

The background features a repeating pattern of stylized, overlapping leaves in various shades of yellow and light orange, creating a textured, organic feel. The leaves are rendered in a flat, graphic style with visible veins.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Это острая вирусная инфекция, характеризующаяся поражением слизистой оболочки кишечника и носоглотки и повреждением двигательных клеток передних рогов спинного мозга и других отделов ЦНС с развитием вялых атрофических параличей и парезов мышц.

ПОЛИОМИЕЛИТ

- **1980 год – 350 000** случаев паралитического полиомиелита в мире; число стран – **250**;
- После создания Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита – снижение заболеваемости на **99%**, число эндемичных стран уменьшилось до **3** (Афганистан, Пакистан, Нигерия)

2012 год – 223 случая полиомиелита
2013 год – 403 случая полиомиелита

Этиология

Вирус полиомиелита, рода энтеровирусов, РНК-содержащий.

Устойчив к эфиру и спирту. До 3-4 месяцев сохраняется в фекалиях, сточных водах, на овощах и в молоке. Чувствителен к высокой T (быстро погибает при кипячении), УФО и дезсредствам.

Эпидемиология.

Источник инфекции - больной или носитель. Вирус выделяется из носоглотки до 5 дней с начала заболевания, а из испражнений - от нескольких недель до 3-4 месяцев. Особое значение в распространении имеют вирусоносители. На 1 клинический случай приходится 100-200 бессимптомных форм.

Механизм передачи - фекально-оральный, возможен аэрозольный (в продромальном периоде)

Пути передачи:

- Пищевой (чаще молоко, овощи, фрукты, ягоды). При заражении через молоко возможны вспышки.
- Водный - редко
- Бытовой – грязные руки, предметы обихода
- Воздушно-капельный - заражение возможно в первые дни болезни.

Восприимчивость невысокая.

Иммунитет стойкий, длительный, типоспецифический.

Сезонность летне-осенняя

Встречается во всех возрастных группах, но чаще у детей дошкольного возраста (1-4 года).

Патогенез

Входные ворота - слизистая кишечника и носоглотки, где вирус размножается, накапливается в лимфоидных образованиях и обычно не выходит за их пределы - возникает **инаппарантная форма.**

У части больных возникает вирусемия, размножение вируса в лимфоузлах, селезенке, печени, легких - **абортивная (висцеральная) форма.**

У 1% вирус преодолевает ГЭ барьер, распространяется по мозговой ткани, повреждая крупные двигательные клетки в передних рогах СМ и ядрах продолговатого мозга и моста вплоть до их гибели. Это приводит к развитию вялых параличей мышц конечностей, туловища, шеи, межреберных мышц – **паралитическая форма**

Периоды болезни:

- **Инкубационный (2-35 дней, чаще 7-14)**
- **Предпаралитический (2-5 дней)**
- **Паралитический (4-7 дней)**
- **Восстановительный**
- **Остаточных явлений**

Классификация

Тип	Формы тяжести	Течение
<p>Типичная с поражением НС:</p> <ul style="list-style-type: none">■ непаралитическая (менингеальная)■ паралитическая 0,1-1% (спинальная, бульбарная, понтийная, смешанная) <p>Атипичная:</p> <ul style="list-style-type: none">■ абортивная (висцеральная)■ субклиническая■ инаппарантная (вирусоносительство)	<p>Легкая</p> <p>Средне-тяжелая</p> <p>Тяжелая</p>	<p>Не осложненное</p> <p>Осложненное</p>

Клиника

Непаралитические формы:

Диагностируются редко, только в эпидочагах.

- **Абортивная форма** (99% всех заболеваний) – острое начало, лихорадка, умеренная интоксикация, недомогание, слабость, головная боль. Катаральные явления в ВДП - небольшой кашель, насморк. Признаки гастроэнтерита или энтероколита (боли в животе, дисфункция кишечника). Лихорадка сохраняется 3-7 дней, но через 2-3 суток возможен повторный подъем Т. Обращает внимание выраженное потоотделение в области головы и шеи. Полное выздоровление.
- **Менингеальная форма** - серозный менингит на фоне катаральных явлений со стороны ВДП. Симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц, сильная головная боль, бессонница, тошнота, иногда рвота. Иногда сопровождается болями в конечностях, спине, гиперестезией кожи, болезненностью при пальпации нервных стволов, горизонтальным нистагмом. Больные адинамичны, неохотно садятся, опираясь при этом на руки (симптом треножника). В ликворе умеренное увеличение лимфоцитов с нормализацией на 3-й неделе заболевания. Может протекать тяжело, но исход благоприятный.
- **Энцефалитическая**
Чаще у детей раннего возраста. С очаговой неврологической симптоматикой, но без параличей.

Паралитические формы встречаются у непривитых детей, протекают в 4 стадии:

- **Препаралитическая** - острое повышение Т, катаральные явления со стороны ВДП (ринит, трахеит, бронхит) и дисфункция кишечника (жидкий стул, рвота, анорексия). Затем Т нормализуется, а ч/з 2-4 дня снова повышается до 39-40 (двухволновой хар-р), появляется головная боль, сонливость, потливость, спинальные с-мы (болезненность при любом сгибании конечностей, поворотах туловища, ребенок не может согнуться, чтобы достать колени лицом, не может сидеть без поддержки, а если его удастся посадить, то сидит с опорой на кисти позади спины - с-м "треножника"; характерен "с-м горшка" - ребенок сопротивляется и плачет от боли при высаживании на горшок).

Лицо бледное, амимичное, глаза безжизненные, щеки и губы с цианотичным оттенком. Боли в спине, по ходу нервов, подергивания в отдельных группах мышц, тонические и клонические судороги. Выражена потливость. Резко выражена гиперестезия: ребенок не дает укрыть себя одеялом, требует снять одежду. Адинамия (на просьбу выполнить какое-либо движение ребенок отказывается или делает это с трудом. Длится 3-5 дней.

Паралитическая стадия - симптомы интоксикации нарастают. Головная боль, повторная рвота, менингеальные симптомы, T. Через 5-7 дней от начала заболевания внезапно развиваются параличи, вялые, с низким тонусом мышц, гипорефлексией. Обычно обнаруживаются утром (утренние параличи). Пораженные конечности холодные, бледные, цианотичные. К этому моменту нормализуется T, исчезает интоксикация.

Чаще поражаются ноги, мышцы тазового пояса, тяжело протекают поражения межреберных мышц и диафрагмы. Развиваются мышечные контрактуры и деформации суставов.

Восстановительный период начинается с нормализации функций легко пораженных мышц, идет медленно. Глубоко пораженные мышцы не восстанавливаются. К концу 1-го месяца развиваются атрофии, которые в дальнейшем прогрессируют. Выражены вегетативные нарушения: похолодание конечностей, цианоз, нарушенное потоотделение. Восстановление идет активно в течение 1-го года, затем замедляется. Развившиеся параличи, как правило, полностью не исчезают.

Необходимо постоянное наблюдение невролога, ортопеда и врача ЛФК.

Осложнения:

- **Пневмонии**
- **Ателектазы**
- **Миокардит**

Лечение

- **Обязательная госпитализация и лечение до стойкой положительной динамики утраченных функций, не менее 3-4 недель..**
- **Строгий постельный режим, тепло на пораженную конечность.**
- **Ортопедический режим в зависимости от места паралича. При поражении нижних конечностей под коленные суставы подкладывают валики, стопы упирают под углом 90 градусов в ножной конец матраса. При поражении верхних конечностей их удерживают в слегка отведенном положении. Физиологическое положение конечностей с помощью гипсовых лонгет,**
- **Постель с жестким матрацем, щит, профилактика пролежней.**
- **В острой фазе дезинтоксикационная, дегидратационная терапия (диакарб, фуросемид), обезболивание (анальгин)**
- **При необходимости ИВЛ.**
- **При нарушениях глотания - кормление через зонд.**
- **В восстановительном периоде дибазол, глютаминовая кислота, витамины группы В, неробол, АТФ, никотиновая кислота, церебролизин, ЛФК, массаж, парафин, горячие укутывания.**
- **Санаторно-курортное лечение через 6 месяцев после острого периода.**
- **Оперативно-ортопедическая помощь.**

Профилактика

- **Изоляция пациента не менее 40 дней от начала заболевания.**
- **Карантин на 21 день, всем контактным до 15 лет, взрослым из очага и работающим в ДДУ экстренная однократная иммунизация живой вакциной. При наличии противопоказаний к ней и детям до 4 лет - иммуноглобулин в/м 3,0 мл. Наблюдение с термометрией.**
- **После госпитализации - заключительная дезинфекция с хлорсодержащими средствами. Посуда, предметы ухода, игрушки моются с применением моющих средств. Постельное и нательное белье кипятятся. Горшок обрабатывается концентрированным раствором хлорной извести.**
- **Плановая иммунизация живой вакциной из трех штаммов вируса. Поскольку возможны случаи вакциноассоциированного полиомиелита (1 случай на 1-2,5 млн. привитых), связанного с 1-й вакцинацией, во многих странах прививки проводят инактивированной вакциной. В нашей стране первые 3 прививки делают инактивированной вакциной, далее продолжают вакцинацию живой вакциной.**
- **Выполняется программа о ликвидации инфекции в мире. Екатеринбург и Свердловская область имели статус территории, свободной от полиомиелита, до завоза полиомиелита из Таджикистана.**