

5 Визначення концентрації ФН в плазмі крові може бути діагностичним маркером рівня адаптації дітей у неонатальному періоді.

## SUMMARY

*Studied level of concentration of fibronectin of blood plasma newborn with delay intrauterine development of foetus premature and healthy newborns. is surveyed 186 children. is found out, that a level of concentration of fibronectin reflects stages of adaptation newborn in neonatal period.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сміян О.І. Ендокринні та морфофункціональні механізми адаптації недоношених новонароджених з внутрішньоутробною затримкою росту у ранньому неонатальному періоді: Автореф. дис... д-ра мед. наук.-К.,-1996.-36с.
2. Авалишвили Т.В. Фибронектин сыворотки и показатели НСТ-теста у недоношенных детей первых месяцев жизни при сепсисе // Педиатрия. - 1997. - №3. - С.8-10.
3. Коэффициент фибронектин/миоглобин пуповинной крови в оценке естественной резистентности организма новорожденных детей / А.А.Афонин, Г.А. Галкина, Т.С.Длужевская и др. // Педиатрия. - 1993 - №4 - С.50-51.
4. Маркевич В.Э., Попов С.В., Редько Е.К. Неонатология.- Сумы.- 1996.- 161с.
5. Неонатология / Шабалов Н.П.- Санкт-Петербург.: Специальная литература, 1996. - Т.1. - С.69.

*Надійшла до редколегії 7 липня 1998 р.*

УДК 616.988.51-085.371-039.71-035.1/2

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

*Т.П.Бында, ассист., О.В.Маркевич\*, врач  
(\*Городская детская клиническая больница)*

Паротитная инфекция, несмотря на введение прививок, остается широко распространенным инфекционным заболеванием детей и взрослых.

Относительная легкость течения болезни и необязательность госпитализации больных обуславливает неполноту учета заболеваемости паротитной инфекцией. Как правило, официальные данные существенно ниже фактической заболеваемости.

О состоянии иммунопрофилактики можно судить по уровню заболеваемости. Заболеваемость "управляемыми инфекциями", то есть теми инфекциями, против которых существует активная профилактика – вакцины, в г. Сумы за последние годы значительно выросла. Особенно повысилась заболеваемость паротитной инфекции. В настоящее время регистрируют эпидемию паротитной инфекции.

Уровень заболеваемости паротитной инфекцией зависит, с одной стороны, от полноты охвата детей прививками, а с другой стороны, от иммуногенности вакцины и иммунологической реактивности прививаемых.

Целью данной работы является изучение эффективности иммунопрофилактики паротитной инфекции на современном этапе.

В работе использованы официальные документы статистической информации лечебно-профилактических учреждений города.

Массовая вакцинация в Сумской области началась в 1983 году. Снижение заболеваемости коррелировало с полнотой охвата прививками соответствующих контингентов населения. Об этом свидетельствуют динамика и характер эпидемического процесса, уровень заболеваемости.

Таблица 1 - Заболеваемость паротитной инфекцией в г. Сумах до и после введения активной иммунизации

| Год  | Показатель заболеваемости на 100 000 населения | Год  | Показатель заболеваемости на 100 000 населения |
|------|--|------|--|
| 1965 | 548,8  | 1982 | 316,9  |
| 1966 | 423,1  | 1983 | 1338,7   |
| 1967 | 734,4  | 1984 | 222,1  |
| 1968 | 536,0  | 1985 | 67,4   |
| 1969 | 366,2  | 1986 | 31,1   |
| 1970 | 878,2  | 1987 | 37,1   |
| 1971 | 168,9  | 1988 | 29,5   |
| 1972 | 680,4  | 1989 | 34,0   |
| 1973 | 974,1  | 1990 | 65,3   |
| 1974 | 671,1  | 1991 | 39,0   |
| 1975 | 1037,3   | 1992 | 20,3   |
| 1976 | 787,6  | 1993 | 20,3   |
| 1977 | 387,9  | 1994 | 59,0   |
| 1978 | 732,9  | 1995 | 61,1   |
| 1979 | 169,2  | 1996 | 193,4  |
| 1980 | 1332,4   | 1997 | 728,3  |
| 1981 | 260,8  |      |  |

Организованная иммунизация резко повлияла на эпидемический процесс при паротитной инфекции, в результате чего заболеваемость в послепрививочный период уменьшилась более чем в 20 раз по сравнению с допрививочным периодом. Снижение заболеваемости продолжалось в течение 9 лет. В 1994 году заболеваемость паротитной инфекцией выросла более чем в 3,5 раза по сравнению с периодом, когда регистрировался самый низкий уровень заболеваемости (табл. 1).

Массовое введение противопаротитных прививок отразилось как на заболеваемости, так и на течении болезни, причем последний вопрос изучен еще недостаточно. Однако вакцинация существенно снижает заболеваемость, но не предупреждает полностью развития паротитной инфекции. Это указывает на то, что поствакцинальный иммунитет является менее напряженным и длительным по сравнению с иммунными сдвигами после естественной инфекции. Еще в 1988 г. А. П. Казанцев [1] указывал, что введение в практику противопаротитной вакцинации приведет к относительному повышению заболеваемости взрослых. Такая тенденция у нас наметилась уже в 1997 году.

Одним из условий существования эпидемического процесса любой инфекции является восприимчивость населения к ее возбудителю. Состояния коллективной невосприимчивости можно достигнуть лишь при 90-95 % охвате детей профилактическими прививками. Ухудшение привитости, как показали выборочные исследования, связано с недостатками в организации прививочной работы, а также с большим количеством освобождений от прививок по так называемым "медицинским показаниям". Среди организационных недостатков значительное место занимают необоснованный пропуск срока вакцинации, неучитываемая миграция детей, неоправданные отказы родителей. Поэтому часть здоровых детей оказывается своевременно невакцинированной. При освобождении детей от прививок в связи с состоянием здоровья врачи обычно не учитывают необходимость дифференцированного подхода и наличия различных противопоказаний к

применению разных вакцин. Существенная часть освобождений от прививок по "медицинским показаниям" не является обоснованной. Степень охвата детей прививками на врачебном участке зависит от активности участкового врача, его умения организовать прививочную работу, знаний, разнообразных, часто сложных проблем специфической профилактики, целенаправленной разъяснительной работы среди родителей.

Наряду с этим нельзя исключать и объективные факторы, мешающие проведению массовой иммунизации. Так, периодически отмечаются перебои с вакцинами из-за их недопоставок на местах. Такая ситуация сложилась и в настоящее время.

Из-за отсутствия паротитной вакцины в 1993 году прививки против паротитной инфекции не проводились, а в 1994 г. были выполнены на 19,1 %, в 1995 г. - на 16,2 %, в 1996 г. - на 37,6 %, в 1997 г. - на 31,8 %.

При низком охвате прививками ежегодно возрастает число неиммунизированных детей и, по-видимому, в дальнейшем можно прогнозировать рост заболеваемости паротитной инфекцией.

При анализе заболеваемости эпидемическим паротитом в 1997 г. установлено, что в возрасте до 3 лет заболело 17 детей, из них 90 % не были привиты. Среди заболевших детей 3-5 летнего возраста непривитые составили 75 %. Удельный вес непривитых среди заболевших детей 6-летнего возраста составил 46 %, а среди детей 14-летнего возраста - 14 %.

Таким образом, в структуре заболевших среди детей дошкольного возраста в 6,8 раз чаще преобладали непривитые. С 6 лет наличие в анамнезе прививки не имело значения для возникновения заболевания. Это, по-видимому, можно объяснить тем, что однократная вакцинация не создает достаточно напряженного и продолжительного иммунитета. Поэтому вакцинация без последующей ревакцинации привела к перемещению максимального уровня заболеваемости с 3-6-летнего возраста на возрастную группу детей старше 7 лет. Такое изменение возрастной структуры заболеваемости при данной инфекции является нежелательным, так как утяжеляет клиническое течение болезни.

В настоящее время большое внимание уделяется сочетанному введению паротитной и коревой вакцин. Согласно ныне действующему календарю прививок (приказ МЗ Украины от 25.01.1996 г. № 14) паротитная и коревая вакцины вводятся подкожно одновременно в возрасте 12 месяцев.

Некоторые врачи подъем заболеваемости в настоящее время связывают с одновременным проведением прививок против паротитной инфекции и кори, объясняя это тем, что введение двух живых вирусных антигенов приводит к снижению иммунного ответа. Не имея возможности изучить динамику нарастания титров антител после вакцинации из-за отсутствия реактивов, мы использовали косвенный метод: изучили заболеваемость паротитной инфекцией детей, получивших коревую и паротитную вакцину одновременно и раздельно.

С этой целью проанализированы 78 историй развития детей, которые заболели в возрасте до 7 лет. Установлено, что 52 % детей были привиты раздельно, а 48 % - одновременно. Таким образом, одномоментное введение двух живых вирусных антигенов, паротитного и коревого, не влияло на напряженность иммунитета и не повышало уровня заболеваемости.

Таким образом, для достижения главной цели иммунизации - снижения заболеваемости контролируруемыми инфекциями - первоочередной задачей является максимальный охват детей прививками. Бытует мнение, что вакцинировать следует только здоровых детей. Зарубежные авторы [2] полагают, что нельзя легко принимать решение об отказе от иммунизации ребенка, и вакцинированными должны быть также ослабленные, а иногда и больные дети. Работникам

здравоохранения следует использовать любую возможность для иммунизации больных детей.

Е. А. Лакоткина [3] считает, что детей ослабленных и с аллергически измененной реактивностью необходимо иммунизировать, поскольку именно такие дети больше подвержены заболеваниям, переносят их тяжело и поэтому в первую очередь нуждаются в защите от инфекций. Специально проведенным исследованием было доказано, что ослабленные дети способны к выработке гуморальных антител в защитных титрах.

Решению вопроса о возможности вакцинации ослабленных детей способствует ясное понимание особенностей каждого ребенка. Опираясь на тщательно собранный анамнез, на данные объективного осмотра, лабораторного исследования, врач вырабатывает тактику прививок, то есть решает, как, когда и в какой последовательности прививать ослабленных детей, максимально индивидуализируя схему вакцинации.

Для достижения эпидемиологического благополучия в отношении паротитной инфекции в настоящее время целесообразно, кроме строгого соблюдения декретированных сроков вакцинации, ввести в календарный план прививок дополнительную ревакцинацию в возрасте 6-9 лет.

В настоящее время проведение вакцинации против эпидемического паротита с последующей ревакцинацией возможно лишь в рамках календаря профилактических прививок. Введения ее в ассоциации с другими профилактическими препаратами требует дальнейшего и более тщательного исследования.

## SUMMARY

*The morbidity of the epidemic parotitis has immensely increased. Vaccination without following revaccination has led to transfer of maximum level of morbidity from 3-6 years old age to a group of children older than 7 years old. For receiving the epidemiological prosperity reference to the epidemic parotitis at present time is especially to introduce into calendar of inoculation additional revaccination at the age of 6-9 years old.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казанцев А. П. Эпидемический паротит. - Л.: Медицина, 1988 - 176 с.
2. Huber H. Ch. Indikationen zur Therapie und Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch passive Immunisierung. - Sozialpädiatrie, 1986, Bd. 8. - № 8. - S. 532 - 534.
3. Лакоткина Е. А. Индивидуальная тактика иммунопрофилактики // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 1992. - № 1. - С. 68 - 69.

*Поступила в редколлегию 16 октября 1998 г.*

УДК 618.7:618.346-008-002.3

## ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ РОДИЛЬНИЦ С НОРМАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

*А. Б. Сухарев, ассист.*

В последние годы появилось значительное число работ, посвященных "норме беременности", т.е. среднестатистическим показателям гомеостаза и функциональных тестов, характерных для неосложненного развития беременности у практически здоровых женщин. Значительно меньше исследований посвящено "норме пуэрперия". Учитывая большую роль микробного фактора в возникновении послеродовых гнойно-септических заболеваний, возникла необходимость изучения характера микрофлоры родовых путей у рожениц и родильниц с нормальным течением послеродового периода в современных условиях.