

Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра детских инфекционных болезней



**ОСТРЫЕ
ВЯЛЫЕ ПАРАЛИЧИ**

**Доктор медицинских наук,
Проф. Симованьян Э.Н.**

Ликвидация полиомиелита – самая приоритетная программа ВОЗ



ЗАДАЧИ МЕДИЦИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

- Поддержания статуса страны, свободной от полиомиелита
- Эпидемический надзор за заболеваниями, сопровождающимися синдромом острого вялого паралича (ОВП)
- Своевременная диагностика заболеваний, сопровождающихся развитием ОВП
- Специфическая профилактика полиомиелита

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- Программа ВОЗ по ликвидации полиомиелита в мире, поддержания статуса страны, свободной от полиомиелита – эпидемический надзор за заболеваниями, сопровождающимися синдромом ОВП
- С 1986 г. в России осуществляется реализация программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита

- 2002 год – Россия получила сертификат территории, свободной от полиомиелита, вызванного дикими полиовирусами
- 2010 г. – завоз полиомиелита на территорию РФ
- Разнообразие заболеваний нервной системы, сопровождающихся паралитическим синдромом
- 2013 г. – в РФ зарегистрировано 330 случаев заболеваний, сопровождающихся ОВП, и 6 случаев паралитического полиомиелита

- ▣ 2013 г. – Международное распространение болезни из эндемичных районов (Афганистан, Нигерия, Пакистан, 160 случаев) в свободные от полиомиелита районы.
- ▣ Принимает План завершающей стадии искоренения полиомиелита в 2013-2018

ЧТО МЕШАЕТ ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛИ?



- Существование постоянной эндемичной трансмиссии
- Военные и политические конфликты
- Организационные проблемы кампаний массовой иммунизации
- Неполностью вакцинированные группы населения («карманы», мобильные группы населения)
- Недостаточная эффективность ОПВ
- Недостаток финансирования
- Биологические свойства вируса

(House of child with polio, Dhaka Block, East Champaran, Bihar)



ОПВ



Но...

ВАПП (1/2,7 млн
реципиентов
1-й дозы ОПВ)

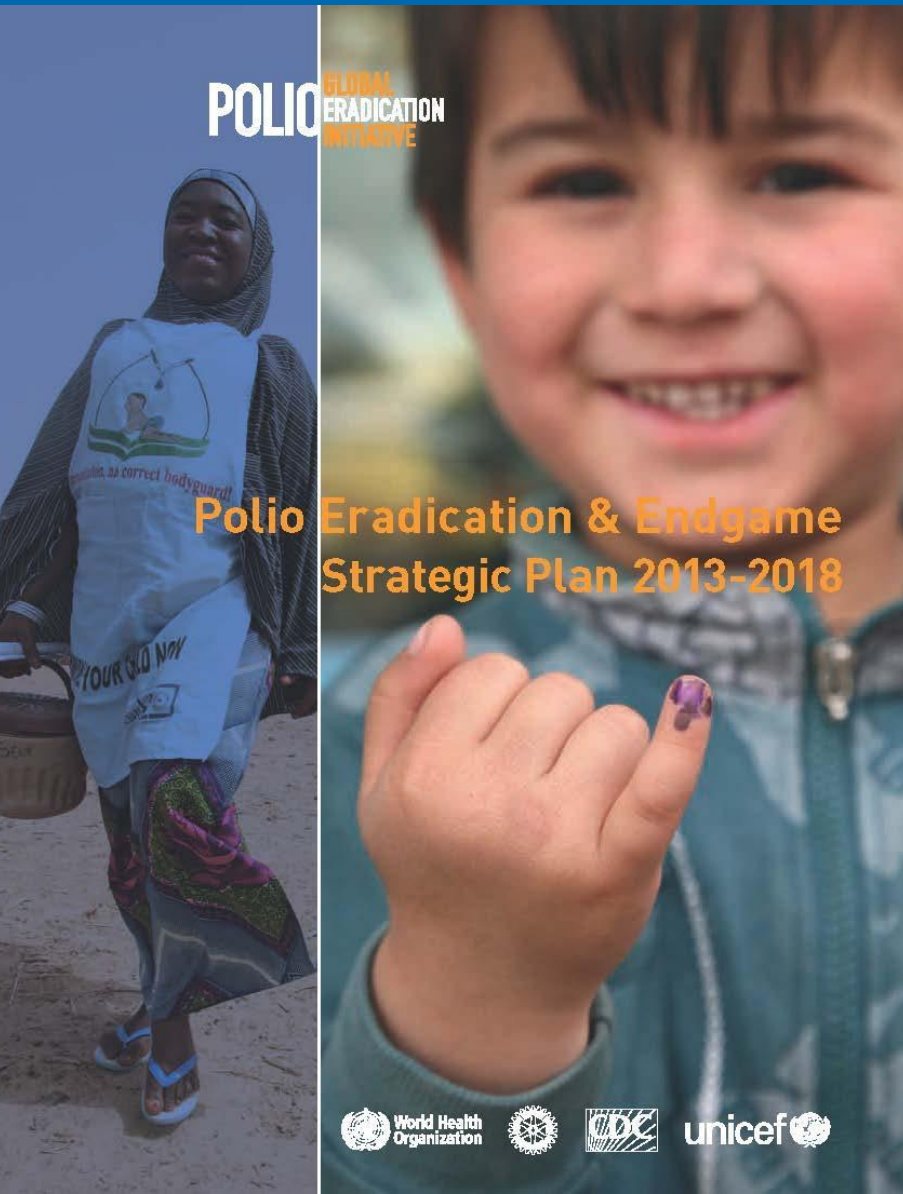
VDPV – *cVDPV*
iVDPV
aVDPV

«Вакцина выбора»

Вакцинородственные, значительно дивергировавшие от вакцинного предка (VDPV, Vaccine derived polioviruses) - ПВ-производные от вакцинных штаммов Sabin. Обладают повышенной нейровирулентностью и способностью к трансмиссии.

- ***cVDPV*** (циркулирующие) – штаммы, происхождение которых связывается с длительной циркуляцией в человеческой популяции с неадекватным уровнем иммунизации с помощью ОПВ
- ***iVDPV*** - штаммы, изолированные от пациентов с дефектами иммунитета;
- ***aVDPV*** (*ambiguous*) – штаммы, источник происхождения которых невозможно или трудно идентифицировать (штаммы, изолированные от здоровых иммунокомпетентных лиц, не связанные со вспышкой полиомиелита или выделенные из сточных вод).

ЗАВЕРШАЮЩАЯ СТАДИЯ: ЗАДАЧИ НОВОГО ПЛАНА



- Выявление и прекращение циркуляции полиовирусов (2014)
- Усиление программ иммунизации и прекращение использования ОПВ 2 (2016)
- Контейнмент и сертификация (2018)
- Планирование наследия

«До тех пор пока в мире остается хоть один инфицированный ребенок, риску заражения полиомиелитом подвергаются дети во всех странах. Неспособность ликвидировать полиомиелит в этих оставшихся устойчивых очагах может привести к тому, что через 10 лет в мире будет ежегодно происходить до 200 тыс. новых случаев заболевания»

*Информационный бюллетень ВОЗ №14, март
2014 г.*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, сопровождающихся синдромом ОВП

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.)

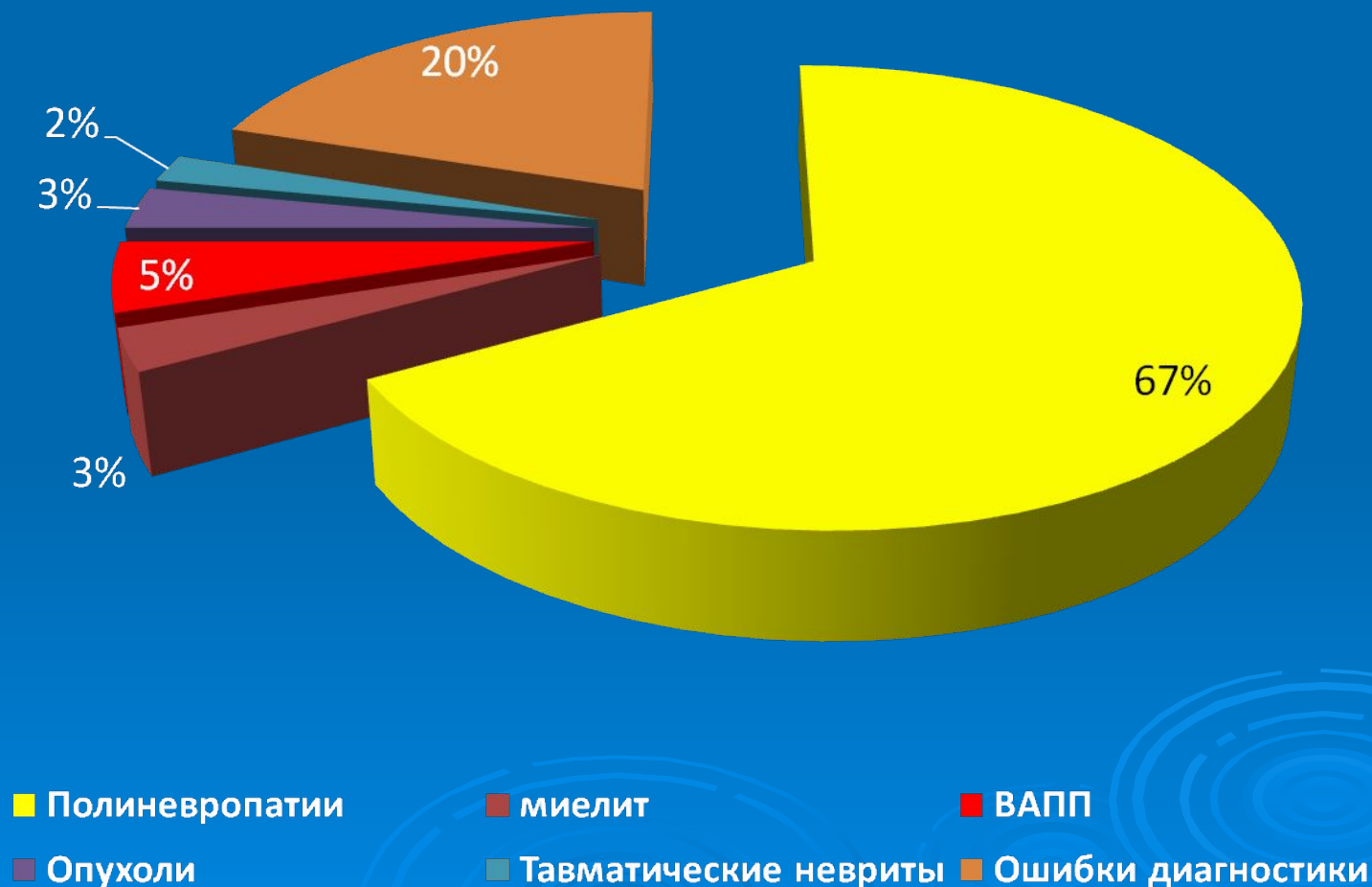
Клостридии

ЭТИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОВП

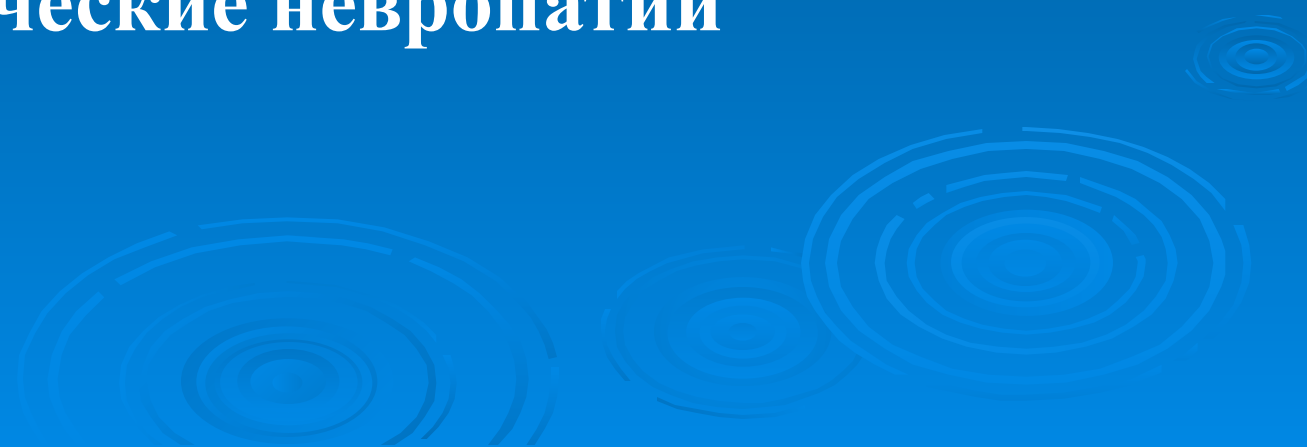
(г.Ростов-на-Дону и РО, 2013 г.)

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

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОВП В РО



Заболевания, сопровождающиеся ОВП и подлежащие регистрации

- **Паралитический полиомиелит**
 - **Инфекционно-аллергические
полиневропатии**
 - **Острый инфекционный миелит**
 - **Травматические невропатии**
- 

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- ▣ Инфекционные заболевания спинного мозга (20%).
- ▣ Острый инфекционный миелопатия (70%)
- ▣ Острый полиомиелит, ассоциированный с вакциной (7-10%)
- ▣ Энцефаломиелополирадикулонейропатия (15%)

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ

- мононейропатии
- полинейропатии
- привлечении в процесс головного и спинного мозга – энцефаломиеелонейропатии
- с преимущественным симметричным поражением дистальных отделов конечностей
- с преимущественным симметричным поражением проксимальных отделов конечностей

ПО ПРЕОБЛАДАЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

- двигательная или моторная нейропатия
- вегетативная нейропатия
- чувствительная или сенсорная нейропатия
- смешанная нейропатия

ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ

- острая (симптомы прогрессируют до максимальных проявлений на протяжении 1-2 недель)
- подострая (симптомы полностью развиваются в течение 3-5 недель)
- хроническая (симптомы остаются постоянными на протяжении 4 месяцев – 1 года с периодами обратного развития и ремиссией)
- Рецидивирующая

ПО ПРЕОБЛАДАЮЩЕМУ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

- миелинопатия
- Аксонопатия

Пример формулировки диагноза:

Острая полинейропатия энтеровирусной этиологии с преимущественно двигательными расстройствами в дистальных отделах рук и ног, миелинопатия

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

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНС

1. ВИРУСЫ

Полиовирусы

Энтеровирусы (ЕСНО, Коксаки)

Герпес-вирусы (ВПГ, ВЭБ, Varicella zoster)

Вирус гриппа

Паротитный вирус

2. БАКТЕРИИ

Дифтерийная палочка

Боррелии

УПФ (стафилококк, грам-отрицательные и др.)

Клостридии

ПАТОГЕНЕЗ

Ворота инфекции:
глотка, кишечник



Лимфогенная фаза
Шейные и
мезентериальные
лимфатические узлы



«Малая» вирусемия
Экстраневральная
фаза

ЦНС

Сердце

Печень,
п/ж железа

Дых.пути

Кожа,
слизистые

«Большая» вирусемия
Невральная фаза

ЦНС

Формирование
иммунитета

ОПОРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СПИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА

Препаралитический период (1-6 дней):

- фебрильная температура
- катаральный синдром
- дисфункция кишечника

Паралитический период (10-14 дней):

- вялый характер параличей: гипо/атрофия, гипо/арефлексия, атония
- внезапное появление параличей
- бурное нарастание двигательных расстройств в течение короткого времени (1-2 дня)
- поражение проксимальных мышечных групп
- асимметричный характер параличей или парезов
- отсутствие нарушений чувствительности и функции тазовых органов
- 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



КРИТЕРИИ

ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА А80.0

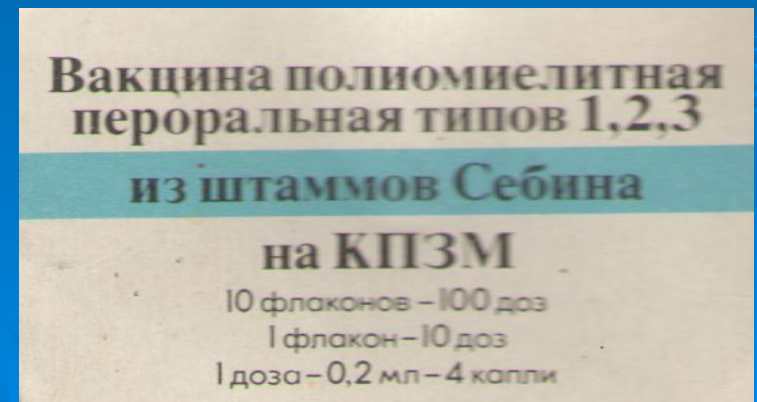
- Начало заболевания не раньше 4-го и не позже 30-го дня после вакцинации (для контактировавших с вакцинированными – на позже 60-го дня)
- Развитие вялых параличей и парезов без нарушения чувствительности со стойкими (после 2-х месяцев) остаточными явлениями
- Отсутствие прогрессивности заболевания



- 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.



ОСОБЕННОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТЫХ

- Внезапное развитие вялых параличей
- Снижение сухожильных рефлексов
- Локальная гипотония мышц конечностей
- Отсутствие пирамидной недостаточности
- Восстановление функции конечностей на 30-45 день

ОСТРАЯ НЕВРОПАТИЯ G61, G63.1

(ПАРАПОЛИОМИЕЛИТИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

1. Частота *30% всех инфекционных заболеваний ПНС*
2. Возраст *старше 3 лет*
3. Возбудитель *герпесвирусы (до 80%), энтеровирусы*
4. Отягощенный преморбидный фон
5. Отягощенный близлежащий анамнез (ОРВИ)
6. Двигательные нарушения на фоне полного здоровья:
 - монопарез*
 - парапарез*
7. Симптомы:
 - хромота*
 - прогибание ног в коленях*
 - ротация стопы кнаружи*
 - снижение мышечного тонуса и тургора тканей*
 - поражение проксимальных отделов*
 - дистальных отделов*
 - корешковый синдром*
 - диссоциация сухожильных рефлексов*

ОСТРАЯ НЕВРОПАТИЯ

(ПАРАПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

8. Течение заболевания:

- *острое* у 88%

- *рецидивирующее* у 22%

9. Восстановление двигательных функций

- *полное* у 90%

- *остаточные явления в течение месяца – легкая атрофия (до 0,5-1 см) у 10%*

10. ЭНМГ – *частичная дегенерация нервных волокон*

ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯ (типа Гийена-Барре) G61.0

1. Этиология

Герпесвирусы (ВПГ, ЦМВ, ВЭБ)

Энтеровирусы

Вирус гриппа

Нейроборрелиоз

Неуточненной этиологии

2. Патогенез – иммунопатологические нарушения

Клетка-мишень – субпериневральное пространство в передних корешках и проксимальных отделах спинномозговых нервов, сплетениях, нервах конечностей, вегетативных ганглиях.

3. Патологическая анатомия:

отек

воспаление – клеточная лимфоцитарная инфильтрация

нарушение микроциркуляции и гемодинамики

диффузная сегментарная демиелинизация ПНС

ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (типа Гийена-Барре) (продолжение)

4. Клинические симптомы

- Симметричная слабость во всех конечностях, чаще в ногах
- Парестезии в кистях и стопах в виде «носков» и «перчаток»
- Снижение или отсутствие рефлексов, начиная с первой недели заболевания
- Прогрессирование симптомов от нескольких дней до одного месяца
- Вегетативная симптоматика – потливость, мраморность, лабильность пульса, запоры, задержка мочи
- Повышение уровня белка в ликворе (более 3,3 г/л) в течение 3-х недель от начала заболевания

5. Периоды заболевания:

1. Нарастание симптоматики (1-4 недели)
2. Стабилизация симптоматики (5-14 дней)
3. Восстановление (от 3 месяцев до 2 лет)

ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (типа Гийена-Барре)

(продолжение)

6. Течение:

- подострое у 80%
- острое у 20%

7. Остаточные явления:

- «висячая» стопа (малоберцовый нерв)
- «висячая» кисть

8. Форма тяжести:

- легкая у 20% (4-6 недель)
- среднетяжелая у 60% - с тетрапарезами, преимущественно дистальных отделов конечностей (7-9 недель)
- тяжелая у 20% - с поражением конечностей и мышц туловища (6 мес. – 1,5 года)

ОСТРАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ МИЕЛОПАТИЯ

ОСТРЫЙ СПИНАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ (Скрипченко Н.В.)

Этиология – вирусы (70%), бактерии (30%)

Возраст – до 3 лет жизни

Преморбидный фон – натальная травма

Анамнез – острая респираторная инфекция (60%), острая кишечная инфекция (10%), вакцинация (20%)

Клиника:

Начало – острое

Температура тела – нормальная (70%), фебрильная (30%)

Симптомы: - внезапная хромота

- монопарез (85%)
- снижение ахилловых и повышение коленных рефлексов
- пирамидные знаки (30%)
- снижение мышечного тонуса
- нарушение функции сфинктеров (15%)
- болевой синдром (15%)

ОСТРАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ МИЕЛОПАТИЯ ОСТРЫЙ СПИНАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ

(продолжение)

Восстановительный период – 2-6 недель

Формы заболевания

1. Среднетяжелая форма – 65%, тяжелая форма- 35%
2. Рецидивирующая форма – 5%
3. Хроническая форма 3-4%

Остаточные явления – 10%

Клинический пример

□ Больной К., 1 года 11 мес.

Анамнез жизни:

Родился от 1 беременности 1х срочных родов, масса при рождении 3200г. Привит по возрасту.

Анамнез заболевания:

Заболел 14.08.14г. С 14 по 20- температура тела до 38-39⁰С, повторная рвота, жидкий стул от 2 до 5 раз в сутки.

Объективные данные:

23.08.14 T.36,9С.

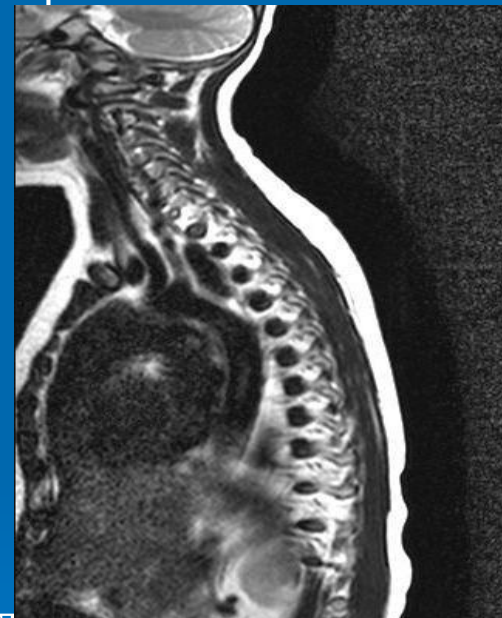
- Общее состояние очень тяжелое, очень вялый и плаксивый, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы резко бледные.
- Лимфатические узлы подчелюстные, шейные и подмышечные до 1,0см подвижные, безболезненные, эластичной консистенции.
- Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, нёбные миндалины рыхлые, гипертрофированы.
- Аускультативно в легких - жесткое дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные, учащенные.
- Живот мягкий, урчит по ходу кишечника. Печень +2 см.
- Голова гидроцефальной формы. Общая мышечная гипотония (ребенок плохо удерживает голову, самостоятельно не сидит, выраженная слабость в руках (руки не поднимает, руками удерживает игрушки слабо, хуже справа). Сухожильные рефлексy снижены D< S. Тремор подбородка. Горизонтальный нистагм .
- Расстройства функции тазовых органов (задержка мочи).



Д-3: острая энцефаломиелополирадикулонейропатия (с-м Гиена-Баре)
— вялые параличи и парезы

Из лабораторных данных:

- Электронеуромиограмма от 27.08.14 – признаки значительного поражения периферического мотонейрона на уровне передних рогов шейного С4-С6 (значительнее слева) и менее выраженного на уровне пояснично-крестцового L2-L4 (больше справа) утолщения спинного мозга.
- МРТ шейно-грудного отдела позвоночника от 02.09.14 - признаки миелита Th5-Th8. Архноидальные изменения - арахноидит?
- Обнаружены маркеры активности (ПЦР, ИФА) – ЦМВ (ликвор, ротоглотка), ВГЧ 6 типа (кровь). АТ класса IgG к ранним АГ ВЭБ, низкоavidные и высокие титры IgG к ЦМВИ



Ребенку был поставлен диагноз: **ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯ (ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ -71 ТИП).**

СОПУТСТВУЮЩИЙ: ХРОНИЧЕСКАЯ ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ВГЧ 6 типа, ЦМВИ), ВТОРИЧНОЕ ИДС.

Получал комплексное лечение:

- Медовир внутрь 18 дн.
- Неоцитотект №3
- Виферон 1 месяц
- А/б терапия: цефатоксим, меронем, рифампицин
- Противогрибковые: флуконазол
- Церебропротекторы: актовегин, мексидол.
- Ноотропы: пантогам
- Иммунокоррегирующие препараты: в/в Ig – иммуноглобулин человеческий № 5, ронколейкин № 3
- Нейровитамины: В1, В6, В12, С
- Метаболические препараты: эль-кар, рибоксин
- ГКС: преднизалон в/в по снижающийся схеме
- Ингибиторы протеаз
- Дегидратация : диакарб
- Противосудорожные препараты: паглюферал
- Биопрепараты, ферменты: линекс, полисорб, креон
- Ингаляционная терапия

- Таким образом у ребенка из групп риска развилась клиника о. энцефаломиелополирадикулонейропатии, вызванная энтеровирусной инфекцией, диагноз подтвержден МРТ-исследованием ГМ, ликворограммой, ИФА, ПЦР.
- Неблагоприятное течение заболевания, обусловлено отягощенным преморбитным фоном, активацией герпесвирусной инфекции, а так же развитием вторичного ИДС.
- На фоне комплексной (этиологической, патогенетической, симптоматической) терапии, отмечается положительная динамика клинических и параклинических показателей. Однако ребенок нуждается в длительной реабилитационной терапии под контролем клинико-лабораторных показателей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ВЯЛОГО ПАРАЛИЧА

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

Перечень заболеваний:

<i>Инфекционные заболевания</i>	<i>Неинфекционные заболевания</i>
□ Полиомиелит спинальная форма □ Инфекционно-аллергическая полиневропатия □ Дифтерийная полиневропатия □ Острый миелит	□ Костно-суставная патология □ Травматические поражения периферических нервов □ Опухоль спинного мозга □ Нейролейкоз

препаралитический период
внезапное начало без прогрессивности
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

☐ Дифтерийная
полиневропатия

- ☐ Инфекционно-аллергическая полиневропатия
- ☐ Острый миелит
- ☐ Костно-суставная патология
- ☐ Травматические повреждения периферических нервов
- ☐ Опухоль спинного мозга
- ☐ Нейролейкоз

нет

сочетание спастических и вялых параличей

да

☐ Острый миелит

- ☐ Инфекционно-аллергическая полиневропатия
- ☐ Костно-суставная патология
- ☐ Травматические повреждения периферических нервов
- ☐ Опухоль спинного мозга
- ☐ Нейролейкоз

нет

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

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 герпесвирусы (ИФА, GWH)
 6. Электромиография двукратно (при поступлении и через 60 дней)
- 

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

□ **Изменения СМЖ**

- ✓ Сначала клеточно-белковая диссоциация (умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, незначительное повышение уровня белка)
- ✓ Затем белково-клеточная диссоциация (снижение/нормализация содержания клеток, повышенный уровень белка)

□ **Изменения на электромиограмме зависят от глубины поражения:**

- ✓ "биоэлектрическое молчание"
- ✓ снижение амплитуды (до 50–10 мкВ) и ритма (до 15–25 в секунду) электрических потенциалов

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
- 

ЭТАПНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ОВП С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ Х 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, ассоциированный с вакциной (A80.2)
- ОПП другой и неуточненной этиологии
- Неврит лицевого нерва – паралич Белла, лицевой паралич

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

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

I. Ортопедический режим, уход, лечебное питание

II. Этиотропное лечение

1. Противовирусные препараты

- Плекановир
- Аномальные нуклеозиды (ацикловир, валтрекс, фамвир, ганцикловир)
- Инозин пранобекс
- В/в иммуноглобулины G, ЦМВ-специфические иммуноглобулины (цитотект), неоцитотек
- Препараты интерферона (виферон, реаферон-ЕС-липид, кипферон)
- Индукторы интерферона (амиксин, циклоферон, неовир, анаферон)

2. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка, противоботулиническая сыворотка

3. Антибиотики — цефалоспорины 3-4 поколения, аминопенициллины, левомецетин, фторхинолоны

4. Программный плазмаферез

II. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТИВООТЕЧНЫЕ

СРЕДСТВА

- 1. Кортикостероиды** (гидрокортизон, преднизолон) — коротким курсом до 5-10 дней в дозе до 10 мг/кг (пульс-терапия)
- 2. НПВС** — ибупрофен, диклофенак, пироксикам, кетопрофен, ксефокам
- 3. Анальгетики** — парацетамол, нурофен, цефекон Д
- 4. Мочегонные**
Салуретики — диакарб, фуросемид, триампур

II. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ **ИММУНОТЕРАПИЯ И ВИТАМИНЫ**

5. Иммунотерапия (под контролем иммунограммы)

- Препараты интерферона и его индукторы
- Инозин пранобекс
- Т-клеточное звено (имунофан, тималин), макрофаги (полиоксидоний), гуморальное (ликопид)

6. Витамины

- Витамины группы В (В1, В6, В12)
- Нейромультивит
- Мильгамма
- Мульти-табс

III. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

НООТРОПЫ	АНГИОПРОТЕКТОРЫ	АНТИОКСИДАНТЫ
- Глиатилин - Кортексин - Церебролизин - Энцефабол - Пантогам	- Инстенон - Трентал - Ксантинола никотинат	- Унитиол - Витамин Е (триовит) - Мексидол (соль янтарной кислота) - Тиогамма - Циклоферон

ЛЕЧЕНИЕ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

- Антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид и др.)
- Продолжение противовирусной, иммуотропной и противовоспалительной терапии, метаболической реабилитации
- Физиотерапия (последовательно УВЧ, электрофорез, озокеритовые аппликации, электростимуляция мышц)
- Массаж
- ЛФК
- Иглорефлексотерапия
- Витамины группы В, С, кальций-Д3 никомед

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

- Стационар
- Санаторий
- Поликлиника



Единственный путь предотвращения полиомиелита – вакцинация



ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАКЦИНЫ

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



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**

БЛАГОДАРЮ

ЗА

ВНИМАНИЕ!

ANNE GEDDES®

RUS-CHAT.de