

Україна

Департамент охорони здоров’я та медичних послуг

**КНП «Четверта Черкаська міська поліклініка» ЧМР**

18000, м. Черкаси, вул. Б.Вишневецького, 61

 тел./факс (8-0472) 37-34-56, 37-52-67 E-mail: MSChFotopribor@ukr.net, [**http://www.4mp.ck.ua/**](http://www.4mp.ck.ua/)

 «31» жовтня 2017р.

.

 Директору

 КНП «Черкаський міський

 ІАЦ медичної статистики

 та здоров’я» ЧМР

 Макарову М.В.

**На сайт ДОЗ та МП ЧМР**

|  |
| --- |
| **Полиомиелит. Причины. Симптомы. Диагностика. Лечение.**  |

|  |
| --- |
|  |

**Полиомиелит** (детский паралич, болезнь Гейне-Медина) - острое инфекционное заболевание, вызванное вирусом, обладающим тропностью к двигательным нейронам передних рогов спинного мозга и двигательным нейронам ствола мозга (ядра черепных нервов), деструкция которых приводит к параличу мышц и их атрофии.

***Эпидемиология***

До середины XX в. возникали эпидемии полиомиелита, ныне благодаря широкой иммунизации детей полиомиелитной вакциной встречаются только спорадические случаи. Число здоровых носителей и абортивных случаев, когда выздоровление наступило до развития параличей, значительно превосходит число больных в паралитической стадии. Именно здоровые носители и абортивные случаи - основные распространители заболевания, хотя можно заразиться и от больного в паралитической стадии. Основные пути передачи инфекции - личные контакты и фекальное загрязнение пищи. Этим объясняется сезонность с максимальной заболеваемостью поздним летом и ранней осенью. В возрасте 5 лет восприимчивость резко снижается. Инкубационный период 7-14 дней, но может длиться и 5 нед. В XXI в. наблюдается резкое снижение заболеваемости в тех странах, где проводятся профилактические инокуляции вакциной Солка, Сейбина и А.А.Смородинцева.

***Этиология и патогенез***

Выделено три штамма вируса: типы I, II и III. Вирус может быть выделен из слизистой оболочки носоглотки больных в острой стадии, здоровых вирусоносителей, выздоравливающих, а также из испражнений. У человека наиболее распространенный путь заражения - через пищеварительный тракт. Вирус достигает нервной системы по вегетативным волокнам и периневрально вдоль осевых цилиндров в периферических нервах и в центральной нервной системе. Считают, что возможно распространение его через кровь и лимфатическую систему. Местом внедрения вируса может быть глотка, особенно ложе миндалин после тонзиллэкгомии. Вирус устойчив к химическимагенгенам, но чувствителен к теплу и высушиванию. Его можно выращивать в культуре клеток почки обезьян. Применяются специфические серологические тесты, в том числе тест фиксации комплемента и нейтрализации антител.

***Патоморфология***

Спинной мозг переполнен кровью, отечен, мягок, в сером веществе - мелкие участки геморрагии. Гистологические изменения наиболее выражены в сером веществе спинного и продолговатого мозга. Незначительно поражаются базальные ядра и кора. В двигательных клетках передних рогов отмечаются разнообразные изменения - от легкого хроматолиза до полной деструкции с нейронофагией. Сущность воспалительных изменений состоит в образовании периваскулярных муфт, преимущественно из лимфоцитов, с меньшим количеством полиморфонуклеаров, и диффузной инфильтрации серого вещества этими клетками и клетками нейроглиального происхождения.

Восстановление характеризуется возвращением к норме тех ганглиозных клеток, которые были не очень грубо повреждены. Другие клетки исчезают полностью. В передних рогах обнаруживается малое количество клеток с вторичной дегенерацией передних корешков и периферических нервов. В пораженных мышцах находят различную степень нейрогенной атрофии с увеличением соединительной и жировой тканей.

***Клиническая картина***

Наблюдается 4 типа реакции на вирус полиомиелита:

* развитие иммунитета при отсутствии симптомов заболевания (субклиническая или неявная инфекция);
* симптомы в стадии виремии, носящие характер общей умеренной инфекции без вовлечения в процесс нервной системы (абортивные случаи);
* наличие у многих больных (до 75% в период эпидемии) лихорадки, головной боли, недомогания; могут быть менингеальные явления, плеоцитоз в ликворе. Параличи не развиваются;
* развитие параличей (в редких случаях).

При субклинической форме симптомы отсутствуют. При абортивной форме проявления неотличимы от любой общей инфекции. Серологические тесты положительны, можно выделить вирус. У остальных пациентов удается выделить две стадии клинической картины: препаралитическую и паралитическую.

*Препаралитическая стадия*. В течение этой стадии различают две фазы. В первой фазе наблюдаются лихорадка, недомогание, головная боль, сонливость или бессонница, потливость, гиперемия глотки, желудочно-кишечные нарушения (анорексия, рвота, диарея). Эта фаза «малой болезни» длится 1-2 дня. Иногда вслед за ней наступает временное улучшение со снижением температуры на 48 ч или болезнь переходит во вторую фазу - «большую болезнь», при которой головная боль более выражена и сопровождается болями в спине, конечностях, повышенной утомляемостью мышц. Симптомы напоминают другие формы вирусных менингитов. При отсутствии параличей больной выздоравливает. В цереброспинальной жидкости давление повышено, плеоцитоз (50-250 в 1 мкл). Вначале имеются и полиморфонуклеары, и лимфоциты, но по истечении 1-й недели - только лимфоциты. Умеренно повышается уровень белков и глобулинов. Содержание глюкозы в норме. В течение 2-й недели уровень белка в ликворе повышается. Препаралитическая стадия длится 1-2 нед.

*Паралитическая стадия*. *Спинальная форма.* Развитию паралича предшествуют выраженныефасцикуляции. Отмечаются боли в конечностях, повышенная чувствительность мышц к давлению. Параличи могут быть распространенными или локализованными. В тяжелых случаях невозможны движения, за исключением очень слабых (в шее, туловище, конечностях). В менее тяжелых случаях привлекают внимание асимметричность параличей: мышцы могут быть сильно поражены на одной стороне тела и сохранены на другой. Обычно параличи достигают максимума в течение первых 24 ч, реже болезнь прогрессирует. При «восходящей» варианте параличи от ног распространяются вверх и угрожают жизни из-за присоединения расстройства дыхания. Встречаются и нисходящие варианты развития параличей. Необходимо следить за функцией межреберных мышц и диафрагмы. Тест для выявления дыхательных парезов - громкий счет на одном дыхании. Если больной не способен досчитать до 12-15, имеется выраженная дыхательная недостаточность и следует измерить форсированный объем дыхания для выяснения необходимости вспомогательного дыхания.

Улучшение обычно начинается к концу 1-й недели с момента развития параличей. Как и при других поражениях периферических мотонейронов, отмечается утрата или снижение глубоких и кожных рефлексов. Нарушений чувствительности нет, редко расстраивается функция сфинктеров тазовых органов.

*Стволовая форма (полиоэнцефалит).* Наблюдаются параличи мимических мышц, языка, глотки, гортани и реже - глазодвигательных мышц. Возможны головокружение, нистагм. Велика опасность вовлечения в процесс жизненно важных центров (дыхательного, сердечно-сосудистого). Очень важно отличить дыхательные нарушения вследствие накопления слюны и слизи при параличе глоточных мышц от истинных параличей дыхательной мускулатуры.

***Диагноз и дифференциальный диагноз***

Спо­радические случаи надо дифференцировать от миелитов другой этиологии.

У взрослых полиомиелит следует дифференцировать с острым поперечным миелитом и синдромом Гийена-Барре-Штроля. Однако в первом случае вялые параличи ног сочетаются с патологическими стопными знаками, расстройствами чувствительности, утратой контроля над сфинктерами тазовых органов. При инфекционно-аллергическомполирадикуломиелоневритеГийена-Барре-Штроля парез асимметричен и преобладает в дистальных отделах конечностей, в цереброспинальной жидкости повышено содержание белка, однако плеоцитоз бывает редко. Бульбарную форму полиомиелита следует дифференцировать от других энцефалитов, что уточняется с помощью серологических тестов и выделения вирусов.

***Лечение***

При подозрении на полиомиелит необходимо немедленно создать больному полный покой, так как физическая активность в препаралитической стадии повышает риск развития тяжелых параличей. При наличии параличей лечебная тактика зависит от их распространенности на дыхательные и бульварные мышцы. При лечении больных без дыхательных нарушений показано внутримышечное введение рибонуклеазы, а также сыворотки реконвалесцентов. В острой стадии дают достаточное количество жидкости. Люмбальная пункция необходима для диагностических целей, а также может уменьшить головную боль и боли в спине. Анальгетики и седативные препараты (диазепам) используются для облегчения боли и уменьшения беспокойства.

Единственно допустимая форма активности - легкие пассивные движения. Антибиотики назначают только для профилактики пневмонии у больных с дыхательными расстройствами. Иммуноглобулины бесполезны, так как вирус после соединения с нервной тканью недостижим для антител.

Лечение после развития параличей подразделяется на этапы.

В острой стадии при болях и повышенной чувствительности мышц (3-4 нед.) важно не допустить растяжения пораженных мышц и контрактуры антагонистов, что может потребовать более длительного лечения. Больной должен лежать в мягкой постели, конечности должны находиться в таком положении, чтобы парализованные мышцы были расслаблены (а не растянуты). Для этого используют подушечки и мешочки с песком.

В стадии выздоровления при продолжающемся наращивании мышечной силы (6 мес. - 2 года) важны физические упражнения, которые больной выполняет с посторонней помощью, в ванне или в аппаратах с поддержкой лямками и ремнями.

В резидуальной стадии при наличии контрактур производят тенотомию или другое хирургическое вмешательство. Назначают прозерин, дибазол, витамины, метаболические средства, физиотерапию.

При угрозе дыхательной недостаточности иногда в течение недель и даже месяцев необходима ИВЛ, когда нормальная концентрация РСО2 и РО2 может быть поддержана только избыточными, истощающими усилиями больного.

При бульбарном параличе основная опасность попадание жидкости и секрета в гортань, засасывание их при вдохе. Трудности кормления больных усугубляются дисфагией. Важно правильное положение больного (на боку), причем каждые несколько часов его следует поворачивать на другой бок; ножной конец кровати поднимают на 15°. Эту позу можно менять для ухода или других целей, но ненадолго. Секрет удаляют отсосом. Через 24 ч голодания следует кормить больного через назогастральный зонд.

***Прогноз***

Смертность при эпидемиях достигала 5-25%. Причиной смерти обычно бывают дыхательные расстройства при бульбарных формах или восходящих параличах, когда в процесс вовлекаются межреберные мышцы и диафрагма. Смертность стала значительно ниже с введением ИВЛ. При прекращении прогрессирования параличей возможно выздоровление. Благоприятным признаком является наличие произвольных движений, глубоких рефлексов и сокращений мышц, вызываемых стимуляцией нерва в течение 3 нед. после развития параличей. Начавшееся улучшение может продолжаться в течение года, иногда и больше.

***Профилактика***

В связи с тем, что вирус полиомиелита содержится в слюне, моче и кале, требуется изоляция больного не менее чем на 6 нед. В фекалиях вирус через 3 нед. обнаруживается у 50% больных, а через 5-6 нед. - у 25%. Детей, имевших контакт с больным полиомиелитом, следует изолировать от других детей на 3 нед. с момента изоляции больного. Современная иммунизация - более успешная мера ограничения распространения эпидемий. Аттенуированная полиомиелитная вакцина (1-2 капли на кусочке сахара) создает иммунитет на 3 года и более.

Завідувач неврологічним відділенням

КНП «ЧЧМЦПМСД» Слива Ю.О.