

*Полиомиелит в
постсертификационный период.*

*Клиника, диагностика,
профилактика.*

*Заведующая кафедрой детских
инфекционных болезней, профессор,*

Заслуженный врач РФ

д.м.н. Э.Н.Симованьян



**Итоги работы по профилактике
полиомиелита
в постсертификационный период
в Самарской области**



Полиомиелит – заболевание человека, известное с древнейших времен.

Исторические вехи в изучении полиомиелита

1000 до РХ первое упоминание ПМ на египетской стеле (гравировка на камне).

1789 Ундервуд М публикует первое описание ПМ

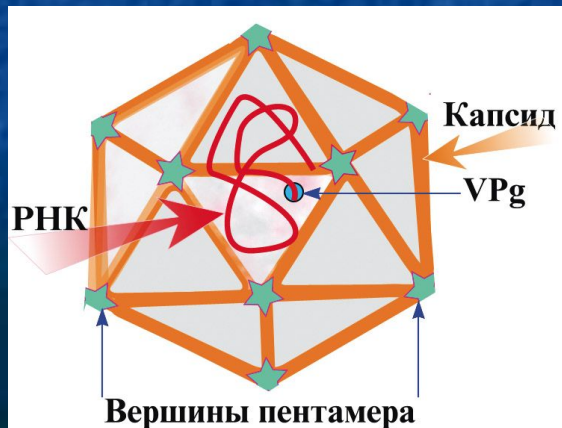
1840 Хейне Дж описывает заболевание с поражением спинного мозга.

1916 Эпидемия ПМ в США - заболело 27 000 чел, умерло 6 тыс чел.

1929 Дринкер Ф и Шоу Л изобрели аппарат «железные легкие»

1949 Вирус ПМ выделен на культуре тканей Эндерсом Дж, Уэллером Е, Роббинсом Ф. Нобелевская премия в 1954 г.

1953 Создание первой инактивированной вакцины против ПМ Дж Солком и соавт.



Исторические вехи в изучении полиомиелита

1959 Создание первой живой аттенуированной вакцины против ПМ А.Сэбиным, применение ее в России и Конго.

1988 41-я сессия Генеральной ассамблеи ВОЗ приняла резолюцию о ликвидации ПМ в мире к 2000 г

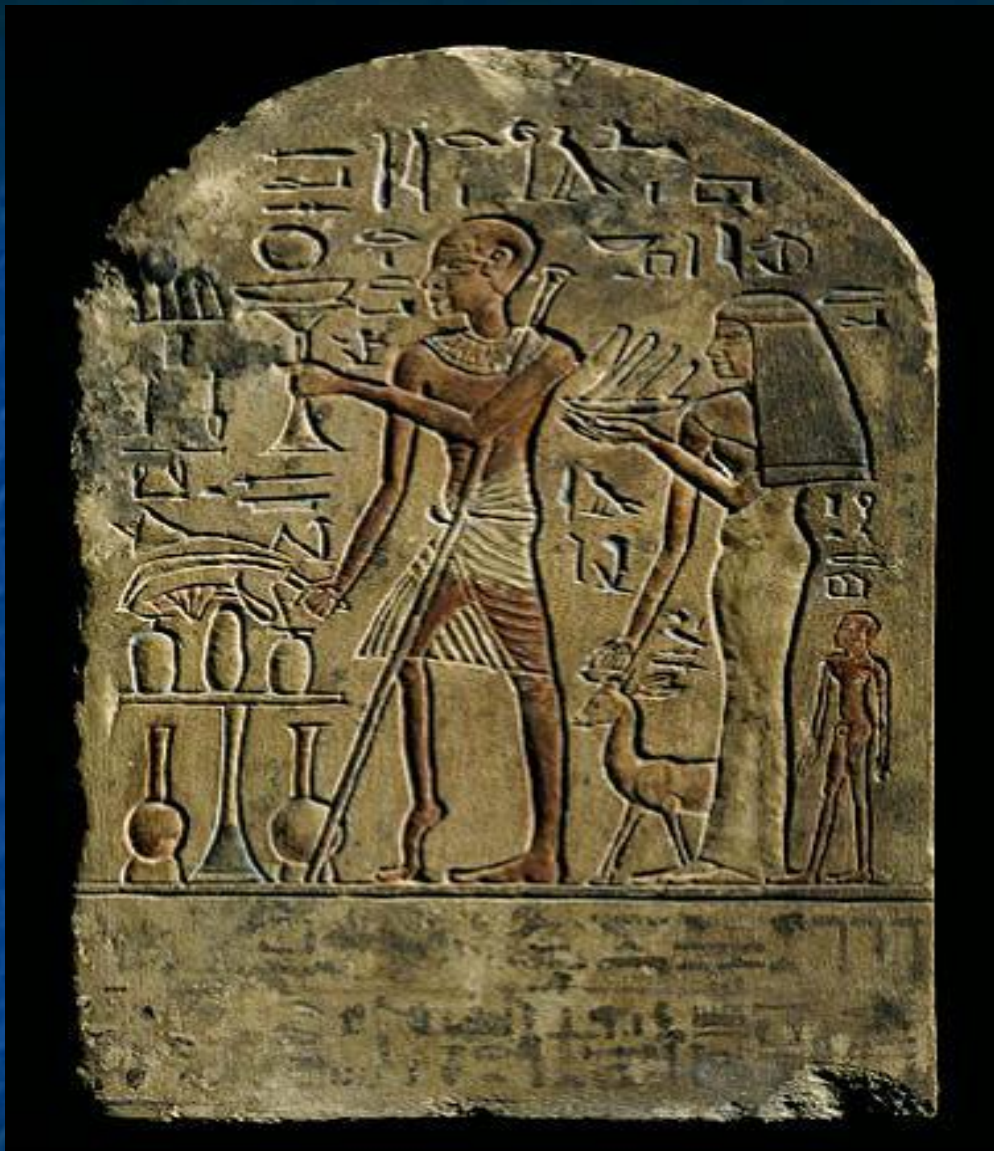
1993 Ликвидация ПМ в западном полушарии.

1995 Вспышка полиомиелита в Чеченской республике

2002 РФ сертифицирована ВОЗ как страна, свободная от полиомиелита

2009 В России не зарегистрировано ни одного случая полиомиелита

2010 Вспышка полиомиелита в Таджикистане

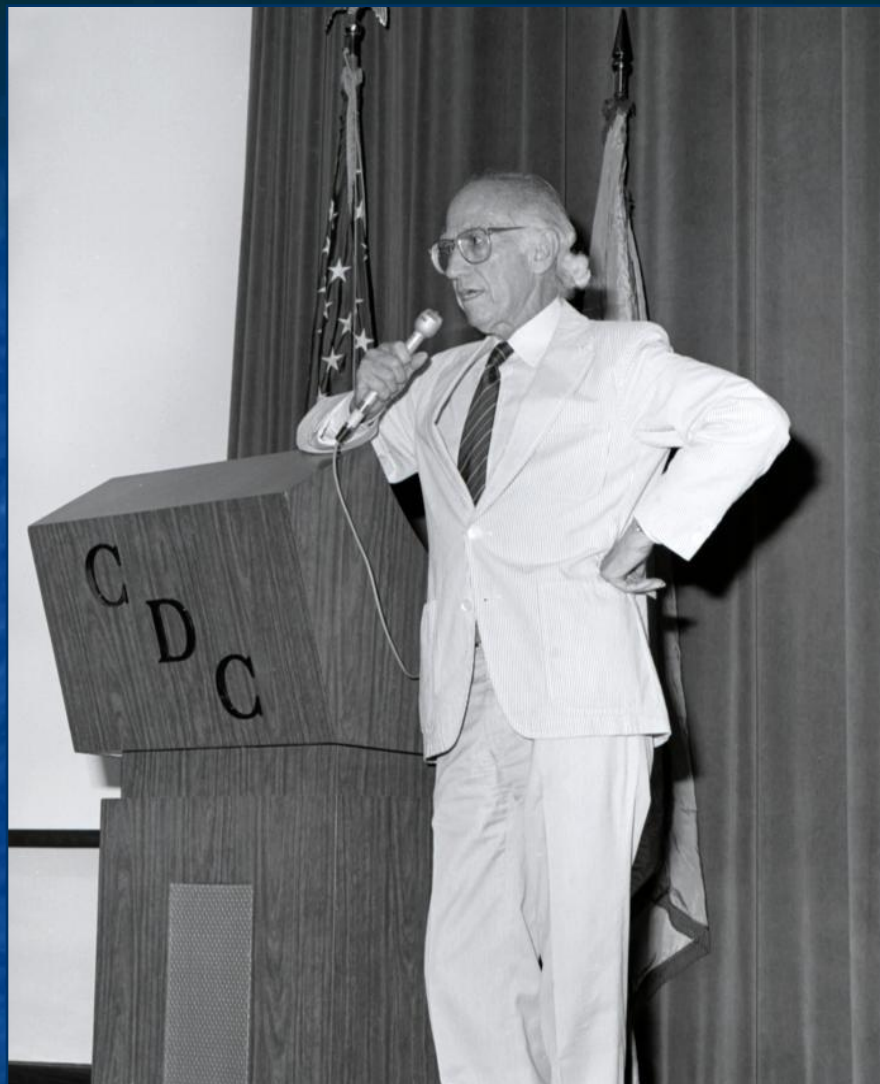


**Первое упоминание о заболевании ПМ
на египетской стеле (1000 до РХ)**

ПМ был одной из страшных болезней XX века. Он унес жизни или привел к инвалидизации тысячи детей в первой половине 20 века. Президент США Рузвельт ФД был инициатором создания национального фонда помощи, пострадавшим от ПМ в янв. 1938 г, получившим название «Марш дайма» для сбора средств больным детям (дайм –10 центов).

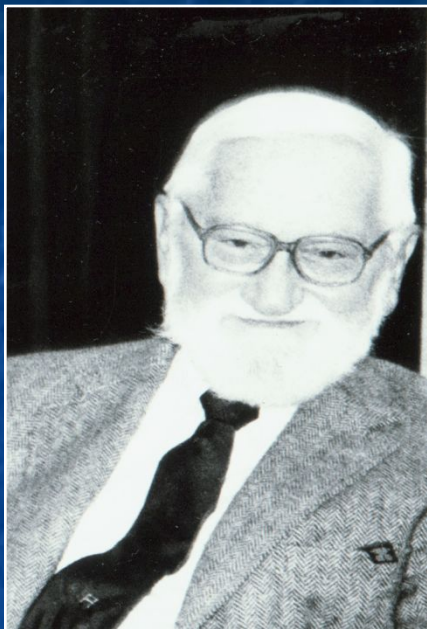


Плакат, агитирующий за сбор средств пострадавшим детям



Dr. Jonas Salk, автор первой инактивированной вакцины против полиомиелита, созданной в 1955 г - выступление в Centers for Disease Control в 1988. (CDC, 1988)

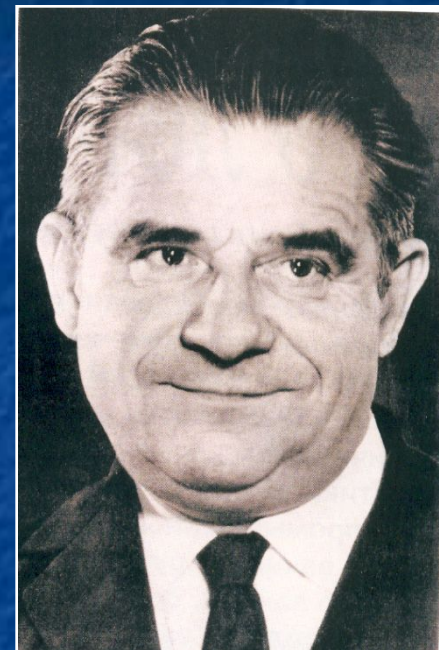
Ученые, внесшие огромный вклад в ликвидацию полиомиелита



A. Sabin



А.Смородинцев



М.П.Чумаков

Острый полиомиелит – инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся вялыми парезами, параличами, обусловленными поражениями двигательных клеток в передних рогах спинного мозга и ядрах двигательных черепных нервов.

греч. *polios* - серый + *myelitis* - воспаление спинного мозга



Эпидемический полиомиелит (ПМ)

Термин «полиомиелит» – не нозологический, а клинический диагноз



ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

1 группа. ВИРУСЫ

Полиовирусы 1,2,3 тип: «дикие», ВАПП

Энтеровирусы (ЕСНО, Коксаки)

Герпес-вирусы (ВПГ, ВЭБ, Varicella zoster)

Вирус гриппа

Паротитный вирус

2 группа. БАКТЕРИИ

Дифтерийная палочка

Боррелии

УПФ (стафилококк, грам-отрицательные и др.)

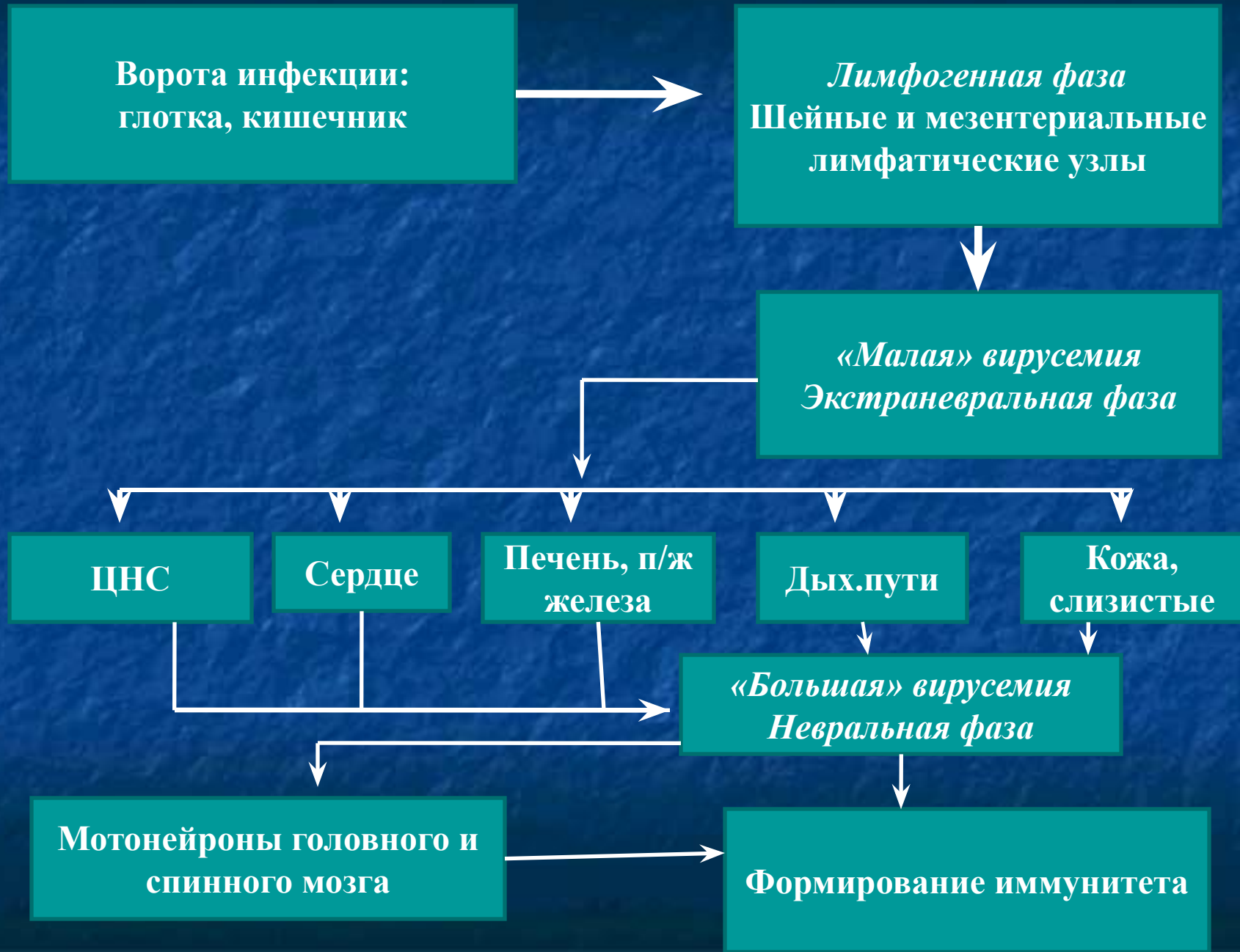
Клостридии

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА

(международная классификация болезней X пересмотра)

- A80 Острый полиомиелит
- A80.0 Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакцинным вирусом
- A80.1 Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким завезенным вирусом полиомиелита (I, II, III тип)
- A80.2 Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким местным (эндемичным) вирусом полиомиелита (I, II, III тип)
- A80.3 Острый паралитический полиомиелит другой и неуточненной этиологии
- A80.4 Острый непаралитический полиомиелит

Фазы патогенеза ПМ



Клинические формы полиомиелита

Непаралитическая	Паралитическая
Инаппарантная (асимптомная)	Бульбарная (двигательные ядра черепных нервов ствола мозга (3, 4, 6, 7, 9 -12 пары черепных нервов))
Абортивная	Понтинная (изолированное поражение ядра лицевого (7 пара) нерва в области Варолиева моста)
Менингеальная	Спинальная (шейный, грудной и поясничный отделы спинного мозга)
	Смешанные (бульбо-спинальная, понто-спинальная) - поражение ядер черепных нервов и спинного мозга

Клинические критерии паралитической формы ПМ

Инкубационный период (5 – 35 дней)

Препаралитический период (1-6 дней):

- фебрильная температура тела
- катаральный синдром
- дисфункция кишечника
- боли, спазмы в мышцах

Паралитический период (10-14 дней):

- внезапное появление параличей при N температуре тела
- вялый характер параличей: гипо/атрофия, гипо/арефлексия, атония
- бурное нарастание двигательных расстройств в течение короткого времени (1-2 дня)
- поражение проксимальных мышечных групп
- асимметричный, мозаичный характер параличей или парезов
- отсутствие нарушений чувствительности и функции тазовых органов, пирамидной симптоматики
- ЭНМГ – поражение передних рогов спинного мозга
– демиелинизация нервных волокон

ОПОРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СПИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА (продолжение)

Восстановительный период (1-2 года):

- появление первых произвольных движений в пораженных мышцах со 2-й недели болезни

Остаточные явления:

- атрофия мышц
- контрактуры
- анкилоз суставов
- остеопороз
- отставание конечности в росте



Клинические варианты

Непаралитические формы:

Инаппарантная : кратковременное недомогание, вялость. Температура в норме. Через 2-3 дня – самочувствие нормальное. В ряде случаев – кратковременные катаральные и/или диспепсические явления.

Абортивная: острое начало с повышения температуры, катаральные явления, умеренной головной болью, часто – наблюдаются желудочно-кишечные расстройства. в течение недели – выздоровление.

Подтверждение: эпидемиологическое, лабораторное.

Менингеальная форма: по типу асептического менингита (лихорадка, общемозговая и менингеальная симптоматика)

При LP в ЦСЖ обычно выявляется двух-трехзначный плеоцитоз, с нормальным содержанием белка и сахара. Протекает благоприятно, выздоровление наступает на 4-ой неделе. Выделение вируса из ЖКТ примерно 6 недель.

Исходы

Непаралитические, понтинные формы – прогноз благоприятный.



Паралитические формы: восстановление (частичное) у 20% детей.

Бульбарные, бульбо-спинальные, спинальные формы с нарушением дыхания - часто летальный исход на 3-6 день паралитического периода.



Анализ клинической картины вспышки ПМ в Таджикистане, 2010 г

- Осмотрено 45 (119) детей с подозрением на ПМ
- 42 с синдромом ОВП
- 39 клинической картиной ПМ

Распределение по возрасту

Возраст	%	
До 1 года	21	93,5
1 – 5 лет	63	
6 – 14 лет	9,5	
> 15 лет	6,5	

На 15 мая 2010 г (108 доказанных случаев)

СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПЕРИОДА:

- лихорадка: 97 %
- катаральный синдром: 21%
- рвота/жидкий стул: 21%
- боли в мышцах: 7,5%



локализация параличей:

- нижний парапарез 43%
- нижний монопарез 24,3%
- нижний парапарез и верхний монопарез 10,8%
- верхний монопарез 7,7%
- парез конечности
- + лицевой мускулатуры 5,4%



- Частота вакциноассоциированного паралитического ПМ - 1 случай на 2,5 млн доз
- Два варианта ВАПП – ВАПП у реципиента вакцины
– ВАПП у контактного с реципиентом вакцины (чаще 2 тип ПМ)



Реверсия нейротропных свойств отдельных клонов вакцинных штаммов вируса происходит в кишечнике иммунизированного ребенка или в организме неиммунных лиц, контактных с реципиентом вакцины.

Вакцина полиомиелитная
пероральная типов 1,2,3

из штаммов Себина

на КПЗМ

10 флаконов – 100 доз

1 флакон – 10 доз

1 доза – 0,2 мл – 4 капли

ОПОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЛИОМИЕЛИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВАКЦИННЫМ ВИРУСОМ А80.0

- **Начало заболевания не раньше 4–6-го дня и не позже 30-го дня после приема вакцины. Для контактных с вакцинированными максимальный срок удлиняется до 60-го дня.**
- **Развитие вялых парезов или параличей без нарушений чувствительности, со стойкими (после 2-х месяцев) остаточными явлениями.**
- **Отсутствие длительного (больше 3–4 дней) прогрессирования парезов.**
- **Выделение вируса полиомиелита, родственного вакцинному штамму, и не менее чем 4-кратное нарастание к нему специфических антител в крови.**

Локализация вялых парезов/параличей у больных ВАПП (2000-2008 гг)

Формы	Бульбо- спина- льная форма	Распро- стран- енная спиналь- ная форма, тетра- парез	Нижний парап- арез	Нижний моно- парез	Верхний моно- парез	Всего
Реципиен- ты ОПВ	5	16	18	20	1	60
Нереципи- -енты ОПВ	—	2	12	8	2	24
Всего	5	18	30	28	3	84

ОВП – острый вялый парез (паралич)

Остро возникшее состояние, при котором выявляется вялость/слабость любой части тела у ребенка в возрасте <15 лет или паралич у человека любого возраста, если у него может быть заподозрен полиомиелит.

**Почему нужен и важен контроль за острыми
вялыми параличами (ОВП) ?**

В период проведения кампании по ликвидации полиомиелита (ПМ) выявление всех заболеваний, протекающих с симптомами остро развившихся вялых параличей, среди которых могут быть лица с не диагностированным ПМ, приобрело особенно важное значение.

Наиболее частые заболевания, протекающие с ОВП:

I. полирадикулонейропатии (GBS) - 47,9 %

II. нейропатии травматического генеза – 30,4 %

III. костно-мышечные дисплазии – 11,6 %

IV. миелиты – 4,7 %

V. полиомиелит – 3,1 %

VI. опухоли – 1,2 %

VII. прочие заболевания (гематомиелия, спинальный эпидуральный абсцесс, миелино- и миелопатии и другие)–
1,10 %

Структура заболеваний, сопровождающихся ОВП в РО



Этиология заболеваний, сопровождающихся ОВП (2009 г. и 6 мес. 2010 г.)

- Герпесвирусная – 73%
- ГВИ+энтеровир. – 9%
- Травматическая – 9%
- Неуточненная – 9%

Заболееваемость острыми вялыми параличами в Ростовской области (1999-2010 гг.)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (6 мес.)	Всего
Количество случаев ОВП по предварительному диагнозу	15	17	10	13	9	9	4	6	11	6	8	5	113
Количество случаев ОВП по окончательному диагнозу	13	13	5	10	5	8	3	6	8	6	6	5	86

Диагноз снят у 23,9% больных

Замечания комиссии экспертов по диагностике полиомиелита и ОВП в Ростовской области

по результатам анализа документации

1. При анализе материалов отсутствуют амбулаторные карты развития
2. В историях болезни отсутствуют данные о вакцинации против полиомиелита
3. Отсутствуют данные по динамике патологической неврологической симптоматики
4. Не проводятся измерения окружностей конечностей в динамике
5. Не проводится ЭНМГ исследование

6. Не все больные обследуются на герпесвирусы

**7. Замечания по формулировке клинического
диагноза**

**8. Адекватную противовирусную терапию
получают не все больные.**

Полирадикулонейропатии (синдром Гийена-Барре, Ландри, Штроля, Миллера-Фишера острый полирадикулоневрит, миелополинейропатия)

Этиология: *Campylobacter jejuni* (30%), цитомегаловирус (15%), вирус Эпштейна-Барр (10%), *Mycoplasma pneumoniae* (5%).

Частота 1,1 на 100 000 населения. Заболеванию часто предшествуют ОРВИ и ОКИ. Развивается у детей с отягощенным преморбидным фоном.

- возникает без подъема температуры на фоне общего удовлетворительного состояния,
- постепенное (в течение 1-2 недель) развитие неврологических симптомов.
- парезы/параличи начинаются с дистальных отделов конечностей
- являются симметричными
- наблюдаются чувствительные расстройства по типу «чулок» и «перчаток».
- в ЦСЖ часто отмечается повышение цифр белка при нормальном цитозе.
- к концу 3-ей недели болезни у 85% больных отмечаются признаки сегментарной демиелинизации и/или аксональной дегенерации при ЭНМГ-исследовании.

II. Нейропатии травматического генеза

Чаще всего наблюдаются постинъекционные мононевропатии. При сборе анамнеза удастся выявить связь с предшествующей развитию нейропатии внутримышечной инъекцией.

Реже определяются другие причины: падения и травма позвоночника, сдавление конечности тугой повязкой, ущемление конечности в кровати или манеже.

Нервно-мышечные заболевания

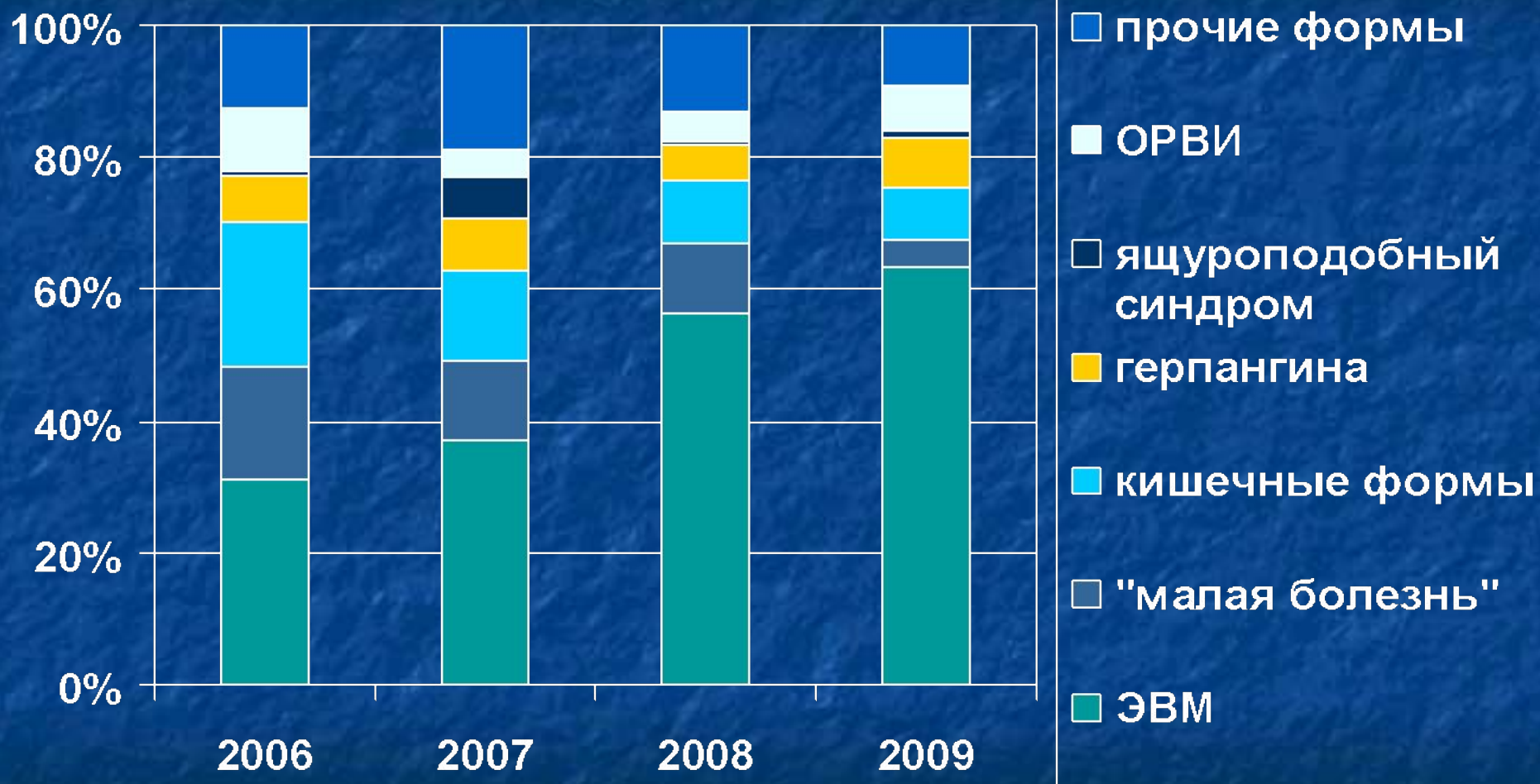
Синдром «вялого ребенка» может наблюдаться при ряде заболеваний: врожденной мышечной дистрофии, спинальных прогрессирующих мышечных атрофиях (Верднига-Гоффмана, Фацио-Лонде, Кугельберга-Веландер и др.), рахите, атонической форме детского церебрального паралича, доброкачественной форме врожденной гипотонии, некоторых других заболеваниях.

**Программа
«Эпидемиологический надзор и
профилактика энтеровирусной
(неполио) инфекции на 2009-2011
гг.»»**

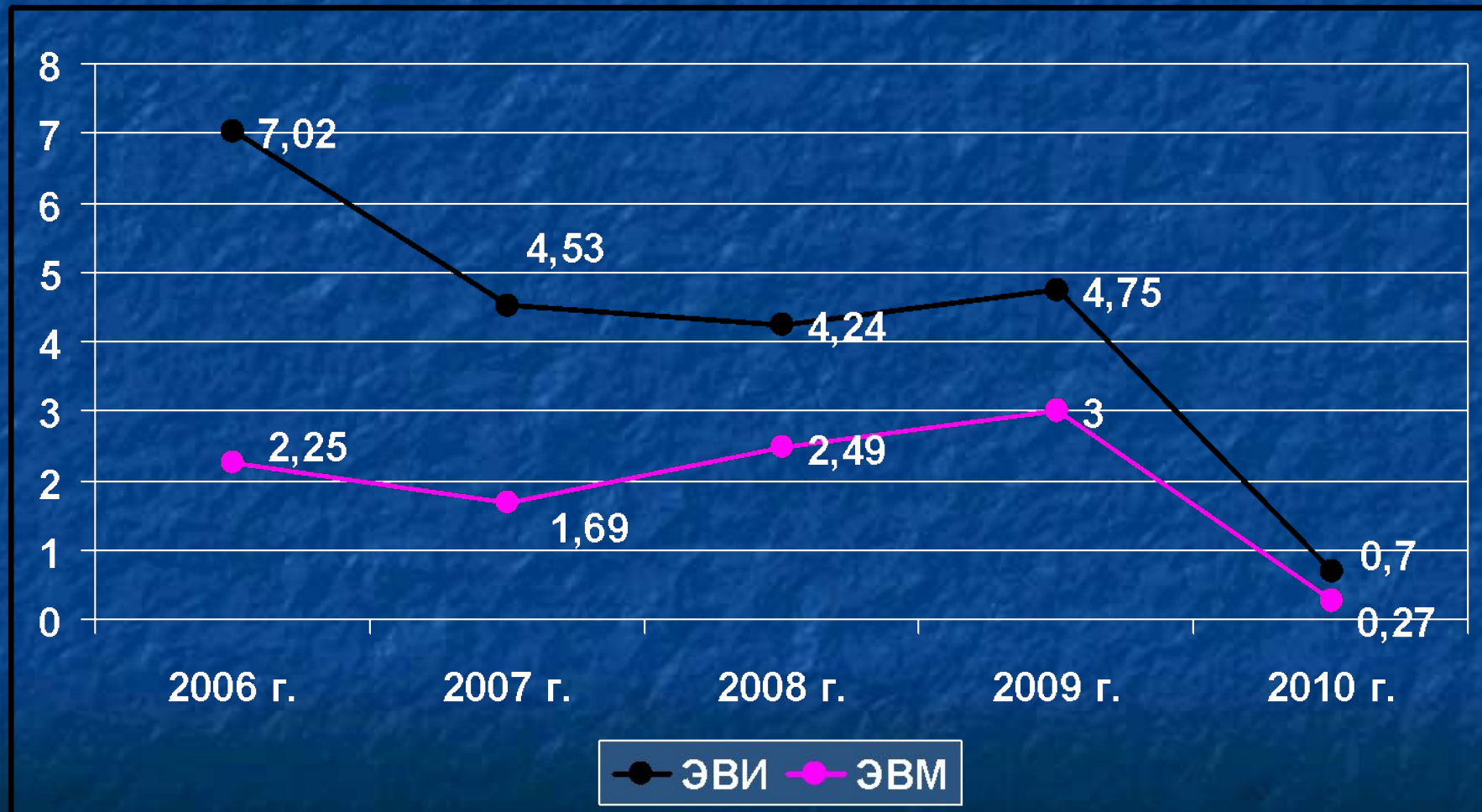
Утверждена 31 декабря 2008 г.

***Для реализации программы ликвидации
полиомиелита***

Структура ЭВИ, 2006-2009 гг.



Заболеваемость ЭВИ в Российской Федерации, 2006 - 7 мес. 2010 г. (показатель на 100 тыс.)



Задачи

- Провести анализ заболеваемости ЭВИ и по его результатам вынести на рассмотрение органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации вопросы о необходимых мерах по профилактике ЭВИ.
- Улучшить качество диагностики энтеровирусных инфекций, в т.ч. полиневропатий. Разработать и приступить к реализации региональных программ (планов) по эпидемиологическому надзору за ЭВИ.
- Организовать проведение систематическое обучение специалистов лечебно-профилактических учреждений и учреждений Роспотребнадзора (эпидемиологов, вирусологов) по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и лечения ЭВИ.
- Обеспечить взаимодействие с научными базами в соответствии с требованиями нормативных методических документов. .

Цепь событий

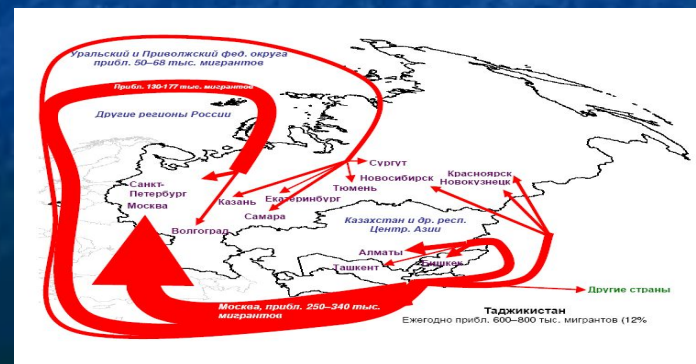
- Клиницист – диагноз (или подозрение)
- Эпидемиолог – расследование
- Вирусолог – лабораторное подтверждение



Диагностика ПМ

Эпидемиологическая

- Выявление среди контактных лиц, прибывших с территорий, неблагоприятных по полиомиелиту или другим ЭВ заболеваниям
- Оценка прививочного анамнеза
- Выявление среди контактных лиц, получивших ОПВ



Диагностика ПМ

Клиническая

- Выделение ведущего клинического синдрома
- Определение перечня заболеваний, сопровождающихся этим синдромом
- Проведение дифференциального диагноза



ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ВЯЛОГО ПАРАЛИЧА

Инфекционные заболевания

- Острый паралитический полиомиелит
- Острая инфекционная миелопатия, миелит
- Инфекционная полиневропатия, энцефаломиелополирадикулоневропатия
- Демиелинизирующие рассеянные энцефаломиелиты

Неинфекционные заболевания

- Заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондропатии, дисплазии тазобедренных суставов, коксартроз, коксит, спинальная, плоскостопие, артрит, остеомиелит)
- Ишемическая миелопатия, сосудистые мальформации
- Мышечные заболевания – амиотрофия, миастения, миопатия, полимиозит
- Декомпенсация резидуальной натальной краниоспинальной травмы
- Идиопатическая гипокалиемия, гипокальциемия, спазмофилия
- Острые витамин-зависимые вялые парезы (В1, В6, В12)
- Опухоль спинного мозга
- Тиреотоксический периодический паралич, острая постагматическая амиотрофия

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ведущий синдром – острый вялый паралич

препаралитический период
внезапное начало без прогредиентности
отсутствие нарушений чувствительности

да

нет

полиомиелит

Инфекционно-аллергическая полиневропатия

Дифтерийная полиневропатия

Острый миелит

Костно-суставная патология

Травматические повреждения периферических нервов

Опухоль спинного мозга

Нейролейкоз

в анамнезе «пленчатая» ангина за 2-3 недели до настоящего заболевания

да

нет

Дифтерийная полиневропатия

Инфекционно-аллергическая полиневропатия

Острый миелит

Костно-суставная патология

Травматические повреждения периферических нервов

Опухоль спинного мозга

Нейролейкоз

сочетание спастических и вялых параличей

да

нет

Острый миелит

Инфекционно-аллергическая полиневропатия

Костно-суставная патология

Травматические повреждения периферических нервов

Опухоль спинного мозга

Нейролейкоз

травматическое поражение в анамнезе

да

нет

Травматические поражения периферических нервов

Инфекционно-аллергическая полиневропатия
 Костно-суставная патология
 Опухоль спинного мозга
 Нейролейкоз

болевым синдром, шадящая походка

да

нет

Костно-суставная патология

Инфекционно-аллергическая полиневропатия
 Опухоль спинного мозга
 Нейролейкоз

гепатоспленомегалия, гематологические нарушения

да

нет

Нейролейкоз

Инфекционно-аллергическая полиневропатия
 Опухоль спинного мозга

объемный процесс по результатам КТ, ЯМР и др. исследований

да

нет

Опухоль спинного мозга

Инфекционно-аллергическая полиневропатия

Лабораторная диагностика ПМ

1. Общий анализ крови (1 раз в 10 дней)
2. Общий анализ мочи
3. Кал на полиовирус и энтеровирусы двукратно с интервалом в 24-48 часов
4. Кровь на антитела к полиовирусу при подозрении на полиомиелит (при поступлении и через 3 недели)
5. Кровь на ПЦР для идентификации ДНК полиовирусов
6. Кровь на герпесвирусы (ИФА, GWH)
7. Исследование ликвора
8. Электромиография двукратно (при поступлении и через 60 дней)
9. Методы визуализации (РКТ, МРТ)

ЭТАПНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ОВП С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ X ПЕРЕСМОТРА

1 ЭТАП (диагноз при направлении, чаще амбулаторный)

- *Острый вялый паралич (парез)*

2 ЭТАП (рабочий диагноз в первые 48 часов от момента наблюдения):

- *Острый вялый паралич (парез)*

- *Острый миелит (очаговый, поперечный)*

- *Полиневропатия (в том числе синдром Гийена-Барре)*

- *Острый паралитический полиомиелит?*

- *Лицевой паралич*



ЭТАПНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ОВП С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ X ПЕРЕСМОТРА

3 ЭТАП (окончательный диагноз):

- Острый паралитический полиомиелит (ОПП), вызванный диким природным полиовирусом (B80.0)
- ОПП, вызванный диким завезенным вирусом (A80.1)
- др



ЛЕЧЕНИЕ ИЗПНС

ЭТАПЫ

- **Острый период — до 1 недели**
- **Ранний восстановительный — после 1 недели, длительность 3-4 недели**
- **Поздний восстановительный — 2-5 лет**
- **Период остаточных явлений**

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

1. Этапное и непрерывное
2. Уход – лечение «положением»
3. Мониторинг витальных функций
4. Лечение острого периода:

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ:

Противовирусные препараты

- Плеконарил***
- Изопринозин
- Аномальные нуклеозиды (ацикловир, валтрекс, фамвир, ганцикловир)
- В/в иммуноглобулины
- Препараты интерферона (виферон, кипферон, генферон, реаферон-ЕС-липид)
- Индукторы интерферона (амиксин, циклоферон, анаферон)

2. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка, противоботулиническая сыворотка

3. Антибиотики — цефалоспорины 3-4 поколения, аминопенициллины, др

4. Программный плазмаферез



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

- Глюкокортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон) — коротким курсом до 5-10 дней в дозе до 10 мг/кг (пульс-терапия)
- Дегидратация – фуросемид, диакарб,) –
- НПВС – индометацин, пироксикам, напроксен) – 3-5 недель
- витаминотерапия – В1, В6, В12, С, Е, А, мильгамма
- ноотропы (глиатилин)
- вазоактивные нейромедиаторы –актовегин, кавинтон
- антиоксиданты – мексидол, унитиол
- плазмаферез, гемосорбция

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

5. Лечение в раннем восстановительном периоде с 10 дня появления параличей

- антихолинэстеразные средства (прозерин, убретид, оксазил)
- массаж, ЛФК
- физиотерапия на пораженные сегменты последовательно:
 - УВЧ, ЭВТ №5
 - электрофорез №10-15
 - озокеритовые аппликации №10
 - электростимуляция импульсным током №7-10
 - иглорефлексотерапия

6. Лечение в позднем восстановительном периоде (2 мес - 2 года)

- санаторно-курортное лечение
- ГБО
- повторные курсы лечения

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

стационар →

санаторий →

поликлиника

1. Стационарный этап

2. Санаторный этап (1,5-3 мес)

3. Поликлинический этап (3-5 лет)

- Этиотропная терапия
- Иммуотропная терапия
- НПВС
- Вазоактивные нейрометаболиты
- Антиоксиданты, витамины группы В, С
- Антихолинэстеразные препараты
- Плазмаферез
- ГБО

- Вазоактивные нейрометаболиты
- Ноотропы
- Антиоксиданты
- ЛФК, массаж
- ФТЛ, ГБО

- Охранительный режим
- Вазоактивные нейрометаболиты
- Ноотропы
- ФТЛ
- Массаж
- Ортопедическое, при необходимости хирургическое, лечение

Диспансерное наблюдение.

1. Осмотр больного педиатром, неврологом, эпидемиологом, через 60 дней от момента начала ОВП для выявления остаточных явлений
2. Электромиография
3. Оформление учетной формы №1 и №2



Единственный путь предотвращения полиомиелита – вакцинация



Постановление Главного санитарного врача РФ

**«О проведении дополнительной
иммунизации населения против
полиомиелита в субъектах Северо-
Кавказского и Южного
федеральных округов в 2010 году»
№126 от 01.10.2010**

Цель кампании

- **Обеспечение высокого уровня популяционного иммунитета против полиомиелита.**
- **Предотвращение дальнейшего распространения «дикого» штамма полиовируса на территории РФ.**

Контингенты прививаемых

Все дети целевой группы независимо от ранее проводимых прививок против полиомиелита, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита или других инфекций

Дети целевой группы – от 1 года до 6 лет (5 лет 11 мес.29 дней)

Используемые вакцины

- ОПВ – основная вакцина
- ИПВ – в отдельных случаях.



Показания для применения ИПВ

- ✓ При наличии противопоказаний против вакцинации ОПВ
- ✓ В закрытых детских учреждениях (детские дома, дома ребенка и т.д.)
- ✓ Для иммунизации детей, не привитых или имеющих одну прививку против полиомиелита, вне зависимости от возраста
- ✓ Для иммунизации детей, относящихся к целевым группам, из семей, где есть не привитые дети – по возрасту (новорожденные) или имеющие противопоказания к прививкам против полиомиелита

Критерии качества и эффективности дополнительной иммунизации против полиомиелита

Охват прививками 95% от общего количества детей, подлежащих дополнительной иммунизации против полиомиелита.

Возможные варианты

- При совпадении сроков проведения дополнительной иммунизации с плановыми прививками (определенными календарем профилактических прививок), иммунизация против полиомиелита засчитывается и как плановая, и как туровая

Возможные варианты

- При совпадении сроков проведения дополнительной иммунизации против полиомиелита с третьей вакцинацией против полиомиелита у детей в возрасте 6-ти месяцев и старше при наличии двух первых аппликаций вакциной ИПВ, третью аппликацию проводят ОПВ

Сочетание с другими вакцинами

- При проведении дополнительной иммунизации против полиомиелита допустимо одновременное введение других, необходимых ребенку по возрасту, вакцин Национального календаря прививок (в т.ч. и по эпидпоказаниям), за исключением вакцин БЦЖ и БЦЖ-М
- Постановка реакции Манту возможна в сроки, позволяющие учесть ее результаты до проведения прививочной кампании или сразу после ее проведения

Межпрививочный интервал

- До и после вакцинации против полиомиелита можно использовать инъекции и инфузии гамма-глобулина, плазмы, крови и других ее препаратов

Противопоказания

к проведению дополнительной иммунизации против полиомиелита

- **ИДС**
- **Злокачественные заболевания крови**
- **Новообразования**
- **Проведение лучевой терапии**
- **Использование иммунодепрессантов**
- **Неврологические расстройства на предыдущее введение ОПВ**
- **Хронические заболевания в стадии обострения с выраженной активностью процесса**
- **Первые 2-4 недели после выздоровления от тяжелого заболевания**

Легкие заболевания (ОРИ, диареи с повышением температуры тела до субфебрильных цифр) – не являются противопоказанием для вакцинации

Меры предупреждения ВАПП

- В детских организованных коллективах прививки против полиомиелита проводятся всем детям одновременно
- Разобщению подлежат не привитые против полиомиелита дети от недавно получивших ОПВ на срок не менее на 60 дней от момента прививки

Меры предупреждения ВАПП

- При госпитализации детей в стационар необходимо указывать дату последней вакцинации против полиомиелита и вид вакцины
- При распределении детей в стационаре не допускается размещение в одной палате детей, не привитых против полиомиелита, и привитых вакциной ОПВ в течение 60 дней от момента вакцинации

Меры предупреждения ВАПП

- В ЛПУ необходимо усилить дезинфекционный режим, повысить требования к соблюдению противоэпидемических и профилактических мер медработниками

БЛАГОДАРЮ

ЗА

ВНИМАНИЕ!

ANNE GEDDES®

RUS-CHAT.de