсутствие в сыворотке крови пациента столбнячного антитоксина или его наличие в титре менее 1:20 (менее 0,01 МЕ/мл).

Пациентам, в сыворотке крови которых содержание столбнячного антитоксина в реакции пассивной гемагглютинации выявлено в титрах 1:20, 1:40, 1:80 (0,01-0,1 МЕ/мл), вводится АС в дозе 0,5 мл.

Титр столбнячного антитоксина в сыворотке крови пациента 1:160 и более (0,1 МЕ/мл и выше) свидетельствует о достаточной защищенности и не требует проведения экстренной профилактики столбняка.

78. В случае необходимости уточнения иммунного статуса в отношении дифтерии и столбняка детей и взрослых, привитых с нарушением схем вакцинации или не имеющих сведений о вакцинации в медицинской документации, а также контактных лиц в очагах дифтерии, при наличии возможности могут выполняться серологические исследования.

Если в результате проведения серологического исследования установлено, что для противодифтерийных антител титр составляет 1:40 и более (по данным (РНГА) или концентрация составляет 0,01 МЕ/мл и более (по данным РН / ИФА), а для противостолбнячных антител соответственно титр или концентрация составляют 1:20 или 0,01 МЕ/мл и более, то дальнейшая вакцинация проводится в соответствии с Национальным календарем.

Если дифтерийный и столбнячный антитоксины не обнаружены, то вводится АДС-М анатоксин с определением иммунного ответа

через 2 недели. При высоком содержании антител (1:160 по данным РПГА или 0,01-0,09 МЕ/мл по данным РН / РИФ) дальнейшая иммунизация проводится в соответствии с Национальным календарем. При отсутствии выраженной продукции дифтерийного и столбнячного антитоксинов (первичный тип иммунного ответа) выполненная прививка считается началом вакцинации, и дальнейшая вакцинация проводится по индивидуальному календарю в соответствии с возрастом пациента.

79. Дети, перенесшие гемофильную инфекцию, подлежат вакцинации против гемофильной инфекции в соответствии с Национальным календарем.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА

80. При составлении индивидуального календаря профилактических прививок допустимо увеличение количества вводимых доз инактивированной полиомиелитной вакцины (далее – ИПВ) в виде моновакцины или в составе комбинированных вакцин с учетом минимальных интервалов между введением вакцин, согласно приложению 8.

81. Лица, прибывшие из эпидемиологически неблагополучных по полиомиелиту стран или выезжающие в эпидемиологически неблагополучные по полиомиелиту страны, которые ранее получили 3 или более доз вакцины против полиомиелита, должны получить одну профилактическую прививку против полиомиелита в любое доступное время после прибытия и за 4 недели до отъезда соответственно.

Дети, не привитые против полиомиелита, должны получить 3 дозы ИПВ с учетом минимальных интервалов между дозами.

Взрослые лица, не привитые против полиомиелита, должны получить 3 дозы ИПВ по схеме: вторая профилактическая прививка против полиомиелита проводится через 1-2 месяца после первой, третья – через 6 месяцев после второй профилактической прививки. Если до отъезда в эпидемиологически неблагополучную по полиомиелиту страну остается от 4 до 8 недель, то проводятся две профилактические прививки с интервалом в 4 недели. Если до отъезда остается менее 4 недель, то проводится одна профилактическая прививка. Оставшиеся профилактические прививки проводятся после возвращения из эпидемиологически неблагополучной по полиомиелиту страны.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

82. При составлении индивидуального календаря вакцинации детей против пневмококковой инфекции необходимо учитывать следующее:

схема вакцинации детей включает введение 2-х первичных доз пневмококковых конъюгированных вакцин (далее – ПКВ): первой – в возрасте 2 месяцев, второй – через 2 месяца после первой. Бустерная доза вводится не ранее, чем через 6 месяцев после второй дозы, обычно в возрасте 11 – 15 месяцев.

При начале вакцинации в возрасте старше 7 месяцев схема вакцинации определяется инструкцией по медицинскому применению конкретного ИЛП.

Введение последующих (дополнительных) доз вакцины против пневмококковой инфекции не требуется для здоровых детей:

если первая доза введена в возрасте 24 месяцев и старше;

если вторая доза введена в возрасте 24 месяцев и старше;

если первая доза введена в возрасте 12 – 23 месяцев и вторая доза введена с интервалом 2 и более месяцев от первой дозы, если иное не указано в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

Переход с ПКВ, содержащей меньшее количество серотипов пневмококка, на ПКВ, содержащую большее количество пневмококка, осуществляется путем продолжения или завершения ранее начатого курса вакцинации. Для обеспечения защиты от дополнительных серотипов пневмококка схема введения ПКВ (количество доз, интервалы между вводимыми дозами) должна соответствовать указанной в инструкции по медицинскому применению для пациента соответствующего возраста.

83. Вакцинация против пневмококковой инфекции взрослых вне средств республиканского бюджета рекомендуется следующим контингентам:

взрослые 60 лет и старше;

взрослые до 60 лет, имеющие одно из следующих заболеваний или состояний:

хронические заболевания легких, включая хроническую обструктивную болезнь легких и бронхиальную астму (в т.ч. на поддерживающей терапии иммуносупрессивными дозами оральных системных глюкокортикостероидных лекарственных препаратов (далее – ГКС));

перенесшие рецидивирующие инфекции легких (пневмония) и ЛОР-органов (острый средний отит);

неврологические заболевания, при которых вероятно нарушение функции внешнего дыхания, включая спинальную мышечную атрофию, миодистрофию Дюшенна, детский церебральный паралич с выраженными деформациями грудной клетки;

хронические сердечно-сосудистые заболевания, включая ишемическую болезнь сердца, сердечную недостаточность, «синие» врожденные пороки сердца;

сахарный диабет и (или) ожирение;

хронические болезни печени, включая цирроз печени;

хронические болезни почек, включая хроническую почечную недостаточность, нефротический синдром;

врожденные или приобретенные иммунодефициты, включая ВИЧ-инфекцию, злокачественные новообразования, ятрогенную иммуносупрессию на фоне противоопухолевого лечения и приема других иммуносупрессивных препаратов, а также ожидающие трансплантации солидных органов;

аспления – анатомическая или функциональная, в т.ч. на фоне гемоглобинопатий и наследственных гемолитических анемий;

нарушения барьерной функции центральной нервной системы, включая врожденную дисплазию внутреннего уха, кохлеарный имплантат (или планирующие проведение данной операции), персистирующую коммуникацию между спинномозговой жидкостью и носоглоткой (ликворрею).

84. Вакцинация взрослых против пневмококковой инфекции проводится по одной из схем:

введение ПКВ, содержащей 13 или 15 серотипов пневмококка, с последующим введением, при наличии, пневмококковой полисахаридной вакцины (далее – ППСВ);

однократное введение ПКВ, содержащей 20 или более серотипов пневмококка, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

В случае использования обеих вакцин необходимо первой вводить ПКВ, а ППСВ применять далее в виде бустеров. Интервал между введением ПКВ и ППСВ составляет 1 год и более; у лиц с иммунодефицитами, асплениями и нарушениями барьерной функции центральной нервной системы интервал может быть сокращен до 8 недель и более.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ КОРИ, ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА, КРАСНУХИ

85. Вакцинацию детей и взрослых, в том числе переболевших любой из инфекций, против которых защищает вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (далее – вакцина КПК), можно проводить как с использованием комбинированной вакцины КПК, так и с использованием моновакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи (далее – моновакцина против кори, против эпидемического паротита, против краснухи). В последнем случае моновакцина против перенесенной инфекции не требуется.

86. Лица, привитые вакциной КПК (или моновакциной против кори, против эпидемического паротита, против краснухи) не допускаются к сдаче крови в течение 1 месяца после вакцинации.

87. При необходимости постановки диагностических туберкулезных тестов они должны быть проведены до (допускается одновременно) проведения профилактической прививки против кори, эпидемического паротита и краснухи или не ранее чем через 4 недели после нее, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

88. Профилактические прививки против кори по эпидемическим показаниям (с использованием вакцины КПК или моновакцины против кори) проводятся в течение 72 часов от контакта с пациентом с корью (подозрением на заболевание корью).

У детей в возрасте 6–9 месяцев допустимо проведение вакцинопрофилактики кори по эпидемическим показаниям, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП. Доза вакцины, введенная ребенку до достижения 9-месячного возраста, должна рассматриваться как «нулевая доза». Далее ребенок должен получить две дозы вакцины КПК в соответствии с Национальным календарем.

Не вакцинированным и не перенесшим ранее корь лицам, выезжающим в страны, где регистрируются случаи кори, необходимо сделать прививку не менее чем за 10 дней до даты отъезда, вторая доза вакцины вводится в соответствии с минимальным интервалом.

Допустима вакцинация против кори по эпидемическим показаниям детей в возрасте 1–5 лет, ранее привитых одной дозой вакцины КПК или моновакцины против кори, с учетом допустимого минимального интервала между дозами.

89. У лиц, имеющих медицинские противопоказания

к вакцинации, по эпидемическим показаниям допустимо (при наличии ИЛП) разовое введение иммуноглобулина человека нормального 1,5 мл в течение 3–5 дней от момента возможного инфицирования.

После введения коревой моновакцины или КПК иммуноглобулин человека нормальный можно вводить не ранее, чем через 2 недели. В случае необходимости применения иммуноглобулина человека нормального ранее этого срока вакцинацию против кори следует повторить. При наличии защитного уровня антител IgG к вирусу кори в сыворотке крови повторную вакцинацию не проводят.

После введения иммуноглобулина человека нормального профилактические прививки против кори, при необходимости, проводятся не ранее, чем через 2 месяца.

90. Профилактические прививки против краснухи по эпидемическим показаниям проводятся (с использованием вакцины КПК или моновакцины против краснухи) в течение 72 часов от контакта с пациентом с краснухой (подозрением на заболевание краснухой).

Допустима вакцинация против краснухи (в том числе с использованием комбинированных вакцин) по эпидемическим показаниям детей в возрасте 1–5 лет, ранее привитых одной дозой вакцины КПК или моновакцины против краснухи, с учетом допустимого минимального интервала между дозами.

91. Вакцинация против краснухи (с использованием вакцины КПК или моновакцины против краснухи) рекомендована женщинам, планирующим беременность и не перенесшим ранее краснуху, не имеющим документально подтвержденных сведений о профилактических прививках против краснухи или лабораторно подтвержденных результатов наличия защитного уровня IgG антител к вирусу краснухи. В течение одного месяца после вакцинации рекомендуется женщине воздержаться от наступления беременности. Во время беременности непреднамеренная иммунизация вакциной КПК или моновакциной против краснухи не является основанием для прерывания беременности.

92. Профилактические прививки против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводятся (с использованием вакцины КПК или моновакцины против эпидемического паротита) в течение 72 часов от контакта с пациентом с эпидемическим паротитом (подозрением на заболевание эпидемическим паротитом).

93. Лицам, получившим первую дозу вакцины КПК (или моновакцины против кори, против эпидемического паротита, против краснухи) по эпидемическим показаниям, вводится вторая доза вакцины

КПК (или моновакцины против кори, против эпидемического паротита, против краснухи) с учетом минимального интервала между дозами.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ГРИППА

94. Вакцинацию против гриппа проводят ежегодно в предэпидемический период заболеваемости гриппом с применением инактивированных вакцин (субъединичных и расщепленных) или живых аттенуированных вакцин.

95. К хроническим заболеваниям, требующим дополнительной вакцинопрофилактики гриппа, относятся:

болезни сердечно-сосудистой системы;

болезни легких: бронхиальная астма, хронический бронхит, ХОБЛ, пороки развития органов дыхания, муковисцидоз;

сахарный диабет;

болезни почек и печени;

гематологические и метаболические заболевания;

иммуновоспалительные и нейромышечные заболевания;

пороки развития и тяжелые приобретенные поражения ЦНС.

96. Вакцинация против гриппа, помимо групп населения, определенных в Национальном календаре, рекомендована следующим группам населения:

дети от 3 до 6 лет;

обучающиеся в учреждениях общего среднего, профессионально-технического, среднего специального и высшего образования;

орнитологи, работники птицеводческих предприятий и вирусологических лабораторий, занимающихся диагностикой гриппа и других острых респираторных инфекций;

работники сферы бытового обслуживания;

работники учреждений образования;

работники торговли и общественного питания;

работники транспортных организаций;

работники учреждений культуры и спорта;

лица, находящиеся в контакте с пациентом с хронической патологией и (или) иммуносупрессией;

лица, находящиеся в контакте с детьми до 6 месяцев.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

97. Вакцинация против инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (далее – ВПЧ-инфекция) проводится, предпочтительно, до начала половой жизни.

Перед проведением вакцинации предварительное тестирование на инфицированность ВПЧ не назначается.

98. К группам повышенного риска заражения ВПЧ и развития ВПЧ-ассоциированных заболеваний, который является основанием для рекомендации вакцинации против ВПЧ-инфекции вне средств республиканского бюджета относятся:

- лица, имеющие несколько половых партнеров;
- работники секс-бизнеса и их клиенты;
- мужчины, практикующие секс с мужчинами и их партнеры, трансгендерные люди и их партнеры;
- пациенты с инфекциями, передающимися половым путем;
- лица с иммунодефицитами;
- лица, в семейном анамнезе которых имелись случаи ВПЧ-ассоциированной онкопатологии (например, рака шейки матки).

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ КОРОНАВИРУСОМ SARS-CoV-2

99. Для вакцинации против инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2 (инфекции COVID-19), используются неживые вакцины, созданные на различных платформах (нереплицирующиеся аденовирусные векторы, инактивированные вирусы, рекомбинантные белки, мРНК), содержащие в своем составе RBD фрагмент S-белка актуального циркулирующего субварианта вируса SARS-CoV-2 или расширенный спектр белков SARS-CoV-2 (S, N).

100. Всем подлежащим вакцинации лицам показана первичная вакцинация по схеме в соответствии с инструкцией по медицинскому применению ИЛП и определенной Министерством здравоохранения тактикой (например, две первичные дозы и одна бустерная доза, сделанная с интервалом 6 месяцев и более от последней первичной дозы, либо одна первичная доза).

Дополнительная первичная доза вакцины пациентам с тяжелым иммунодефицитом вводится в соответствии с инструкцией по медицинскому применению к ИЛП.

Последующие бустерные дозы вводятся 1 раз в год согласно порядку, определенному Министерством здравоохранения. Допустимо использование гетерологичных бустеров.

101. Допустимо одновременное введение вакцины от инфекции COVID-19 с другими вакцинами, в т.ч. вакциной от гриппа, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

В случае последовательного введения вакцины от инфекции COVID-19 и других вакцин соблюдение определенных интервалов не требуется, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

102. Для профилактики ВГА по эпидемическим показаниям контактным лицам вводится одна доза вакцины в течение периода, рекомендованного инструкцией по медицинскому применению конкретного ИЛП. В случае, если инструкцией по медицинскому применению не установлен этот период, то вакцинация проводится в течение 7 календарных дней с момента контакта с источником инфекции (в течение 14 дней от даты появления первых симптомов у источника инфекции). Лицам, получившим одну первичную дозу вакцины, необходимо введение бустерной дозы с интервалом 6 месяцев или иным, установленным инструкцией по медицинскому применению ИЛП.

Одновременное применение в очаге с профилактической целью вакцины от ВГА и нормального иммуноглобулина человека не показано.

103. Вакцинация против ВГА вне средств республиканского бюджета рекомендована следующим лицам из групп риска заражения и тяжелого течения заболевания:

лица, проживающие либо выезжающие в регионы, эпидемиологически неблагополучные по заболеваемости ВГА;

лица, подверженные профессиональному риску заражения (медицинские работники, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети);

лица, выезжающие в неблагополучные страны, где регистрируются вспышки заболевания ВГА;

пациенты с хроническими заболеваниями печени;

потребители инъекционных наркотиков;

иным лицам.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

104. Вакцинация против ветряной оспы вне средств республиканского бюджета рекомендована следующим лицам, ранее не болевшим, и (или) не привитым против ветряной оспы, и (или) не имеющим сведений о наличии IgG антител к вирусу ветряной оспы:

104.1. группа риска тяжелого течения заболевания:

лица с хроническими соматическими заболеваниями – легких (включая бронхиальную астму, муковисцидоз), сердечно-сосудистой системы, лица с иммуновоспалительными, эндокринными, нейромышечными заболеваниями, хронической почечной недостаточностью;

лица с иммунодефицитами, в том числе на фоне противоопухолевого лечения и иной ятрогенной иммуносупрессии;

лица, которым планируется проведение трансплантации солидных органов, а также противоопухолевой лучевой или химиотерапии, при отсутствии у них специфических антител;

новорожденные, родившиеся от матерей, которые имели клинические проявления ветряной оспы за 5 и менее календарных дней до родов или в течение 48 и менее часов после родов;

104.2. группа высокого риска заражения заболеванием:

воспитанники (пациенты) и персонал организаций, оказывающих социальные услуги, осуществляющих стационарное социальное обслуживание;

работники организаций здравоохранения;

работники учреждений образования;

лица, подлежащие призыву на военную службу;

женщины, планирующие беременность (не менее чем за 3 месяца);

контактные лица в очаге.

105. Иммунизация вне средств республиканского бюджета в очагах ветряной оспы контактных лиц, ранее не болевших, не привитых против ветряной оспы, не имеющих сведений о наличии IgG антител к вирусу ветряной оспы, и имеющих высокий риск развития тяжелого

заболевания, проводится как можно раньше после контакта с пациентом с ветряной оспой, но не позже 5 суток после контакта, с использованием преимущественно вакцины от ветряной оспы, а в случаях, когда введение вакцины противопоказано – с помощью нормального иммуноглобулина человека или специфического гипериммунного человеческого иммуноглобулина против ветряной оспы (при наличии).

106. Иммуноглобулин (при наличии) вводится следующим категориям контактных лиц:

пациенты с иммунодефицитами;

новорожденные, родившиеся от матерей, которые имели клинические проявления ветряной оспы за 5 и менее календарных дней до родов или в течение 48 и менее часов после родов;

недоношенные 28 и более недель гестации, бывшие в контакте в неонатальном периоде, чьи матери не имеют данных, подтверждающих наличие иммунитета (анамнез перенесенной ветряной оспы или вакцинации);

недоношенные с гестационным возрастом менее 28 недель или с экстремально низкой массой тела при рождении (1000 г и менее), бывшие в контакте в неонатальном периоде, независимо от данных в анамнезе матери о перенесенной ветряной оспе или вакцинации;

прочие неиммунные лица, которым противопоказано введение вакцины.

107. Медицинскими противопоказаниями к введению вакцины против ветряной оспы являются тяжелые аллергические реакции на предыдущую дозу, тяжелые иммунодефициты, включая ятрогенную иммуносупрессию, беременность.

В течение 1 месяца после вакцинации необходимо рекомендовать женщине воздержаться от наступления беременности.

108. Состояниями, требующими предосторожности при введении вакцины против ветряной оспы, являются:

прием системных противогерпетических лекарственных препаратов (не показан за 24 часа до и 21 день после вакцинации);

семейный анамнез первичных иммунодефицитов (вакцинация проводится после исключения иммунодефицита у ребенка).

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

109. Иммунизация против клещевого энцефалита проводится

с использованием инактивированных вакцин, содержащих дальневосточный или европейский подтипы вирусов.

110. Привитым против клещевого энцефалита считается лицо, получившее законченную первичную вакцинации и 1 (или более) бустерную дозу.

111. Первичная вакцинация с использованием вакцины, содержащей дальневосточный подтип вируса, состоит из двух прививок с интервалом 1–7 (оптимально 5 – 7) месяцев.

При ускоренной иммунизации рекомендуется вакцинация с интервалом 1 – 2 месяца между двумя первыми дозами, при необходимости интервал может быть сокращен до 2 недель. Посещение природного очага клещевого энцефалита допускается не ранее, чем через 2 недели после второй прививки.

Бустерная доза вводится через 1 год после получения полного курса первичной вакцинации, далее – каждые 3 года.

112. Первичная вакцинация с использованием вакцины, содержащей европейский подтип вируса, состоит из трех прививок.

Интервал между первой и второй прививками составляет от 1 до 3-х месяцев. При ускоренной иммунизации, в случае необходимости достижения быстрого иммунного ответа, вторая доза вводится с интервалом 14 дней после первой прививки. После первых двух прививок ожидается защита, достаточная для текущего сезона активности клещей.

Третью прививку необходимо проводить в интервале от 5 до 12 (от 9 до 12) месяцев после второй, в соответствии с инструкцией по медицинскому применению конкретного ИЛП.

Бустерную вакцинацию проводят через 3 года после получения полного курса первичной вакцинации. Последующие дозы вводят каждые 5 лет, для лиц старше 60 лет – каждые 3 года. Бустерные дозы рекомендуется вводить до начала сезона активности клещей.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ БЕШЕНСТВА, БРУЦЕЛЛЕЗА, ЛЕПТОСПИРОЗА, СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ, ТУЛЯРЕМИИ, ЧУМЫ

113. Порядок иммунизации контингентов населения против бешенства определяется нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения.

114. Решение о проведении и объеме вакцинации контингентов населения против бруцеллеза по эпидемическим показаниям принимается территориальными органами и учреждениями,

осуществляющими государственный санитарный надзор, совместно с территориальными органами исполнительной власти с учётом текущей эпизоотической ситуации и эпидемических показаний.

Общим показанием к проведению профилактических прививок против бруцеллёза является наличие условий, создающих возможность инфицирования человека возбудителем бруцеллёза козье-овечьего вида (*B. melitensis*).

Недопустимо проведение вакцинации после контакта (вероятного контакта) с больными животными или факторами передачи возбудителя бруцеллёза в очагах инфекции.

Иммунизация работников сельскохозяйственных и иных организаций, осуществляющих производство сельскохозяйственной продукции, неблагополучных по бруцеллёзу, вызванному *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, не проводится.

Вакцинации подлежат лица с чёткими отрицательными иммунологическими (серологическими – реакция Хеддельсона (Райта) или ИФА или аллергологическими – аллергическая проба Бюрне или цитометрический тест активации базофилов) реакциями на бруцеллёз, проведенными не более, чем за 30 календарных дней до введения ИПП.

К работе, связанной с риском заражения бруцеллезом, допускаются лица не ранее чем через 1 месяц после вакцинации.

115. Определение контингентов, подлежащих вакцинации против лептоспироза, сроков (времени) проведения вакцинации проводят территориальные органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарный надзор, в том числе с учетом текущей эпизоотолого-эпидемиологической ситуации.

116. Бустерная вакцинация подлежащих контингентов населения на территории стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, и (или) угрожаемой по сибирской язве территории, и (или) на территории эпизоотического очага сибирской язвы проводится однократно ежегодно в течение 4 лет после каждого проявления активности (регистрации каждого нового случая заболевания у животного). По истечении этого срока проведение профилактических прививок возобновляется на тот же период только в случае рецидива активности.

Экстренную вакцинопрофилактику сибирской язвы у непривитых ранее лиц назначают в следующих случаях:

при прямом контакте с материалом, содержащим возбудитель сибирской язвы;

при уходе за больными сибирской язвой животными;

при убое и разделке туш больных животных;
при приготовлении и употреблении в пищу мяса больных животных.

Иммунизация проводится не ранее чем через 2 дня после окончания экстренной антибиотикопрофилактики в порядке, установленном законодательством в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

117. Определение контингентов, подлежащих вакцинации против туляремии, проводят территориальные органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарный надзор, в том числе с учетом степени эпизоотической активности природных очагов туляремии.

Вакцинация против туляремии проводится в любое время года.

118. Определение контингентов, подлежащих вакцинации против чумы, проводится территориальными органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКИ

119. Вакцинация против желтой лихорадки проводится в отдельных организациях здравоохранения на основании справки об отсутствии медицинских противопоказаний к вакцинации установленного образца, по форме согласно приложению 12, выданной врачом-специалистом организации здравоохранения по месту жительства гражданина, не ранее чем через 2 месяца после любой последней профилактической прививки, если иное не указано в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

120. После проведения профилактической прививки против желтой лихорадки выдается международное свидетельство (сертификат) о вакцинации, действительное с 11 июля 2016 г. бессрочно. Сертификат, выданный до 11 июля 2016 г., подлежит замене в установленном порядке.

ГЛАВА 6 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ ВХОДЯЩИХ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ И ПЕРЕЧЕНЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

121. Вакцинация против менингококковой инфекции рекомендована лицам из групп высокого риска (заражения, развития инвазивных форм заболевания).

122. К группам повышенного риска развития инвазивных форм менингококковой инфекции относятся дети до 2 лет и взрослые старше 60 лет, а также лица, имеющие:

первичные и вторичные иммунодефициты, в т.ч. ВИЧ-инфекцию и дефекты C5 – C7 компонентов системы комплемента (или получающие экулизумаб, равулизумаб – моноклональные антитела против C5 компонента);

нарушение барьерной функции центральной нервной системы, в т.ч. врожденную дисплазию внутреннего уха, кохлеарный имплантат (или планирующие проведение данной операции), персистирующую коммуникацию между спинномозговой жидкостью и носоглоткой (ликворрею);

функциональную или анатомическую асплению;

лица, ожидающие трансплантацию солидных органов, или непривитые лица после трансплантации.

123. К группам повышенного риска заражения менингококком относятся:

работники бактериологических лабораторий и структурных подразделений организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;

лица, выезжающие в эндемичные районы, в т.ч. в страны Африки, расположенные к югу от Сахары и паломники в Мекку и Медину, спортсмены, геологи, биологи, туристы, военнослужащие;

лица, проживающие на территории текущей вспышки менингококковой инфекции;

учащиеся, получающие среднее специальное и высшее образование, в первую очередь первокурсники, проживающие в общежитиях;

воспитанники (пациенты) и персонал учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием;

лица, подлежащие призыву на военную службу, и новобранцы;

лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях.

124. Вакцины одного типа разных производителей являются взаимозаменяемыми, если иное не указано в инструкции по

медицинскому применению ИЛП. Вакцины против менингококка серогруппы В не заменяют вакцины против серогрупп А, С, W, Y и наоборот.

125. Вакцинация проводится в как можно более раннем возрасте, который допускает инструкция по медицинскому применению ИЛП.

После завершения курса первичной вакцинации введение бустерных доз не требуется. Однократный бустер возможен при сохраняющемся риске инвазивной менингококковой инфекции, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

126. Медицинскими противопоказаниями к введению живой ротавирусной вакцины являются тяжелые аллергические реакции на предыдущую дозу вакцины и тяжелые иммунодефициты, включая ятрогенную иммуносупрессию.

127. Состояниями, требующими предосторожности при введении живой ротавирусной вакцины, являются:

инвагинация кишечника в анамнезе;

врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта с риском инвагинации либо такие врожденные пороки как *spina bifida* и экстрофия мочевого пузыря (вакцина вводится, если индивидуальная польза от вакцинации превышает риск);

применение матерью во время беременности препаратов анти-ФНО- α (живые вакцины не вводятся ребенку до возраста 6 месяцев);

наличие в семье больных с иммунодефицитами;

установленная генетически обусловленная непереносимость фруктозы, нарушение всасывания глюкозо-галактозного комплекса, недостаточность ферментов сахаразы и (или) изомальтазы.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

128. Вакцинация против опоясывающего лишая рекомендована взрослым в возрасте 50 – 60 лет и старше, в т.ч. лицам с сахарным диабетом, а также при ряде иммунодефицитов с дефектом клеточного звена (включая лиц, получающих противоопухолевое лечение).

129. Серологическое обследование на наличие антител IgG к вирусу Varicella Zoster перед проведением вакцинации против опоясывающего лишая не проводится.

130. Ранее перенесенный эпизод опоясывающего лишая не является медицинским противопоказанием к вакцинации, но является основанием для отсрочки вакцинации на 1 год.

131. Вакцина против опоясывающего лишая не обладает терапевтическим действием, не назначается для лечения развившихся высыпаний или постгерпетической невралгии.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

132. Вакцинация против респираторно-синтициальной инфекции (далее – РСВ-инфекция) обеспечивает защиту от вызванных РСВ тяжелых инфекций нижних дыхательных путей, проводится вне средств республиканского бюджета и рекомендуется следующим контингентам:

беременные с целью пассивной защиты новорожденных и младенцев первых 6 месяцев жизни материнскими антителами;

лица старше 60 лет с целью индивидуальной защиты (и лица других возрастов в соответствии с инструкцией по медицинскому применению ИЛП).

133. Беременным вакцину против РСВ-инфекции вводят однократно на сроке 24 – 36 недель в период года, когда планируемые роды и первые месяцы жизни ребенка придутся на вероятный сезон РСВ-инфекции (чаще на сроке 32 – 36 недель в календарный период с сентября по январь), если в инструкции по медицинскому применению ИЛП не определено иное.

134. Лицам старше 60 лет вакцину против РСВ-инфекции вводят однократно.

135. Пассивная иммунопрофилактика РСВ-инфекции с помощью специфических моноклональных антител рекомендуется новорожденным и детям первых 24 месяцев жизни, которые относятся к группам риска вызванных РСВ тяжелых инфекций нижних дыхательных путей, и матери которых не получили вакцину против РСВ-инфекции во время беременности по крайней мере за 2 недели до родов в течение текущего сезона.

К группам риска относят:

недоношенных детей;

новорожденных и детей с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца, включая легочную гипертензию умеренной и тяжелой степени, синие (с право-левым сбросом) пороки до и после проведения кардиохирургических операций;

детей с заболеваниями миокарда различной этиологии, нуждающихся в медикаментозной гемодинамической поддержке;

новорожденных и детей с хронической легочной патологией, включая бронхолегочную дисплазию.

136. Моноклональные антитела с продленным периодом полужизни в плазме (например, нирсевимаб) вводят однократно перед началом сезона РСВ-инфекции – обычно в октябре-ноябре; моноклональные антитела со стандартным периодом полужизни в плазме (например, паливизумаб) вводят ежемесячно в течение всего сезона РСВ-инфекции (обычно всего 5 инъекций с октября-ноября по февраль – март).

ГЛАВА 7

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕДОНОШЕННЫМ И ДЕТЯМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

137. Вакцинация недоношенных детей (дети, рожденные ранее полных 37 недель гестации) и детей с низкой массой тела при рождении (менее 2 500 г) проводится в соответствии с Национальным календарем.

138. Временный медицинский отвод от вакцинации недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении устанавливается при наличии острых инфекционных заболеваний, выраженной кардиореспираторной нестабильности, отсутствии прибавки массы тела.

139. Получение ребенком дексаметазона (или другого ГКС) для профилактики или лечения бронхолегочной дисплазии не является основанием для медицинского отвода от иммунизации недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении.

140. Вакцинация от ВГВ недоношенных детей с массой тела при рождении менее 2 000 г осуществляется на основании рекомендаций, приведенных в главе 5.

141. Вакцинация с использованием вакцины БЦЖ-М недоношенных детей с массой тела на момент выписки из роддома менее 2 000 г не проводится в связи с повышенным риском развития вакциноассоциированного туберкулеза. Вакцинация осуществляется

на 2-ом этапе выхаживания либо в амбулаторно-поликлинической организации после достижения массы тела 2 300 г, при отсутствии иных причин для медицинского отвода от вакцинации.

142. Стабильным недоношенным детям в хронологическом возрасте 2 месяца и старше, которые находятся на 2-м этапе выхаживания, назначаются все инактивированные вакцины согласно Национальному календарю. Стабильными считаются дети, которые не получают противоинфекционное лечение, не имеют тяжелых метаболических нарушений, острой почечной, сердечно-сосудистой, респираторной недостаточности, прогрессирующей тяжелой неврологической патологии и в целом демонстрируют положительную динамику в состоянии.

143. Иммунизация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита у недоношенных детей проводится по общей схеме.

Недоношенные дети в гестационном возрасте менее 31 недели и (или) массой тела при рождении менее 2 000 г, и (или) имеющие бронхолегочную дисплазию тяжелой степени, и (или) ранее развившие эпизод апноэ (брадикардии), в том числе за последние 24 часа, вакцинируются против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции, полиомиелита, пневмококковой инфекции в возрасте 2 месяцев с последующим клиническим и кардиореспираторным мониторингом в течение 48 часов после вакцинации.

144. Вакцинация недоношенных детей от гемофильной инфекции проводится с хронологического возраста 2 месяцев по 4-дозовой схеме. Сроки введения трех первичных доз аналогичны иммунизации доношенных детей, четвертая (бустерная) доза вводится в возрасте до 18 месяцев (не ранее 6 месяцев после введения третьей первичной дозы). При начале вакцинации в возрасте старше 6 месяцев схема вакцинации у недоношенных и доношенных детей не различается.

145. Вакцинация недоношенных детей от пневмококковой инфекции проводится ПКВ с хронологического возраста 2 месяцев по 4-дозовой схеме (три первичные дозы и одна бустерная доза) в соответствии с рекомендациями согласно приложению 8. При начале вакцинации в возрасте старше 6 месяцев схема вакцинации у недоношенных и доношенных детей не различается.

146. Вакцинация недоношенных детей от гриппа, менингококковой инфекции, кори, эпидемического паротита и краснухи, ветряной оспы проводится в хронологическом возрасте и по схемам, не отличающимся от таковых для доношенных детей.

147. Недоношенным детям с гестационным возрастом менее 29 недель, новорожденным с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца и хронической легочной патологией рекомендуется профилактическое введение моноклональных антител против РСВ-инфекции. Моноклональные антитела против РСВ-инфекции могут быть введены с любыми интервалами до или после вакцин, на втором этапе выхаживания и (или) в кабинете катамнеза.

148. Для защиты недоношенного новорожденного ребенка рекомендуется использование стратегии кокона – вакцинация совместно проживающих членов семьи, лиц, ухаживающих за ребенком, медицинского персонала – от гриппа, COVID-19, коклюша.

ГЛАВА 8 ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С ОТДЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

149. В случае развития острого заболевания вакцинация проводится после клинического выздоровления. Остаточные явления не являются основанием для медицинского отвода от иммунизации. При острых респираторных и кишечных инфекциях иммунизация проводится после нормализации температуры тела и общего состояния.

150. Вакцинация в остром периоде заболеваний проводится по жизненным и (или) эпидемическим показаниям.

151. Перенесенная инвазивная бактериальная инфекция (например, тяжелая пневмония, сепсис, гнойный менингит) не является основанием для установления медицинского отвода от иммунизации.

152. Вакцинация против инфекционных заболеваний пациенту, перенесшему корь, назначается не ранее, чем через 2 месяца после появления сыпи; заболевшему активным туберкулезом – не ранее, чем через 2 месяца после начала противотуберкулезного лечения.

153. Вакцинация от ветряной оспы проводится через 1 сутки после завершения приема системных противогерпетических препаратов, следует избегать их приема в течение 21 дня после вакцинации.

154. Перед проведением плановых оперативных вмешательств введение неживых вакцин планируется не позже – 2 недели, живых вакцин – 3 – 4 недель до проведения оперативного вмешательства.

После оперативного вмешательства вакцинация проводится после клинического выздоровления. В случае выполнения малых

хирургических вмешательств (например, бужирования носослезного канала, первичной хирургической обработки небольшой раны, вскрытия фурункула) выдерживания каких-либо интервалов до и после введения вакцин обычно не требуется.

155. В случае контакта с инфекционным пациентом профилактические прививки подлежащим лицам в рамках Национального календаря проводят по окончании регламентированного срока медицинского наблюдения (или максимального срока инкубационного периода для данного заболевания, или периода изоляции).

Контакт с инфекционным больным не должен быть причиной медицинского отвода от вакцинации.

156. Физиологическая желтуха новорожденного, непрямая гипербилирубинемия при синдроме Жильбера не являются основанием для установления медицинского отвода от иммунизации.

157. Наличие латентного дефицита железа, железодефицитной анемии у детей не является противопоказанием для вакцинации, если иное не указано в инструкции по медицинскому применению ИПП.

158. Остро развившиеся цитопении, а также цитопении в процессе дообследования (например, в ожидании исследования пунктата костного мозга или молекулярных исследований) являются основанием для временного медицинского отвода от иммунизации.

159. Пациентам с хронической нейтропенией умеренной степени (500-1000 клеток/мкл) или тяжелой степени (<500 клеток/мкл) вводятся все инактивированные вакцины в рамках Национального календаря. Введение живых бактериальных вакцин (БЦЖ-М-вакцина) противопоказано. Живые вирусные вакцины пациентам с хронической нейтропенией назначаются в случае отсутствия клинических признаков иммунодефицита и грубых дефектов в иммунограмме (определение субпопуляций лимфоцитов и уровней иммуноглобулинов) или после подтверждения молекулярного дефекта, исключающего нейтропении, связанные с нарушением адаптивного иммунного ответа (например, нарушение адгезии лейкоцитов, синдром Чедиака-Хигаси и другие дефекты высвобождения гранул цитотоксическими Т-лимфоцитами).

Парентеральное введение вакцин пациентам с тромбоцитопениями проводится подкожно (если это разрешено инструкцией по медицинскому применению ИПП); при внутримышечном введении вакцин используются тонкие иглы, указанные в пункте 184 главы 12; не допускается растирание места инъекции, место инъекции крепко

прижимается в течение не менее 2 минут, и проводится наблюдение за возможным появлением геморража.

160. При хронических соматических заболеваниях вакцинация проводится в период максимально достижимой ремиссии – спонтанной или медикаментозной на фоне поддерживающего лечения (кроме приводящего к ятрогенной иммуносупрессии, о чем указано в главе 10), а также на фоне планового приема антибактериальных препаратов.

Всем пациентам с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, включая лиц с гемодинамическими нарушениями, получающих иммуносупрессивное лечение, длительно принимающих салицилаты, рекомендуется ежегодная вакцинация от гриппа, введение бустерных доз вакцины против инфекции COVID-19, ранее не вакцинированным детям и лицам старше 60 лет – вакцинация от пневмококковой инфекции.

Пациентам с муковисцидозом (кистозным фиброзом), пациентам с выраженными нарушениями функции внешнего дыхания на фоне сопутствующей неврологической патологии (например, спинальной мышечной атрофии, миодистрофии Дюшенна, детского церебрального паралича в случае грубых деформаций грудной клетки) рекомендуется вакцинация от пневмококковой инфекции (в т.ч. детям 5 лет и старше), гемофильной инфекции, от ветряной оспы (в т.ч. неиммунным к вирусу Varicella-Zoster подросткам и взрослым), от гриппа.

Новорожденным и грудным детям с бронхолегочной дисплазией, врожденными пороками сердца с гемодинамическими нарушениями, легочной гипертензией рекомендуется пассивная иммунизация против РСВ-инфекции (препаратами моноклональных антител).

ГЛАВА 9

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

161. Профилактический прием жаропонижающих лекарственных препаратов до вакцинации с целью предотвращения фебрильных судорог не проводится, если иное не определено инструкцией по медицинскому применению конкретного ИЛП.

Детям с фебрильными судорогами в анамнезе жаропонижающие лекарственные препараты назначаются в случае повышения температуры тела после вакцинации до 38°C и выше.

162. В случае острых неврологических нарушений, включая впервые возникший эпизод судорог, введение вакцин откладывается до

исключения прогрессирующих неврологических заболеваний и (или) установления причины произошедших судорог.

163. Вакцинация проводится в случае разрешившихся неврологических нарушений либо в период стабилизации сохраняющихся неврологических нарушений, в том числе на фоне продолжающегося поддерживающего медикаментозного лечения.

Не являются основанием для медицинского отвода от иммунизации медикаментозно контролируемый судорожный синдром, декомпенсированная гидроцефалия, мышечные дистрофии, нейродегенеративные заболевания, поражения центральной нервной системы при врожденных дефектах метаболизма, болезнь Дауна, детский церебральный паралич, последствия травм или острых заболеваний центральной нервной системы, психические заболевания вне острого периода, умственная отсталость, а также судороги в анамнезе у кого-либо из членов семьи.

164. Для вакцинации лиц с неврологическими заболеваниями используют АКДС-содержащие вакцины.

165. Для вакцинации лиц с рассеянным склерозом, получающих системные ГКС и (или) болезнь-модифицирующие препараты (далее – БМП), противопоказано использование живых вакцин.

166. В случае развития судорог после вакцинации проводится их дифференциальная диагностика с вазомоторными реакциями (гипотонически-гипореспонсивные эпизоды, обмороки).

167. В случае развития лихорадки $>40,0^{\circ}\text{C}$, интенсивного плача 3 и более часов и (или) судорог после введения КДС-содержащих вакцин последующая вакцинация проводится под медицинским наблюдением с использованием АКДС-содержащих вакцин.

168. В случае развития синдрома Гийена-Барре в течение 6 недель после введения ИЛП использовать данный ИЛП в последующем допустимо по решению иммунологической комиссии после оценки баланса пользы и потенциальных рисков от продолжения вакцинации.

ГЛАВА 10

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С ИММУНОДЕФИЦИТАМИ

169. Вакцинация лиц с иммунодефицитами проводится в период ремиссии интеркуррентных заболеваний.

По показаниям перед вакцинацией проводится клиническая и (или) лабораторная оценка степени иммунодефицита, после вакцинации – оценка сероконверсии и уровня специфических антител.

170. Тактика иммунизации пациентов с первичными иммунодефицитами (далее – ПИД) определяется с учетом нарушенного звена иммунитета:

при ПИД с нарушением фагоцитоза – противопоказаны живые бактериальные вакцины (БЦЖ -М), все остальные вакцины вводятся без ограничений;

при ПИД с нарушением системы комплемента – все вакцины вводятся без ограничений, при дефекте С5 – С7 компонентов показана вакцинация от менингококковой инфекции;

при ПИД с дефектом В-лимфоцитов – противопоказаны все живые вакцины, кроме вакцины от кори, эпидемического паротита и краснухи (при отдельных состояниях, например, при селективном дефиците субклассов IgG, введение прочих живых вакцин может быть рассмотрено индивидуально решением иммунологической комиссии), с заместительной целью используется нормальный человеческий иммуноглобулин для внутривенного или подкожного введения, для постконтактной профилактики – специфические иммуноглобулины;

при ПИД с дефектом Т-лимфоцитов и при комбинированных ПИД – противопоказаны все живые вакцины (однако их введение может быть рассмотрено индивидуально решением иммунологической комиссии в случае, если по данным иммунограммы степень иммунодефицита у пациента оценивается менее, чем тяжелая).

Всем пациентам с ПИД рекомендуется введение вакцин против инфекций, вызванных капсульными микробами – гемофильной палочкой типа b, пневмококком и менингококком.

171. Развитие у пациента или членов его семьи вакциноассоциированного заболевания служит показанием к обследованию на ПИД.

Наличие в анамнезе у членов семьи пациента установленного ПИД либо диссеминированной БЦЖ-инфекции после вакцинации БЦЖ-М является основанием для установления медицинского отвода от введения БЦЖ-М до получения результатов обследования на ПИД.

172. Отклонение показателей иммунного статуса, не достигающее уровней, характерных для конкретного иммунодефицита, в сочетании с отсутствием клинических проявлений иммунной недостаточности (тяжелые повторные бактериальные, грибковые или паразитарные

инфекции, в т.ч. оппортунистические), не является основанием для установления медицинского отвода от иммунизации.

Транзиторная гипогаммаглобулинемия раннего возраста не является основанием для медицинского отвода от иммунизации с использованием БЦЖ-М вакцины и неживых вакцин. Другие живые вакцины вводятся при достижении нормальных уровней иммуноглобулинов.

173. Иммунизация ВИЧ-экспонированных детей и пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится согласно Национальному календарю и в порядке, определенном Министерством здравоохранения.

ВИЧ-экспонированные дети, не имеющие клинических проявлений ВИЧ-инфекции, подлежат вакцинации против туберкулеза без предварительного определения уровня CD4+ лимфоцитов. Наличие клинических проявлений ВИЧ-инфекции или лабораторно подтвержденного иммунодефицита является основанием для медицинского отвода от вакцинации против туберкулеза.

Особенности вакцинации пациентов с ВИЧ-инфекцией, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП:

неживые вакцины вводятся независимо от тяжести иммунодефицита в сроки, установленные Национальным календарем;

введение живых вакцин противопоказано при наличии тяжелого иммунодефицита, определяемого по уровню CD4+ лимфоцитов <25% у детей в возрасте до 12 месяцев, <20% у детей 12 – 35 месяцев, <15% у детей 3 лет и старше, или <200 клеток/мкл у детей 6 лет и старше и взрослых;

вакцинация от гриппа проводится ежегодно, с использованием только инактивированных вакцин;

показано введение вакцины против пневмококковой инфекции, в случае начала вакцинации в первом полугодии жизни следует использовать схему 3+1 (три первичные дозы с минимальными интервалами 1 месяц и бустер через 6 и более месяцев после последней первичной дозы);

дополнительно рекомендуется использовать вакцины от ветряной оспы, менингококковой инфекции.

При наличии у ребенка с ВИЧ-инфекцией тяжелого иммунодефицита и уровня IgG < 4 г/л проводится пассивная иммунопрофилактика с использованием нормального человеческого иммуноглобулина для внутривенного введения в дозе 0,2-0,4 г/кг ежемесячно на период нахождения в тяжелом иммунодефиците.

174. Тактика иммунизации пациентов после трансплантации костного мозга:

после проведения трансплантации костного мозга пациенты считаются неиммунизированными и должны быть вакцинированы повторно в соответствии с Национальным календарем;

введение неживых вакцин начинают через 12 месяцев после трансплантации костного мозга;

живую вакцину против кори, эпидемического паротита и краснухи вводят через 2 года после трансплантации костного мозга (двукратно с интервалом в 1 месяц).

175. Тактика иммунизации пациентов до и после трансплантации солидных органов:

предпочтительно провести вакцинацию до внесения в лист ожидания, либо до проведения трансплантации органа;

при вакцинации после трансплантации органа следует учитывать, что ятрогенная иммуносупрессия наиболее высока в первые 2 – 3 месяца, и неживые вакцины вводят после снижения доз иммуносупрессантов до поддерживающих;

живые вакцины на фоне ятрогенной иммуносупрессии в посттрансплантационный период не применяются (их введение может быть рассмотрено индивидуально решением иммунологической комиссии в случаях, когда польза вакцинации превышает риск).

176. ³Тактика иммунизации при противоопухолевой химиотерапии:

на фоне противоопухолевой химиотерапии вакцинацию не проводят;

неживые вакцины можно вводить сразу после завершения противоопухолевой химиотерапии;

живые вакцины вводятся не ранее чем через 3 месяца после завершения противоопухолевой химиотерапии;

живую вакцину от ветряной оспы пациентам с острым лимфобластным лейкозом вводят не ранее чем через 12 месяцев после завершения противоопухолевой химиотерапии при условии, что уровень лимфоцитов составляет >700 клеток/мкл и уровень тромбоцитов $>100\ 000$ клеток/мкл.

177. Тактика иммунизации при ятрогенной иммуносупрессии у пациентов с ревматическими и другими иммуновоспалительными заболеваниями зависит от типа и доз используемых лекарственных

³ Дополнительные сведения о тактике проведения профилактических прививок лицам с онкологическими заболеваниями указаны в главе 11.

препаратов: системных ГКС, цитостатиков, таргетных синтетических или биологических БМП.

Иммуносупрессивные дозы системных ГКС составляют для взрослых ≥ 20 мг/сут по преднизолону в течение 2 и более недель, для детей ≥ 2 мг/кг/сут по преднизолону в течение 2 и более недель.

Иммуносупрессивные дозы цитостатиков составляют: циклоспорин (CsA) $> 2,5$ мг/кг/сут, азатиоприн (AZA) ≥ 3 мг/кг/сут, циклофосфамид (CTX) внутрь $> 2,0$ мг/кг/сут, лефлуномид (LEF) $\geq 0,5$ мг/кг/сут, микофенолат мофетил (MMF) ≥ 30 мг/кг/сут или $> 1\ 000$ мг/сут, метатрексат (MTX) ≥ 15 мг/м²/неделю или ≥ 25 мг/неделю, такролимус (TAC) $> 1,5$ мг/сут.

Иммуносупрессивными считаются любые дозы таргетных синтетических БМП (например, ингибиторы JAK-киназ) и биологических БМП (моноклональные антитела к провоспалительным цитокинам и их рецепторам, например, анти-CD20, ингибиторы ФНО- α , анти-ИЛ-1 и анти-ИЛ-6 препараты, а также блокаторы ко-стимуляторных молекул, например, ингибиторы CTLA4).

Особенности вакцинации пациентов, получающих цитостатики, таргетные или биологические БМП:

вакцинацию проводят до начала ятрогенной иммуносупрессии (за срок 2 и более недель для неживых вакцин, 4 и более недель для живых вакцин или для вакцин любого типа в случае введения ритуксимаба);

на фоне ятрогенной иммуносупрессии, вызванной применением лекарственных препаратов в иммуносупрессивных дозах, не вводят живые вакцины, неживые вакцины используют в периоды наиболее низкой иммуносупрессии (например, в начале назначения препаратов, или в периоды снижения их доз); вакцины любого типа не вводят на фоне лечения ритуксимабом;

после введения последней дозы иммуносупрессивного препарата неживые вакцины можно вводить сразу, живые – через 4 и более недель, в случае использования ритуксимаба вакцины любого типа вводят не ранее, чем через 3 – 6 месяцев.

178. Особенности вакцинации новорожденных и младенцев при ятрогенной иммуносупрессии у матери:

если во время беременности женщина получала инфликсимаб (моноклональное антитело против ФНО- α), то показана отсрочка введения живых вакцин (например, вакцины БЦЖ-М) ребенку до возраста 6 месяцев, или отмена инфликсимаба беременной на 30 неделе

(с последующим возобновлением через 24 часа после естественных родов или 48 часов после кесарева сечения);

применение кормящей матерью метатрексата, циклоспорина, тофацитиниба или аллопуринола, не влияет на тактику вакцинации ребенка.

179. При вакцинации совместно проживающих и иных тесных контактов пациентов с иммунодефицитами:

не применяются живые вакцины против гриппа;

при введении живой вакцины от ротавирусной инфекции контактному пациенту с иммунодефицитом необходимо тщательно соблюдать гигиену рук и не привлекаться к смене подгузников привитым детям в течение 4 недель после прививки;

живые вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи, желтой лихорадки применяются без ограничений.

Пациентам, получающим моноклональные антитела к С5 компоненту системы комплемента (экулизумаб, равулизумаб), показана вакцинация от менингококковой инфекции.

Пациентам с анатомической или функциональной аспленией (в том числе у пациентов с наследственными гемолитическими анемиями), с нарушением барьерной функции центральной нервной системы (врожденная дисплазия внутреннего уха, кохлеарный имплант, персистирующая коммуникация между спинномозговой жидкостью и носоглоткой) рекомендована вакцинация против гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и менингококковой инфекции.

В случае плановой спленэктомии необходимо проведение вакцинации до проведения операции.

180. Пациентам с нефротическим синдромом, хронической почечной недостаточностью и (или) находящимся на хроническом программном диализе рекомендуется:

вакцинация от пневмококковой инфекции;

вакцинация от ВГВ (согласно тактике, изложенной в главе 5);

вакцинация против гриппа с использованием только инактивированной вакцины.

ГЛАВА 11

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВЕТВОРНОЙ ТКАНИ

181. К контингентам взрослых (18 лет и старше) пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе опухолевыми заболеваниями кроветворной ткани (далее – ОЗКТ), которым показана вакцинация, относятся пациенты со следующими диагнозами и состояниями:

- острый лимфобластный лейкоз;
- острый миелоидный лейкоз;
- хронический лимфоцитарный лейкоз;
- множественная миелома;
- другие гематологические злокачественные новообразования;
- получение высокодозной химиотерапии, таргетной терапии, терапии моноклональными антителами, трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее – ТГСК).

182. Вакцинация против инфекции COVID-19 показана всем пациентам и может проводиться между циклами химиотерапии при удовлетворительном состоянии пациента. Первичная и ежегодная бустерная вакцинация проводится в установленном Министерством здравоохранения порядке в соответствии с инструкцией по медицинскому применению ИЛП. Допустимо одновременное введение с другими инактивированными вакцинами.

Ежегодная вакцинация с использованием инактивированных вакцин показана всем пациентам.

Вакцинацию против пневмококковой инфекции рекомендовано проводить с использованием ПКВ по схеме, соответствующей возрасту и прививочному анамнезу.

Вакцинация против пневмококковой инфекции ранее не привитых лиц включает двукратное введение ПКВ с интервалом не менее 8 недель. Через 12 месяцев после завершения вакцинации ПКВ может быть введена полисахаридная 23-валентная вакцина (далее – ППСВ23) для расширения серотипового покрытия (при наличии вакцины).

Вакцинация пациентов после ТГСК проводится с использованием ПКВ трехкратно (на 3, 6 и 12 месяцев после трансплантации) с последующим введением ППСВ23 через 12 месяцев после последней дозы ПКВ.

Вакцинация против ВПЧ-инфекции рекомендована пациентам в возрасте до 45 лет, с предпочтительным проведением до начала иммуносупрессивной терапии.

Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы противопоказана во время активной иммуносупрессии. После ТГСК при отсутствии болезни «трансплантат против хозяина»

и подтвержденном восстановлении иммунитета вопрос о введении вакцин рассматривается иммунологической комиссией не ранее чем через 24 месяца после ТГСК.

Вакцинация против ВГВ проводится в порядке, указанном в главе 5.

Пациентам показана вакцинация по эпидемическим показаниям против ВГА и менингококковой инфекции. При отсутствии указаний в инструкции по медицинскому применению вакцины против менингококковой инфекции показано ее введение не ранее, чем через 6 месяцев после ТГСК.

183. Тактика вакцинации пациентов с гемобластозами (опухолевые заболевания кроветворной ткани).

Вакцинация проводится в полном объеме в соответствии с Национальным календарем, включая введение живых вакцин (при отсутствии иных медицинских противопоказаний к их введению) в период ремиссии до начала терапии.

Во время проведения химиотерапии допустимо введение инактивированных вакцин, однако иммунный ответ ожидается сниженным.

Введение инактивированных вакцин допустимо через 3-6 месяцев после завершения химиотерапии. Целесообразно определить тактику вакцинации после серологического контроля уровня иммунитета к отдельным инфекциям.

Введение живых вакцин допустимо не ранее, чем через 6 – 12 месяцев после окончания химиотерапии при подтверждении стойкой ремиссии и восстановлении иммунитета (уровень лимфоцитов $>1,0 \times 10^9$ /л, уровень IgG в норме).

Вакцинация пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе опухолевыми заболеваниями кроветворной ткани, осуществляется с учетом дополнительных рекомендаций по тактике вакцинации согласно приложению 13.

ГЛАВА 12

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

184. Тактика вакцинации пациентов с тромбоцитопениями и нарушениями коагуляции (в том числе получающих антикоагулянты – нефракционированный или низкомолекулярный гепарин, антагонисты

витамина К, прямые ингибиторы фактора IIa или фактора Xa) следующая:

парентеральное введение проводят преимущественно не внутримышечно, а подкожно, если это не противоречит инструкции по медицинскому применению ИЛП;

при внутримышечном введении вакцин используют тонкие иглы, например, предназначенные для подкожного введения – с внешним диаметром до 0,5 мм ($\geq 25G$) и длиной 25 мм (для внутримышечной инъекции в дельтовидную область плеча у детей допустимо использовать иглы длиной 16 мм, для инъекции в переднебоковую часть бедра – не менее 25 мм);

не допускается растирание места планируемой инъекции;

после выполнения инъекции место инъекции следует крепко прижать в течение не менее 2 минут;

в случае появления крови на месте инъекции кожную ранку следует накрыть сухой стерильной салфеткой и прижать к прилежащей кости в течение 3 – 5 минут;

допустимо местное использование сухого холода в течение 2 часов после инъекции;

после инъекции следует наблюдать за пациентом в течение 2 часов с целью своевременного выявления подкожной гематомы.

185. Внутримышечное введение вакцин пациентам с врожденным снижением одного из факторов свертывания крови (VIII, IX, XI, XII, V, VII, X) до уровня не ниже 26% от возрастной нормы и уровня фибриногена не ниже 1,0 г/л, а также пациентам с болезнью Виллебранда типа 1 или типа 2 при числе тромбоцитов в крови не ниже 50×10^9 /л и уровнем VIII фактора свертывания крови не ниже 26% от возрастной нормы, проводится в соответствии с Национальным календарем без предварительного введения лекарственных препаратов, содержащих концентрат соответствующего фактора свертывания крови. В случае развития подкожной гематомы пациенту вводится соответствующий фактор свертывания в дозе, заблаговременно определенной врачом-гематологом.

186. Внутримышечное введение вакцин пациентам с врожденным снижением уровня одного из факторов свертывания крови (VIII, IX, XI, XII, V, VII, X) до 25% и ниже от возрастной нормы и уровня фибриногена менее 1,0 г/л, проводится после предварительного введения лекарственного препарата, содержащего соответствующий фактор свертывания в дозе, определенной заблаговременно врачом-гематологом.

187. Внутримышечное введение вакцин пациентам с болезнью Виллебранда иных типов или при числе тромбоцитов в крови менее $50 \times 10^9/\text{л}$ и уровнем VIII фактора свертывания крови 25% и ниже от возрастной нормы, проводится после предварительного введения лекарственного препарата, содержащего концентрат фактора Виллебранда, в сочетании с VIII фактором свертывания крови в дозе, определенной заблаговременно врачом-гематологом.

188. Пациентам, получающим плановые заместительные введения факторов свертывания крови, инъекционное введение вакцин выполняется преимущественно в период нескольких дней непосредственно после введения фактора свертывания.

189. Пациентам, плано­во принимающим антиагреганты (например, низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, или дипирида­мол), инъекционное введение вакцин выполняется на фоне приема данных препаратов без каких-либо особенностей. Детям в возрасте до 12 лет, принимающим салицилаты, с учетом риска развития синдрома Рея на фоне острых инфекций, дополнительно проводится вакцинация от сезонного гриппа, от инфекции COVID-19 и от ветряной оспы (для серонегативных к вирусу Varicella-Zoster).

190. После внутривенного введения нормального человеческого иммуноглобулина для лечения иммунной тромбоцитопенической пурпуры требуется выдерживание интервала перед использованием некоторых живых вакцин (коревой, краснушной, ротавирусной) согласно рекомендациям, приведенным в главе 3.

ГЛАВА 13

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЛИЦАМ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ

191. В случае развития СНР аллергического генеза после введения ИЛП решением иммунологической комиссии пациент направляется к врачу-аллергологу-иммунологу для решения вопроса о прохождении аллергологического тестирования с целью установления причинной связи с иммунизацией и определения ответственного компонента ИЛП.

192. Аллергологическое тестирование включает постановку кожных проб с вакциной или ее компонентами и (или), при наличии возможности, определение специфических IgE к компонентам вакцины в сыворотке крови.

Алгоритм выполнения кожной пробы включает постановку кожного прик-теста с неразведенной вакциной или ее компонентом,

при отрицательном результате теста – постановку внутрикожного теста с разведенной 1:100 вакциной, при отрицательном результате теста – постановку внутрикожного теста с разведенной 1:10 вакциной.

Если СНР была в виде анафилактического шока, кожные пробы должны проводиться в условиях, обеспечивающих возможность оказания специализированной медицинской помощи в стационаре.

193. В случае установления или обоснованного подозрения причинной связи СНР аллергического генеза с ИЛП или компонентом ИЛП тактику дальнейшей иммунизации пациента с использованием ИЛП, содержащих данные компоненты, определяет иммунологическая комиссия организации здравоохранения.

Для последующей иммунизации следует использовать ИЛП, не содержащий причинный компонент, в том числе использовать ИЛП, созданные на иных технологических платформах, или с добавлением иных дополнительных компонентов.

194. СНР в виде анафилаксии на ИЛП или его компонент является медицинским противопоказанием к введению данного ИЛП в последующем.

Использование того же ИЛП либо ИЛП, содержащего причинный компонент, возможно по жизненным показаниям, например, вакцин против столбняка или бешенства с целью профилактики по эпидемическим показаниям. Вакцинацию в этом случае проводят в условиях больничной организации здравоохранения. Пациенту налаживается внутривенный доступ, обеспечивается наличие лекарственных средств для оказания неотложной помощи при анафилаксии. Предварительно выполняется кожная проба по алгоритму согласно пункту 192.

При отрицательном результате кожной пробы проводится введение вакцины разделенными дозами: сначала вводят 10% от суммарной дозы ИЛП, через 30 минут в случае отсутствия проявлений анафилаксии вводят оставшиеся 90% дозы.

При положительном результате кожной пробы проводится фракционированное введение вакцины по схеме десенсибилизации, в которой каждый последующий шаг выполняется через 15 минут после предыдущего при условии отсутствия проявлений анафилаксии:

- 0,05 мл вакцины, разведенного 1:10 в физиологическом растворе;
- 0,05 мл вакцины без разведения;
- 0,10 мл вакцины;
- 0,15 мл вакцины;

0,20 мл вакцины (последний этап для вакцин с суммарным объемом введения 0,5 мл);

0,5 мл вакцины (последний этап для вакцин с суммарным объемом введения 1,0 мл).

В течение 60 минут после завершения введения ИЛП обеспечивается тщательный мониторинг витальных функций и наблюдение за возможным развитием признаков анафилаксии.

Перед введением специфических лошадиных сывороток (противостолбнячной, противодифтерийной) пациенту выполняют внутрикожную пробу для определения чувствительности к белкам сыворотки лошади. В случае положительной внутрикожной пробы сыворотки используют только по жизненным показаниям с применением схемы десенсибилизации согласно инструкции по медицинскому применению конкретного ИЛП.

195. При наличии аллергических реакций на введение ИЛП или их компонентов решение об установлении медицинского противопоказания к иммунизации конкретным ИЛП принимается иммунологической комиссией организации здравоохранения.

Пациентам с неанафилактической пищевой аллергией на белок куриного яйца вакцины от гриппа, вакцина от кори, эпидемического паротита и краснухи вводятся без дополнительных мер предосторожности. Перед введением вакцин, содержащих яичный белок, пациентам с клинически выраженной аллергией на белок куриного яйца в виде анафилаксии или других генерализованных острых аллергических реакций по назначению врача-аллерголога может потребоваться постановка кожной пробы и (или) компонентная диагностика – определение сенсibilизации к молекулам куриного белка (Овомукоид, nGal d 1 IgE) и Овальбумин, альбумин яичный, nGal d 2 IgE), в случае положительной кожной пробы – введение вакцины по схеме десенсибилизации.

196. Если аллергическая реакция возникла при одновременном введении нескольких вакцин, а аллергологическое тестирование не проводилось или не дало результата, последующие дозы вакцин вводятся отдельно в разные дни, и по решению иммунологической комиссии организации здравоохранения – в условиях, обеспечивающих возможность оказания экстренной медицинской помощи.

197. При наличии в анамнезе местных НР на антибактериальные лекарственные препараты в виде кожных сыпей без образования пузырей, без вовлечения слизистых и без системных проявлений порядок проведения профилактических прививок с применением содержащих

данные антибактериальные препараты ИЛП определяется по решению иммунологической комиссии организации здравоохранения.

198. Наличие у пациента аллергической сенсibilизации без клинических проявлений аллергии, а также семейный анамнез аллергических заболеваний не являются основанием для медицинского отвода от иммунизации медицинскими противопоказаниями к вакцинации, и состояниями, требующими предосторожности.

199. Вакцинация пациентов с аллергическими заболеваниями проводится в период ремиссии: спонтанной, или медикаментозной на фоне проведения поддерживающего лечения основного заболевания.

Использование ИЛП для вакцинации по эпидемическим показаниям возможно вне ремиссии основного заболевания.

200. Перед вакцинацией лиц с аллергическими заболеваниями уточняется анамнез (включая тяжесть течения заболевания, сезонность, объем поддерживающего лечения, длительность ремиссии, наличие нежелательных реакций на вакцины ранее) и проводится клиническая оценка состояния пациента.

Перед вакцинацией не показано назначение антигистаминных препаратов или усиление текущего поддерживающего лечения основного заболевания, поскольку это не оказывает какого-либо профилактического эффекта в отношении риска аллергических реакций на вакцинацию.

Пациентам с пищевой аллергией в период вакцинации следует продолжить соблюдать гипоаллергенную диету с учетом индивидуальной переносимости продуктов, исключением причинных и облигатных пищевых аллергенов, отказом от введения в рацион новых пищевых продуктов.

Вакцинация пациентов с аллергическим ринитом или конъюнктивитом проводится вне сезона цветения причинно-значимых растений.

Вакцинация пациентов с аллергическими заболеваниями, получивших трансфузии препаратов крови или находящихся в ятрогенной иммуносупрессии на фоне приема системных ГКС или БМП, проводится согласно общим рекомендациям, приведенным в главах 3 и 10.

После применения противоаллергических препаратов на основе донорского иммуноглобулина для подкожного или внутримышечного введения профилактические прививки с использованием КПК или моновакцины против кори проводятся через 3 месяца после завершения курса терапии.

При проведении аллерген-специфической иммунотерапии (далее – АСИТ) соблюдают минимальные интервалы до и после вакцинации, определенные инструкциями по медицинскому применению лекарственных препаратов для АСИТ.

ГЛАВА 14 ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

201. На этапе подготовки к беременности врач-акушер-гинеколог уточняет прививочный анамнез женщины. В случае отсутствия его документального подтверждения женщина обследуется на наличие антител к вирусам кори, краснухи, ветряной оспы, эпидемического паротита, вируса гепатита В, дифтерии, столбняка и полиомиелита (по показаниям, при наличии возможности, в том числе за счет личных средств пациентки или иных средств в порядке, определенном законодательством). Серонегативные женщины прививаются соответствующими вакцинами до наступления беременности.

202. Вакцинация беременных проводится в соответствии с инструкциями по медицинскому применению ИЛП, при наличии письменно оформленного согласования с врачом акушером-гинекологом, с учетом общих рекомендаций, в том числе согласно приложению 14.

Вакцинация беременных по эпидемическим показаниям проводится по согласованию дополнительно с врачом-эпидемиологом (помощником врача-эпидемиолога), определяющим степень риска заражения инфекционным заболеванием при проведении эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания.

203. Беременные являются приоритетной группой для вакцинации от гриппа. Вакцинация проводится до начала эпидемического сезона гриппа на любом сроке беременности, если иное не определено инструкцией по медицинскому применению ИЛП.

204. Беременным рекомендована вакцинация от инфекции COVID-19 (вакцинация проводится во 2 или 3 триместре, показана в случае, если предыдущая доза вакцины была введена более 6 месяцев назад, если иное не определено инструкцией по медицинскому применению ИЛП).

205. Беременным женщинам рекомендована вакцинация от коклюша во время каждой беременности (на 27–36 неделе беременности) с учетом инструкции по медицинскому применению ИЛП.

206. Беременным женщинам рекомендована вакцинация от РСВ- инфекции при каждой новой беременности.

207. Профилактика столбняка, бешенства, кори по эпидемическим показаниям у беременных проводится с использованием ИЛП для пассивной профилактики (сыворотка, иммуноглобулины).

208. Вакцинация от дифтерии по эпидемическим показаниям проводится в случае контакта беременных с пациентом с дифтерией или носителем токсигенного варианта возбудителя дифтерии.

209. Вакцинация против ВГВ беременных проводится при наличии высокого риска инфицирования в любом триместре беременности, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП. Наиболее целесообразно планировать вакцинацию до наступления беременности с завершением курса вакцинации за 6 месяцев до зачатия.

210. Живые вакцины для вакцинации беременных не используются. В случае непреднамеренного введения беременной живой вакцины прерывание беременности не проводится, осуществляется контроль развития плода.

211. Для недопущения введения краснушной вакцины на ранних сроках беременности вакцинация женщин детородного возраста проводится в первые десять дней менструального цикла, или в последующие дни после проведения теста на беременность. При возникновении беременности в течение 3 месяцев после введения краснушной вакцины прерывание беременности не проводится, осуществляется контроль развития плода.

В случае контакта беременной женщины с пациентом с краснухой ее восприимчивость определяют серологическим методом. В случае наличия краснушных антител беременная считается иммунной, при отсутствии антител анализ повторяют через 4 – 5 недель.

212. При контакте неиммунной (ранее не болевшей и не вакцинированной) беременной женщины с пациентом с ветряной оспой ее восприимчивость определяют серологическим методом. В случае наличия антител к вирусу ветряной оспы беременная считается иммунной.

213. Кормление грудью не является медицинским противопоказанием к вакцинации женщины, если иное не определено в инструкции по медицинскому применению ИЛП.

Приложение 1
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Форма

БЛАНК
отказа от проведения иммунизации
(оформляется собственноручной записью пациента)

Я, фамилия, собственное имя и отчество (если таковое имеется) пациента
(законного представителя пациента) _____

степень родства законного представителя пациента _____
отказываюсь от проведения иммунизации против (наименование
инфекции (ий) _____

с использованием (название ИЛП, производитель) _____

О возможных последствиях отказа от иммунизации информирован.

(дата)

(подпись пациента (законного
представителя пациента)

(должность и подпись медицинского работника)

Приложение 2
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Форма

БЛАНК
отказа от проведения иммунизации
(оформляется медицинским работником в случае отказа пациента от
собственноручной записи)

Пациент (законный представитель пациента)

_____ (фамилия, собственное имя и отчество (если таковое имеется))

Степень родства законного представителя пациента _____

отказывается от проведения иммунизации против (наименование
инфекции (ий) _____

с использованием (название ИЛП, производитель) _____

О возможных последствиях отказа от иммунизации информирован.

_____ (дата)

_____ (должность и подпись медицинского работника)

_____ (должность и подпись второго медицинского работника)

Приложение 3
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Форма

СВЕДЕНИЯ
по учету лиц, отказывающихся от проведения иммунизации

№ п/п	ФИО отказчика	Адрес проживания и номер участка	Наименование прививок (инфекций), от проведения которых получен отказ	Дата и ФИО специалистов, проводивших разъяснительную работу	Сведения о датах начала иммунизации с указанием ИЛП

Приложение 4
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Форма

УЧЕТ
численности населения по участку _____
(образец)

N п/п	Фамилия, собственное имя и отчество (если такое имеется)	Дата рождения	Адрес	Место учебы, воспитания (работы)	Выбыл/прибыл (дата, откуда/куда)	
Количество населения: Прибыло: Выбыло: Дата учета: Подпись медицинского работника, проводившего учет численности населения:						

Приложение 5
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных заболеваний

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПЛАН
профилактических прививок плановой и догоняющей вакцинации
на _____ год *
(образец)

Перечень инфекций, против которых проводятся профилактические прививки	Возраст в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и по индивидуальной схеме	Номер вакцинации	Количество подлежащих лиц (план)
Вирусный гепатит В	первые 12 часов жизни	вакцинация 1	
	1 месяц	вакцинация 2	
	2 месяца	вакцинация 2 (3)	
	3 месяца	вакцинация 3	
	4 месяца	вакцинация 4	
	иной возраст до 1 года	вакцинация	
	1 год и старше (непривитые или не завершившие прививки дети старше 1 года)	вакцинация	
Туберкулез	3 – 5 день	вакцинация	
Пневмококковая инфекция	2 месяца	вакцинация 1	
	4 месяца	вакцинация 2	
	12 месяцев	вакцинация 3	
	1 год и старше (непривитые или не завершившие прививки дети старше 1 года)	вакцинация	
Дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная инфекция	2 месяца	вакцинация 1	
	3 месяца	вакцинация 2	
	4 месяца	вакцинация 3	
	1 год и старше (непривитые или не завершившие прививки дети старше 1 года)	вакцинация	
Дифтерия, столбняк, коклюш	18 месяцев	вакцинация 4	
	6 лет	вакцинация 5	
Инфекция, вызванная	11 лет (девочки)	вакцинация	

вирусом папилломы человека	непривитые девочки иного возраста	вакцинация	
Полиомиелит	2 месяца	вакцинация 1	
	3 месяца	вакцинация 2	
	4 месяца	вакцинация 3	
	7 лет	вакцинация 4	
	1 год и старше (непривитые или не завершившие прививки дети старше 1 года)	вакцинация	
Корь, эпидемический паротит, краснуха	12 месяцев	вакцинация 1	
	6 лет	вакцинация 2	
	непривитые дети других возрастов	вакцинация	
Дифтерия и столбняк	16 – 17 лет	вакцинация 7	
	18 – 66 лет	вакцинация (бустер)	
	0 – 17 лет	вакцинация 1	
		вакцинация 2	
		вакцинация 3	
	18 лет и старше	вакцинация 1	
вакцинация 2			
Дифтерия	11 лет	вакцинация 6	
	18 лет и старше	вакцинация 1	
		вакцинация 2	
		вакцинация 3	
Грипп (подлежащие контингенты)	0 – 17 лет	вакцинация 1	
	0 – 7 лет	вакцинация 2	
	18 лет и старше	вакцинация	

*план профилактической иммунизации по эпидемическим показаниям составляется в соответствии с профилем организации здравоохранения; в план профилактических прививок возможно внесение изменений в соответствии с изменениями в Национальном календаре и перечне профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Приложение 6
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных заболеваний

Форма

СХЕМА
проведения медицинского осмотра
перед введением ИЛП

Дата « » _____ 20__ г. _____

ФИО пациента _____

Дата рождения пациента « » _____ г.

Возраст пациента _____

Параметр	Результаты
Общие:	
температура тела	
ЧСС	
ЧД	
АД (при необходимости)	
Жалобы	
Анамнез	
Аллергологический анамнез	
Объективные данные:	
кожа	
лимфатические узлы	
костно-мышечная система	
зев	
легкие	
сердце	
живот	
печень	
селезенка	
мочеиспускание	
стул	
Диагноз	
Разрешение на прививку (указать: первичная вакцинация, бустерная доза (какая по счету) против какой инфекции, наименование ИЛП, доза, техника введения)	

Приложение 7
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных заболеваний

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских противопоказаний к иммунизации
и состояний, требующих предосторожности

Тип (наименование) ИЛП	Медицинские противопоказания (оформляется постоянный медицинский отвод от иммунизации)	Состояния, требующие предосторожности (оформляется временный или длительный медицинский отвод от иммунизации)
Вакцины всех типов	Серьезная аллергическая реакция (например, анафилаксия, развившаяся в течение 24 часов после введения предыдущей дозы ИЛП, серьезная аллергическая реакция на компонент вакцины (белок куриного яйца, дрожжи, белки для конъюгации, антибиотики, аминогликозиды, и прочие) в анамнезе	Острые заболевания на период до клинического выздоровления. Хронические заболевания до достижения стабилизации, в том числе на фоне поддерживающего медикаментозного лечения
Живые вакцины	ПИД с дефектом Т-клеточного звена и комбинированные (для живых бактериальных вакцин – также ПИД с дефектом фагоцитоза и хронические нейтропении средней и тяжелой степени)	Беременность. ВИЧ-инфекция в стадии тяжелого иммунодефицита, на период его сохранения. После трансплантации костного мозга, на 24 месяца. Противоопухолевое лечение и иная ятрогенная иммуносупрессия, на период их сохранения
Вакцины, вводимые инъекционно	–	Нарушения свертывания крови или тромбоцитопения (при заболеваниях или ятрогенные), инъекцию

		проводить с осторожностью
Дополнительно для отдельных вакцин:		
Туберкулезная вакцина (БЦЖ-М)	Перенесенный туберкулез в анамнезе	<p>Масса тела ребенка <2 000 г (при вакцинации в роддоме), <2 300 г (при вакцинации на втором этапе выхаживания), <2 500 г (при вакцинации в амбулаторно-поликлинической организации)</p> <p>Положительная или сомнительная реакция на туберкулин (аллерген туберкулезный рекомбинантный), текущая химиопрофилактика туберкулеза.</p> <p>Ребенок, матери которого вводили препараты анти-ФНО-α при беременности, до возраста 6 месяцев</p>
Вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи, ветряной оспы	–	<p>Недавняя трансфузия компонентов крови (введение вакцины проводится согласно рекомендациям, приведенным в главе 3); период в течение 2 недель после вакцинации - следует избегать трансфузий компонентов крови.</p> <p>Тромбоцитопеническая пурпура в анамнезе (для коревой и краснушной вакцин), по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации.</p> <p>Положительная или сомнительная реакция на туберкулин (аллерген туберкулезный рекомбинантный) (для коревой вакцины).</p>

		Прием противогерпетических препаратов (для вакцины против ветряной оспы) не показан за 24 часа до и 21 день после вакцинации
Вакцины, содержащие коклюшный компонент	Острая энцефалопатия (кома, выраженное снижение уровня сознания, длительные судороги), развившиеся в течение 7 дней после введения предыдущей дозы вакцины	Прогрессирующие неврологические заболевания без стабилизации на фоне поддерживающего медикаментозного лечения, до прояснения и стабилизации неврологического статуса
Вакцины, содержащие столбнячный анатоксин	–	Реакция Артюса после введения предыдущей дозы вакцины – на 10 лет (за исключением экстренной профилактики). Синдром Гийена-Барре в течение 6 недель после введения предыдущей дозы, по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации
Вакцины против гриппа (живые, инактивированные)	–	Синдром Гийена-Барре в течение 6 недель после введения предыдущей дозы, по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации
Вакцина против ротавирусной инфекции	–	Инвагинация кишечника в анамнезе, врожденные пороки развития ЖКТ с риском инвагинации, либо другие врожденные пороки (spina bifida, экстрофия мочевого пузыря), по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации. Ребенок, матери которого

		вводили препараты анти-ФНО- α при беременности, до возраста 6 месяцев
--	--	--

Приложение 8
к Методическим рекомендациям
по тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

РЕКОМЕНДАЦИИ
по составлению индивидуального календаря профилактических прививок

Наименование профилактической прививки	Минимальный возраст введения первой дозы*	Минимальные интервалы между дозами*		
		1 и 2	2 и 3	3 и 4
Дети 0-6 лет				
Вакцинация против ВГВ (трехдозовая схема**)	Первые 12 часов жизни (моновакцина)	4 недели	8 недель (16 недель между первой и третьей дозами)	–
Вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка	6 недель***	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте старше 12 месяцев 6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте 12 месяцев и старше	6 месяцев –

Вакцинация против полиомиелита (инактивированная вакцина)	6 недель	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев	6 месяцев
Вакцинация против инфекции, вызванной H. influenzae типа b**	6 недель (здоровые дети нуждаются в вакцинации до возраста 5 лет)	4 недели, если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев	4 недели, если первые две дозы введены в возрасте младше 12 месяцев (максимальный возраст для последней дозы при вакцинации здоровых детей – до 5 лет)	–
Вакцинация против пневмококковой инфекции (ПКИ)	6 недель	8 недель (для здоровых детей) или 4 недели (для недоношенных и детей из групп риска), если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев	6 месяцев (последняя доза для здоровых детей), если вакцинация была начата в возрасте 6 месяцев и ранее	6 месяцев (последняя доза для недоношенных и детей из групп риска), если вакцинация была начата в возрасте 6 месяцев и ранее
		8 недель (последняя доза для здоровых детей), если	4 недели (для недоношенных и детей из групп риска), если	–

			первая доза введена в возрасте 12 – 23 месяцев	вакцинация была начата в возрасте 6 месяцев и ранее	
Вакцинация против менингококковой инфекции серогрупп АСWУ (конъюгированная с дифтерийным анатоксином МепАСWУ-DT)	9 месяцев		8 недель, если первая доза введена в возрасте младше 24 месяцев	– 8 недель (последняя доза), если вакцинация была начата в возрасте 7 месяцев и старше	–
Вакцинация против менингококковой инфекции серогрупп АСWУ (конъюгированная со столбнячным анатоксином МепАСWУ-TT)	6 недель		2 месяца, если первая доза введена в возрасте 5 месяцев и младше 2 месяца (последняя доза, минимальный возраст 12 месяцев и старше), если первая доза введена в возрасте 6 – 11 месяцев	В возрасте 12 месяцев и старше (последняя доза), если первая доза введена в возрасте 5 месяцев и ранее	–
Вакцинация против ротавирусной инфекции	6 недель		4 недели	4 недели	–

Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи	12 месяцев	4 недели	—	—
Вакцинация против ветряной оспы	12 месяцев	4 недели	—	—
Вакцинация против ВГА	12 месяцев	6 месяцев	—	—
Дети 7-17 лет				
Вакцинация против дифтерии, столбняка (либо коклюша, дифтерии, столбняка)**	—	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев	6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте 12 месяцев и старше	—
Вакцинация против полиомиелита (инактивированная вакцина)	—	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте младше 12 месяцев	6 месяцев
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте 12 месяцев и старше	—

Вакцинация против ВГВ (трехдозовая схема)	–	4 недели	8 недель (16 недель между первой и третьей дозами)	–
Вакцинация против ВГА	–	6 месяцев	–	–
Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи	–	4 недели	–	–
Вакцинация против ветряной оспы	–	4 недели	–	–
Вакцинация против ВПЧ-инфекции	9 лет	6 месяцев (при двухдозовой схеме); 1 – 2 месяца (при трехдозовой схеме)	6 месяцев между первой и третьей дозами (при трехдозовой схеме)	–
Взрослые				
Вакцинация против дифтерии, столбняка (либо коклюша, дифтерии, столбняка)****	–	4 недели	6 месяцев	Далее каждые 10 лет
Вакцинация против полиомиелита	–	4 недели	6 месяцев	Далее по показаниям

(инактивированная вакцина)					
Вакцинация против ВГВ (трехдозовая схема)	–	4 недели	8 недель (16 недель между первой и третьей дозами)	Далее по показаниям	
Вакцинация против ВГА	–	6 месяцев	–	–	
Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи	–	4 недели	–	–	
Вакцинация против ветряной оспы	–	4 недели	–	–	
Вакцинация против ВПЧ-инфекции	–	1 – 2 месяца	6 месяцев между первой и третьей дозами	–	

*Вакцины вводятся в соответствии с инструкциями производителя.

**При вакцинации с использованием комбинированных вакцин.

***Детям ≥ 4 лет коклюшный компонент вводят только в виде бесклеточного (БК), Детям 4-7 лет дозировка дифтерийного анатоксина может быть как стандартной (Д), так и уменьшенной (Д-М).

****Коклюшный компонент вводят только в виде бесклеточного (БК), Дозировка дифтерийного анатоксина уменьшенная (Д-М).

Приложение 9
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

РЕКОМЕНДАЦИИ
по вакцинации против ВГВ детей

Новорожденные с массой тела при рождении ≥ 2000 г				
HBsAg-статус матери	Базовая схема вакцинации	Число доз вакцины, содержащей ВГВ-компонент	Применение иммуноглобулина против ВГВ (специфический Ig анти-HBsAg)	Примечание
Негативный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни с последующей вакцинацией по Национальному календарю	4 дозы	Не требуется	При индивидуальной схеме вакцинации допускается применение 3-дозовой схемы иммунизации
Позитивный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни с последующей вакцинацией по Национальному календарю	4 дозы	Требуется	Специфический Ig анти-HBsAg вводится в первые 12 часов жизни, при невозможности – не позднее 7 календарных дней с момента рождения*
Неизвестный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни с последующей вакцинацией по Национальному календарю	4 дозы	Требуется	До получения результата обследования матери ведение осуществляется как при HBsAg-положительном статусе

Новорожденные с массой тела при рождении <2000 г				
Негативный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни («нулевая доза») с последующей вакцинацией по Национальному календарю	5 доз	Не требуется	«Нулевая доза»** не учитывается как часть основного курса вакцинации
Позитивный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни («нулевая доза») с последующей вакцинацией по Национальному календарю	5 доз	Требуется	Специфический Ig анти-HBsAg вводится в первые 12 часов жизни, при невозможности – не позднее 7 календарных дней с момента рождения
Неизвестный	Введение первой дозы моновакцины в первые 12 часов жизни («нулевая доза») с последующей вакцинацией по Национальному календарю	5 доз	Требуется	До получения результата обследования матери ведение осуществляется как при HBsAg-позитивном статусе

*В случае, если специфический Ig анти-HBsAg не был введен в установленные сроки (в первые 12 часов жизни и не позднее 7 календарных дней с момента рождения), по завершении курса вакцинации проводится контроль уровня анти-HBs антител. При отсутствии защитного уровня антител (менее 10 мМЕ/мл) решается вопрос о введении дополнительной (бустерной) дозы вакцины против ВГВ.

**У детей с массой тела при рождении менее 2000 г первая доза вакцины, введенная в первые 12 часов жизни не учитывается как часть основного курса вакцинации и направлена на раннюю профилактику инфицирования ВГВ.

Приложение 10
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

КЛАССИФИКАЦИЯ
ран на инфицированные и неинфицированные

Клинические признаки	Инфицированная рана*	Неинфицированная рана
Время с момента получения раны	Более 6 часов	Менее 6 часов
Конфигурация раны	Колотая, ссадина, разрыв	«Линейные» раны (узкие, длинные с ровными краями)
Глубина раны	Более 1 см	До 1 см
Механизм нанесения раны	Огнестрельная, проколосдавление, ожог, отморожение	Острые предметы (нож, стекло и др.)
Нежизнеспособные ткани	Присутствуют	Отсутствуют
Контаминация (почва, ткань, заноза и др.)	Присутствуют	Отсутствуют

*К инфицированным ранам относятся пупочная рана при родах вне организации здравоохранения, аборт вне организации здравоохранения, проникающие ранения кишечника, абсцессы, некрозы, укусы животных.

Приложение 11
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

ТАКТИКА
профилактики столбняка в зависимости от прививочного анамнеза и
характера раны

Возрастная группа	Наличие профилактических прививок против столбняка	Срок после последней профилактической прививки, характер раны	Применяемые лекарственные средства		
			АС (мл)	АДС-М (мл)	ПСЧИ (МЕ)/ ПСС (МЕ)
Дети	Полный курс профилактических прививок в соответствии с возрастом	Менее 5 лет, независимо от характера раны. Более 5 лет, не инфицированная рана	Не вводят		
		Более 5 лет, инфицированная рана	Не вводят	0,5	Не вводят
Дети	Курс профилактических прививок без последней профилактической прививки	Независимо от срока, независимо от характера раны	Не вводят	0,5	Не вводят
Взрослые	Полный курс профилактических прививок	Менее 5 лет, независимо от характера раны	Не вводят		
		5-10 лет, независимо от характера раны	Не вводят	0,5	Не вводят
		Более 10 лет, независимо от характера раны	Не вводят	0,5	250 / 3000
Все возраста	Две профилактические прививки	Менее 5 лет, независимо от характера раны	Не вводят	0,5	Не вводят

		Более 5 лет, независимо от характера раны	1,0	Не вводят	250 / 3000
Все возраста	Одна профилактическа я прививка	Менее 2 лет, не инфицированная рана	0,5	Не вводят	Не вводят
		Менее 2 лет, инфицированная рана	0,5	Не вводят	250 / 3000
		Более 2 лет, независимо от характера раны	1,0	Не вводят	250 / 3000
Дети до 5 месяцев	Не привитые	Независимо от характера раны	Не вводят	Не вводят	250 / не вводят
Лица в возрасте 5 месяцев и старше			1,0	Не вводят	250 / 3000
Дети в возрасте до 5 месяцев	Прививочный анамнез не известен, противопоказания к профилактически м прививкам отсутствуют	Независимо от характера раны	Не вводят	Не вводят	250 / 3000
Дети в возрасте старше 5 месяцев			Не вводят	0,5	Не вводят
Взрослые			1,0	Не вводят	250 / 3000

Приложение 12
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Форма

Угловой штамп
организации здравоохранения

СПРАВКА
об отсутствии медицинских противопоказаний
к проведению профилактической прививки
против желтой лихорадки

Дана гражданину(ке) _____

_____ (фамилия, собственное имя и отчество (если таковое имеется))

убывающему(ей) в _____
(название страны)

Сроком на _____
(годы, месяцы, дни)

в том, что профилактические прививки против желтой лихорадки ему
(ей) не противопоказаны (противопоказаны).

Дата последней проведенной
профилактической прививки против желтой лихорадки: _____

Место печати учреждения

Дата выдачи «__» _____ 20__ г.

Врач _____
(печать врача)

Приложение 13
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

Таблица 1

ТАКТИКА
вакцинопрофилактики взрослых пациентов с ОЗКТ (вне ТГСК)

Наименование инфекции, против которой проводится вакцинация	Тип вакцины	Схема вакцинации	Примечание
Пневмококковая инфекция	Конъюгированная (ПКВ)	3 дозы с интервалом 1 месяц и более (первичный курс)	Показана всем пациентам при установлении диагноза ОЗКТ
	Конъюгированная (ПКВ)	1 бустерная доза	Не ранее, чем через 6 месяцев после завершения первичного курса
	Полисахаридная (ППСВ)	1 доза	Через 1 месяц и более после бустерной дозы ПКВ для расширения охвата серотипов
Грипп	Инактивированная (сплит или субъединичная)	1 доза	Ежегодно
Вирусный гепатит В	Рекомбинантная	3 дозы (0 – 1 – 6 месяцев)	Курс прививок рекомендуется завершить до начала химиотерапии. При терапии анти-CD20 антителами (ритуксимаб) ответ на вакцину снижен

			6 месяцев и более. Контроль anti-НВs через 1 – 2 мес. после курса. При титре <10 МЕ/л – повторить курс (3 дозы)
Дифтерия, столбняк	Анатоксины (АДС-М)	3 дозы	В период ремиссии
Коклюш	АБКДС	1 доза	Рекомендована для близких контактов – члены семьи, медработники (стратегия «коккона»)
Инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2	Инактивированная или мРНК	Первичный курс – 2 дозы с интервалом 4 – 8 месяцев Бустерные дозы ежегодно.	Применимость конкретных платформ (векторные, мРНК) требует согласования с лечащим врачом. Вакцинация проводится между циклами терапии

Таблица 2

ТАКТИКА вакцинопрофилактики взрослых пациентов после ТГСК

Наименование инфекции, против которой проводится вакцинация	Тип вакцины	Схема вакцинации	Срок начала (месяцев после ТГСК)
Пневмококковая инфекция	Конъюгированная (ПКВ)	3 дозы (с интервалом 1 месяц и более)	4 – 6
		4-я доза (бустерная)	12

	Полисахаридная (ППСВ)	1 доза	Не ранее, чем через 13 месяцев (1 месяц и более после бустера ПКВ)
Грипп	Инактивированная (сплит или субъединичная)	2 дозы (с интервалом 1 месяц и более) в первый год вакцинации, затем ежегодно по 1 дозе	4 – 6
Вирусный гепатит В	Рекомбинантная	3 дозы	6 – 12
Дифтерия, столбняк	Анатоксины	3 дозы	6 – 12
Полиомиелит	Инактивированная (ИПВ)	3 дозы	6 – 12
Коклюш	АБКДС	3 дозы	6 – 12
ХИБ-инфекция	Конъюгированная	3 дозы	6 – 12
Менингококковая инфекция	Конъюгированная	1 доза	6 – 12
Корь, краснуха, эпидемический паротит (вакцинация начинается не ранее, чем через 3-6 мес. после ТГСК, при отсутствии РТПХ и/или приема иммуносупрессивных лекарственных препаратов)	Живая аттенуированная	1-2 дозы с интервалом 4 недели и более	более 24 (только при отсутствии РТПХ и иммуносупрессии) с особой предосторожностью

Таблица 3

ТАКТИКА
вакцинопрофилактики взрослых пациентов с ОЗКТ
на разных этапах лечения

Этап лечения	Разрешенные ИЛП	Тактика и сроки введения	Противо-	Примечание
--------------	-----------------	--------------------------	----------	------------

			показаны ИЛП	
Планирование химиотерапии (ХТ/ИТ)	Все инактивированные вакцины	Провести полный курс вакцинации минимум за 2-4 недели до начала терапии	Живые вакцины. Допустимо введение КПК, вакцины против ветряной оспы <i>при наличии времени</i>	Цель: сформировать иммунитет до наступления иммуносупрессии. При необходимости серологический контроль прививочного статуса
Во время проведения ХТ/ИТ	Рекомендованы: COVID-19, грипп, ПКВ, АДС-М	Вводить между циклами терапии при восстановлении крови (нейтрофилы $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $> 50 \times 10^9/\text{л}$. Иммуный ответ будет снижен	Все живые вакцины	Безопасность неживых вакцин высокая. Главный риск – недостаточная эффективность ИЛП
После завершения ХТ/ИТ (первые 3-6 месяцев)	Все инактивированные вакцины (начать / продолжить курс)	Начать через 3 – 6 месяцев после окончания терапии и консультации с онкологом/гематологом	Все живые вакцины	Проходит восстановление иммунной системы. Бустерное введение вакцин показано
Через 6 и более месяцев после завершения ХТ / ИТ (стойкая ремиссия)	Все инактивированные вакцины (провести/завершить первичный курс или введение бустерных доз)	Серологический контроль для оценки необходимости введения бустерной дозы (например, ВГВ, корь, ветряная оспа)	По решению иммунологической комиссии (при отсутствии иммуносупрессии более 12 месяцев, нормальных	Решение о введении живых вакцин принимается индивидуально, сопоставляя риск заболевания и риск

			показателях иммунограмм ы, отсутствии иммунитета к инфекции	вакцино- ассоциирован ного заболевания
--	--	--	---	---

Приложение 14
к Методическим рекомендациям по
тактике иммунопрофилактики
отдельных инфекционных
заболеваний

**ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по иммунизации беременных**

Рекомендации по применению	Наименование ИЛП	Рекомендации*
Рекомендованы	Вакцина против гриппа инактивированная	Женщинам, которые беременны или планируют забеременеть во время сезона гриппа, рекомендовано привиться (высокий приоритет). Вакцинация может проводиться на любом сроке беременности по факту появления вакцины перед началом сезона гриппа
	Вакцина против COVID-19	Беременным, получившим предыдущую дозу вакцины от COVID-19 более 6 месяцев назад, рекомендовано привиться (высокий приоритет). Вакцинация от COVID-19 может проводиться на любом сроке беременности, предпочтительно во 2 или 3 триместре**
	Вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная)	Введение вакцины с коклюшным компонентом показано на сроке 27-36 недель беременности (пик антител у беременной и плода достигается через 2 недели после вакцинации). Вакцина может быть введена при каждой беременности, независимо от давности предыдущего применения вакцины
Рекомендованы при особых обстоятельствах	Вакцина против столбняка, противостолбнячные сыворотка и иммуноглобулин	Беременность не является медицинским противопоказанием для профилактики столбняка по эпидемическим показаниям

	Вакцина против бешенства и антирабический иммуноглобулин	Беременность не является медицинским противопоказанием для профилактики бешенства по эпидемическим показаниям
	Вакцина против ВГВ	Беременность не является медицинским противопоказанием к вакцинации. Рекомендована вакцинация беременных, которые подвержены риску заражения вирусом гепатита В (например, имеющих более одного полового партнера в течение предыдущих 6 месяцев, имеющих HBsAg-положительного полового партнера и др.)
	Вакцина против ВГА	При принятии решения о вакцинации беременных, которые могут подвергаться высокому риску заражения вирусом гепатита А, следует оценить баланс риска от заболевания и потенциального риска от вакцинации
	Вакцина против полиомиелита (инактивированная)	Вводится в случае, если беременная подвержена высокому риску заражения и требует немедленной защиты от полиомиелита
	Вакцина против менингококковой инфекции конъюгированная четырехвалентная (ACWY)	Наличие беременности не должно препятствовать проведению вакцинации
	Вакцина против менингококковой инфекции серогруппы В (рекомбинантная)	Вакцинация должна быть отложена у беременных и кормящих, за исключением случаев, когда женщина подвергается повышенному риску заражения. Решение принимается после оценки баланса пользы от предотвращения заболевания и потенциального риска от вакцинации
Не рекомендованы	Вакцина против ВПЧ-инфекции	Рутинное тестирование на беременность перед введением вакцины не рекомендуется. Если беременность наступила после начала вакцинации, последующие необходимые дозы вакцины рекомендовано ввести после завершения беременности

	Вакцина против пневмококковой инфекции (ПКВ)	При непреднамеренном введении вакцины беременным не описано каких-либо негативных последствий для плода
Противопоказаны, возможен теоретический риск для плода	Вакцина против кори, краснухи, эпидемического паротита (живая аттенуированная)	Вакцину не следует назначать женщинам, которые беременны или пытаются забеременеть, а также следует избегать беременности в течение 28 дней после вакцинации из-за теоретического риска для плода (развитие вакциноассоциированного заболевания, в том числе синдрома врожденной краснухи). Рутинное тестирование на беременность женщин детородного возраста перед введением вакцины не проводится. Если вакцина была непреднамеренно введена беременной или беременность наступила в течение 28 дней после вакцинации, женщину следует проконсультировать о теоретическом риске для плода, но прерывание беременности в этом случае не показано
	Вакцина против ветряной оспы (живая аттенуированная)	Вакцину от ветряной оспы не следует назначать женщинам, которые беременны или пытаются забеременеть, а также следует избегать беременности в течение 28 дней после вакцинации. Рутинное тестирование на беременность женщин детородного возраста перед введением вакцины не рекомендуется. Если вакцина была непреднамеренно введена беременной или беременность наступила в течение 28 дней после вакцинации, женщину следует проконсультировать о теоретическом риске для плода, но прерывание беременности в этом случае не показано
	Вакцина против туберкулеза (живая аттенуированная)	Вакцину от туберкулеза (БЦЖ-М) не следует назначать при беременности
	Вакцина против гриппа (живая аттенуированная)	Живую вакцину от гриппа не следует назначать при беременности

	<p>Вакцина против сибирской язвы (живая аттенуированная)</p>	<p>Вакцина противопоказана при беременности, однако в случае контакта с высоким риском воздействия аэрозольных спор <i>B.anthraxis</i> беременность не является медицинским противопоказанием для вакцинации по эпидемическим показаниям, а также не относится к состояниям, требующим предосторожности</p>
	<p>Вакцина против желтой лихорадки (живая аттенуированная)</p>	<p>Вакцина противопоказана при беременности, однако может быть введена в третьем триместре беременным, планирующим поездку в эндемичный по желтой лихорадке регион. С учетом теоретического риска развития вакциноассоциированного заболевания, следует тщательно взвесить риск и пользу от применения вакцины у беременной</p>

*Рекомендации использовать с учетом инструкции по медицинскому применению ИЛП

**Данная рекомендация может быть скорректирована на фоне дальнейшего развития эпидемиологической ситуации по COVID-19

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

12.06.2026 № 401

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

об иммунологической комиссии
организации здравоохранения и
порядок ее работы

1. Иммунологическая комиссия организации здравоохранения (далее – комиссия) создается в организации здравоохранения, проводящей иммунопрофилактику населения, в целях предупреждения установления необоснованных медицинских отводов от иммунизации пациентов, профилактики возникновения серьезных нежелательных реакций, обеспечения оптимального уровня охвата иммунизацией подлежащих контингентов.

2. Состав и график работы комиссии утверждается главным врачом организации здравоохранения. Председателем комиссии назначается заместитель главного врача по лечебной работе. В состав комиссии входят: секретарь комиссии, врач-педиатр (врач-терапевт, врач общей практики), врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-фтизиатр, при наличии – врач-иммунолог и врач-аллерголог. По согласованию с главным врачом территориального (районного, зонального, городского) центра гигиены и эпидемиологии в состав иммунологической комиссии включается врач-эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога). При необходимости, к работе комиссии могут привлекаться врачи других специальностей.

3. Заседания комиссии проводятся не реже 1-го раза в месяц либо не реже 1-го раза в квартал в зависимости от необходимости.

4. Для определения тактики иммунизации в комиссию ответственным за иммунизацию участковым врачом-педиатром (врачом-терапевтом, врачом общей практики) представляется медицинская документация (форма № 063/у «Карта профилактических прививок» согласно приложению 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2006 г. № 852 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по иммунопрофилактике»; форма № 025/у-23 «Медицинская карта пациента для амбулаторно-поликлинических организаций» согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 декабря 2023 г. № 188 «Об установлении формы медицинского документа»; форма № 112/у «История

развития ребенка» согласно приложению 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 сентября 2007 г. № 774 «Об утверждении форм первичной медицинской документации акушерско-гинекологической и педиатрической службы» и другие), и направляются пациенты, имеющие показания для установления медицинского отвода от иммунизации, а также пациенты, имеющие медицинский отвод от иммунизации сроком более 1 месяца.

5. В комиссию направляются пациенты (законные представители пациентов), отказывающиеся от проведения иммунизации. Заседания комиссии для работы с отказчиками проводятся по согласованию с участием врача-эпидемиолога (помощника врача-эпидемиологии) территориального центра гигиены и эпидемиологии и районного врача-педиатра, и являются этапом многоуровневой работы с отказчиками.

6. Функциями комиссии являются:

рассмотрение медицинской документации пациентов с медицинскими отводами от иммунизации в течение более 1 месяца, хроническими нарушениями здоровья для разработки дальнейшей тактики иммунизации, установления длительных и постоянных медицинских отводов от иммунизации;

учет отказчиков и анализ динамики количества отказчиков от профилактических прививок (по участкам, типам прививок, длительности отказа, причинам);

составление индивидуального календаря профилактических прививок пациентов, имеющих или нуждающихся в установлении медицинских отводов от плановой иммунизации длительностью 1 месяц и более, имеющих определенные состояния и заболевания, с наличием в анамнезе СНР на введение ИЛП, отказчиков от прививок;

составление индивидуальных календарей профилактических прививок пациентов, рекомендаций по дальнейшей тактике иммунизации, по использованию вакцин отдельных типов, в том числе вакцин с бесклеточным коклюшным компонентом, направление на дополнительную врачебную консультацию (при необходимости) в порядке, определенном Министерством здравоохранения;

регистрация решений комиссии по установлению и пересмотру медицинских отводов от иммунизации в форме № 064-2/у «Журнал регистрации длительных и постоянных противопоказаний к проведению прививок», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2006 г. № 852, о направлении на дополнительную врачебную консультацию;

контроль за выполнением врачами-специалистами рекомендаций, выданных иммунологической комиссией в отношении пациента (обследование, консультация пациентов и т.д.);

проведение разъяснительной работы с отказчиками от профилактических прививок.

7. Контроль за работой комиссии осуществляется главным врачом организации здравоохранения.