

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРИВИВОК

2.1. С целью планирования профилактических прививок в организациях здравоохранения проводится учет детей в возрасте до 18 лет в разрезе по каждому году рождения 2 раза в год (в июне и декабре), с учетом миграции детского населения и регистрации новорожденных, а также вновь прибывших и выбывших детей. Учет взрослого населения проводится 1 раз в год (в декабре). Данные учета детского и взрослого населения фиксируются в "Журнале учета детского населения" или "Журнале учета взрослого населения" организации здравоохранения. Даты проведенных переписей и количество детей проставляются в конце страницы, отведенной для учета населения каждого года рождения.

2.2. Перспективный план профилактических прививок на год (приложение 1) составляется участковыми педиатрами (терапевтами) один раз в год (в декабре) согласно возрастному составу населения и картам профилактических прививок (форма N 063-у) в соответствии с действующим календарем профилактических прививок и представляется в районные (городские) центры гигиены и эпидемиологии (далее - ЦГЭ) до 5 января. ЦГЭ представляют план профилактических прививок в областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее - облЦГЭиОЗ) и Минский городской центр гигиены и эпидемиологии (далее - Минский горЦГЭ) до 10 января, которые, в свою очередь, представляют план в ГУ "Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья" (далее - ГУ РЦГЭиОЗ) до 15 января ежегодно.

2.3. План профилактических прививок в течение года корректируется с учетом родившихся детей на 1 июля текущего года и 1 января следующего года и с учетом количества детей и подростков, прибывших в школы и другие учреждения образования на 1 сентября текущего года, и представляется в вышестоящие организации в течение 15 дней.

2.4. Перспективный план профилактических прививок является основой для составления годовой заявки на МИБП, которая формируется из соответствующих заявок нижестоящих территориальных организаций здравоохранения. Расчет потребности МИБП проводится с учетом численности контингентов, подлежащих прививкам, нормативов расхода препаратов на 1 прививку, резерва МИБП на 1-й квартал следующего года (25% от годовой потребности).

2.5. Обоснование заявки на МИБП заверяется руководителем организации здравоохранения. Годовая заявка на МИБП формируется согласно приложению 2 и представляется в сроки, установленные действующими нормативно-правовыми документами Министерства здравоохранения.

2.6. Даты проведения профилактических прививок конкретным лицам определяются участковым врачом-педиатром (терапевтом) в конце каждого месяца согласно индивидуальным картам профилактических прививок (форма N 063-у). Фамилии детей (взрослых), которые подлежат очередной

прививке, заносятся в "Журнал месячного планирования и учета профилактических прививок" в соответствии с календарным сроком прививки.

Анафилактический шок - острая генерализованная немедленная аллергическая реакция, возникающая на введение в организм аллергена, в результате чего выделяются вещества, угрожающие жизни и вызывающие нарушения деятельности жизненно важных органов и систем.

Анафилактический шок обычно характеризуется нарушением гемодинамики, недостаточностью кровообращения, гипоксией органов и тканей.

Основная причина анафилактического шока - контакт высокосенсибилизированного организма со специфическими антигенами и аллергенами. Ими могут быть лекарства, чужеродные сыворотки, укусы насекомых, пищевые продукты - молоко, яйца, рыба, шоколад и другие. В основе патогенеза анафилактического шока лежит аллергическая реакция немедленного типа Е, обусловленная антителами, относящимися к классу иммуноглобулинов. В развитии анафилактического шока есть все стадии - иммунологическая, патохимическая и патофизиологическая.

Патофизиологическая стадия - стадия функциональных расстройств - является клиническим проявлением анафилактического шока.

В патогенезе анафилактического шока главная роль принадлежит биологически активным веществам — гистамину, ацетилхолину, гепарину, брадикинину, которые высвобождаются при воздействии комплекса «антиген — антитело» на тучные клетки и базофилы. Сам комплекс «антиген — антитело» также действует на системы организма непосредственно.

Симптомы анафилактического шока

Симптомы анафилактического шока разнообразны. В наиболее тяжелых случаях сразу после воздействия этиологического фактора (специфического антигена) возникают такие симптомы как беспокойство, чувство страха, резкая слабость, тошнота, стеснение в груди. В течение нескольких минут эти явления нарастают, и больной теряет сознание, не успев позвать на помощь. При объективном исследовании отмечаются резкая бледность кожных покровов, холодный липкий пот, нитевидный пульс, резко падает артериальное давление, возникают удушье, клонические судороги. При отсутствии своевременного оказания первой помощи может наступить смерть.

В некоторых случаях шок наступает медленнее: сначала появляются симптомы чувство жара, покраснение кожи, шум в ушах, резь в глазах, чиханье, сухой мучительный кашель, шумное дыхание, схваткообразные боли в животе. Анафилактический шок бывает легкой, средне-тяжелой и тяжелой степени. В зависимости от ведущего клинического синдрома различают 5 вариантов этого заболевания.

Типичная форма — характеризуется нарушением сознания, артериальной гипертензией, дыхательной недостаточностью, кожными вегетососудистыми реакциями и судорожной готовностью.

Гемодинамическая форма характеризуется нарушениями сердечнососудистой системы (сильные боли в сердце, аритмия, глухость сердечных тонов, резкое снижение артериального давления, исчезновение

(пульса), спазмами периферических сосудов и бледностью кожи или паралитическим их расширением («пылающая гиперемия»), расстройством микроциркуляции в виде мраморности кожи и цианоза.

При асфиксической форме на первый план выступают дыхательная недостаточность и нарушения газообмена. Тяжесть состояния определяется отеком гортани, спазмом бронхов, отеком слизистой бронхиол или легких. Этот вариант чаще встречается при пищевой аллергии у детей, когда при попадании аллергена в рот быстро наступают отек гортани и апноэ. Удушье развивается очень быстро, что часто приводит к ошибкам в диагностике асфиксии от инородного тела и неправильной тактике оказания неотложной помощи.

Церебральная форма характеризуется в основном изменениями со стороны центральной нервной системы (возбуждение, потеря сознания, судороги, нарушение ритма дыхания, иногда эпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердца).

Абдоминальный вариант дает симптоматику «острого живота» (боль в эпигастральной области и по всему животу, рвота, позывы на низ). Этот вариант также часто вызывает ошибки в диагностике, что приводит больных на операционный стол.

Диагностика не вызывает затруднений при типичной клинической картине и правильно собранном анамнезе. Анафилактический шок следует дифференцировать с кишечной непроходимостью, перфоративной язвой двенадцатiperстной кишки, кровоизлиянием в мозг, астматическим статусом.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке

1. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке должно проводиться быстро и энергично; сочетаются медикаментозные и немедикаментозные мероприятия.
2. При неотложной помощи все препараты вводят внутримышечно, чтобы не тратить время на поиск вен, а если анафилактический шок возник при внутривенном капельном введении лекарства-аллергена, то иглу оставляют в вене и через нее вводят противошоковые лекарства.
3. Прекращают введение лекарства-аллергена, вызвавшего анафилактический шок.
4. В качестве неотложной помощи, больного укладывают на ровную, твердую поверхность с приподнятым ножным концом.
5. Поворачивают голову набок и выдвигают нижнюю челюсть для предупреждения западения языка и асфиксии.
6. Расстегивают стесняющую одежду, кладут холод на место введения аллергена и, если позволяет локализация, накладывают жгут выше места введения.
7. При оказании первой помощи обеспечивают доступ свежего воздуха.

8. При оказании первой помощи, место введения лекарства-аллергена обкалывают адреналином, разведенным в изотоническом растворе хлорида натрия (1:10).
9. При пероральном приеме аллергена промывают желудок. При закапывании аллергенного медикамента в нос или в конъюнктиву глаза промывают проточной водой и закапывают 0,1 %-ный раствор гидрокортизона.
10. При проведении неотложной помощи вводят внутримышечно адреналин 0,1 %-ный раствор в дозе 0,1 мл на год жизни. Если через 10-15 мин артериальное давление не повышается, то вводят адреналин повторно в половинной дозе. Преднизолон из расчета 3-5 грамм на кг веса, дексаметазон (4-20 мг в зависимости от возраста) или 100-300 мг гидрокортизона. Можно ввести супрастина 2%-ный раствор (0,1 мг на год жизни), пипольфена 2,5%-ный раствор (0,1 на год жизни) или димедрола 1 %-ный раствор (0,1 мг на год жизни), глюконата кальция 10%-ный раствор (1 мл на год жизни).
11. При бронхоспазме и затруднении дыхания вводят 2,4%-ный раствор эуфиллина (0,1 мл на год жизни).
12. При сердечной недостаточности вводят сердечные гликозиды и диуретики. При отсутствии эффекта от обязательных противошоковых мероприятий - госпитализация в стационар для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

[^] Ситуационная задача 4.

Пациент, получивший прививку накануне живой вакциной, обратился за медицинской помощью с жалобами на повышение температуры 37,1 С°. Является ли данное состояние осложнением прививки?

Ситуационная задача 5.

При работе с медицинской картотекой в прививочном кабинете были выявлены лица, не привитые против гепатита В :

- а) ребенок 5 мес, здоров, против гепатита В не привит; + ^{б 6 мес}
- б) ребенок 12 мес, здоров, трижды вакцинирован против гепатита В (в 0,1 и 2 мес); - 6
- в) новорожденный 5 ч жизни, здоров, мать — носитель HBsAg;
- г и) ребенок 5 лет, здоров, трижды вакцинирован против гепатита В (12 ч, 1 мес_бмес); +
- д) медицинская сестра отделения гемодиализа, здорова, против гепатита В не привит;
- е) студент-медик 23 лет, здоров, против гепатита В не привит, 2 недель назад привит АДСМ-анатоксином в связи с травмой;
- ж) врач-хирург 35 лет, здоров, против гепатита В не привит;
- з) ребенок 7 лет, здоров, вакцинирован против гепатита В в родильном доме в 1 и 6 месяцев; + ²
- и) стоматолог-хирург 40 лет, здоров, против гепатита В не привит;
- к) здоровый ребенок 3 мес, против гепатита В не привит;
- л) фельдшер станции переливания крови, страдает врожденным пороком сердца, против гепатита В не привит;

Кто из них подлежит прививкам против вирусного гепатита В?