

**Клинические формы
поствакцинальных
осложнений.**

Клиническая форма.

1)Повышение температуры.

Комментарий.

- Повышение температуры позже 2 дня после введения инактивированных или до 5 и после 15 дня – живых вакцин, как правило, не связано с прививкой.
- К сильным относят температуру $\geq 40,0$ С.

Клиническая форма.

2) Местная реакция.

Комментарий.

- Часто в виде покраснения, образования припухлости или отека непосредственно после введения вакцины (Сохраняются 1-3 дня).
- Сильная реакция – припухлость размером 8 см и более – редко.
- В месте введения адсорбированных вакцин (чаще АКДС) возможно образование в подкожной клетчатке, фасции или мышце – плотного узелка с достаточно четкими границами. Его размер 2-5 см и более, рассасывание идет медленно, иногда образуется асептический абсцесс. При его сохранении более 5-7 дней вероятно развитие гранулемы, как реакции на инородный материал.

Клиническая форма.

Комментарий.

3)Пронзительный плач.

- Постоянный, не эпизодический или прерываемый сном, плач в течение ≥ 3 часов.

4)Коллаптоидная (гипотоническо-гипореспонсивная) реакция.

- Внезапное снижение мышечного тонуса, снижение или исчезновение ответных реакций ребенка и бледность (или цианоз).
- При наличии 2 из 3 компонентов диагноз считается вероятным.
- Реакция возникает на введение АДС, АС, ВПГ, Хиб-вакцины, но чаще всего на введение коклюшных вакцин: цельноклеточной, реже бесклеточной.
- Чаще всего реакция возникает после 1-й дозы вакцины, обычно через 3-4 часа.

5) Судороги.

- Внезапная потеря сознания.
- Генерализованные (двухсторонние с более чем минимальным вовлечением мышц) моторные манифестации следующих типов:
 - тонические: стойкое повышение тонуса (сокращения мышц) в течение от нескольких секунд до минут;
 - клонические: внезапные короткие (<100 мсек) произвольные сокращения тех же мышечных групп с регулярной периодичностью и частотой около 2-3 в 1 минуту;
 - тонико-клонические: последовательность тонических и вслед за ними возникающих клонических фаз;
 - атопические: внезапная потеря тонуса постуральных мышц, часто после миоклонического подергивания, нередко вызванное гипервентиляцией (в отсутствии коллаптоидной реакции, миоклонии или синкопа).
- Иные генерализованные моторные манифестации.
 - фебрильные судороги: у ребенка 3 месяцев – 6 лет на фоне лихорадки (обычно $\geq 38^\circ\text{C}$). Простые длятся < 15 минут, повторяются не более 1 раза за 24 часа. Сложные длятся ≥ 15 минут, сопровождаются очаговостью и повторяются за 24 часа. Наиболее вероятен риск развития судорог после АКДС и вирусных вакцин.
 - афебрильные судороги: в виде абсансов, остановки взора, чаще у детей с недиагностированной эпилепсией.

Клиническая форма.

Комментарий.

6) Энцефалитическая реакция.

- Судороги, нарушение сознания и/или поведения в течение более 6 часов, не оставляющие после себя стойкого неврологического дефицита.
- Чаще всего возникает после введения вакцин с коклюшным компонентом.

7) Энцефалит.

- Расстройства ЦНС, оставляющие после себя стойкие изменения.
- Поствакцинальный энцефалит наблюдается в единичных случаях у лиц с ИДС при введении живых (коровой) вакцин.

8) Атаксия.

- После введения тривакцины MMR в течение нескольких дней могут наблюдаться нарушение походки и/или нистагм, проходящие бесследно.

Клиническая форма.

Комментарий.

9) Серозный менингит.

- Крайне редкое осложнение паротитной вакцинации при применении вакцин из штамма Л-3, а также Jeryl Lynn и RIT 4385.

10) Вакциноассоциированный полиомиелит.

- Встречается как у привитых ОПВ (до 36 дня), так и у лиц, контактировавших с привитыми ОПВ (до 60 дней после контакта).
- Вялый парез развивается на 5 день болезни.
- У 2/3 детей в начале болезни отмечалась температура, у 1/3 – кишечный синдром.
- Вялые параличи при ВАП стойкие, сохраняются при осмотре через 2 месяца от начала болезни и сопровождаются характерной электромиограммой.
- Основная причина возникновения ВАП у реципиента – гуморальный ПИДС, снижение гамма-глобулиновой фракции белков крови ниже 10%, снижение уровня всех классов иммуноглобулинов или только IgA.
- Основная причина возникновения ВАП у контактных – реверсия вирулентности вакцинных вирусов.
- Переход в России на использование ИПВ ликвидировал ВАП у реципиентов (но не у контактных).

Клиническая форма.

Комментарий.

11)Тромбоцитопения.

- После ЖКВ или тривакцины наблюдается редко, ее связывают обычно с влиянием краснушного компонента.
- Обычно развивается на 17-20 день после вакцинации.
- Небольшое снижение тромбоцитов закономерно после введения коревой вакцины, особенно из штамма Эдмонтон.

Клиническая форма.

12) Анафилактический шок и другие аллергические реакции.

Комментарий.

- Основным компонентом, способным вызвать немедленную реакцию, являются аминокгликозиды (вакцины против кори, краснухи, паротита), белок куриного яйца (тривакцины, вакцины против гриппа, желтой лихорадки), желатин (вакцина против ветряной оспы и ЖКВ), пекарские дрожжи (ВГВ).
- Реакции на эти антигены имеют анафилактическую природу – гиперемия кожи, отек Квинке, крапивница, полиморфные сыпи, иногда снижение АД и шок.
- Анафилактический шок развивается через несколько минут после прививки, реже спустя 1-2 часа. Проявляется резкой бледностью, вялостью, адинамией, снижением АД, холодным потом, реже цианозом, потерей сознания, затруднением дыхания (отек гортани, бронхиальная обструкция)
- Поздние аллергические реакции (пятнисто-папулезные сыпи, крапивница, мультиморфная эритема, артралгии, артрит, сывороточная болезнь, васкулит) могут возникать от нескольких часов до 2-3 недель после вакцинации, их генез чаще иммунокомплексный.

Клиническая форма.

Комментарий.

13) Осложнения БЦЖ.

- Язва – дефект кожи и подкожной клетчатки в месте введения вакцины размером 10-30 мм, края подрывы (чаще при ревакцинации).
- Инфильтрат – размером 15-30 мм, иногда с изъязвлением, в 1/3 случаев возникает при введении БЦЖ в поликлинике, что указывает на роль технической погрешности.
- Холодный абсцесс (скрофулодерма) – безболезненное образование с флуктуацией без изменения кожи, нередко с увеличением подмышечных лимфоузлов, редко со свищем.
- Лимфаденит – безболезненное увеличение лимфоузлов ≥ 10 мм. Консистенция узла вначале мягкая, позже плотная, кожа над ним не изменена или розоватого цвета. При прорыве казеозных масс образуется свищ (только у детей до 1 года).
- Келоидный рубец – опухолевидное образование хрящевой плотности с хорошо видимыми капиллярами и гладкой, глянцевой поверхностью от бледно-розового до коричневого цвета в месте введения вакцины.

Клиническая форма.

Комментарий.

13) Осложнения БЦЖ.

- Остеиты – изолированные очаги в костной ткани, хотя связь остеита с БЦЖ доказывает выделение культуры. Критерием БЦЖ-остеита является ограниченность очага у ребенка в возрасте от 6 месяцев до 1-2 лет, не имеющего других туберкулезных поражений. Развиваются после первичной вакцинации как БЦЖ, так и БЦЖ-М.
- Генерализованный БЦЖит – самое тяжелое осложнение вакцинации БЦЖ, возникающее у новорожденных с дефектами клеточного иммунитета.