

Полиомиелит

- Острое инфекционное заболевание, которое вызывается одним из трёх типов вирусов полиомиелита и характеризуется большим диапазоном клинических проявлений – от abortивных до паралитических форм.

Пути заражения

- Заражение происходит при контакте здорового человека с больным или вирусоносителем
- Вирус выделяется с носоглоточным или кишечным содержимым, что определяет возможность как алиментарного, так и воздушно-капельного пути распространения инфекции.

Клинические проявления

- Инкубационный период колеблется от 5 до 30-35 дней, но обычно 7-12 дней.
- Клинический полиморфизм, как указывалось выше, связан с особенностями патогенеза полиомиелита и возможностью прекращения патологического процесса на разных стадиях размножения вируса.

Формы полиомиелита с поражением ЦНС

- Непаралитическая (менингеальная) форма
- Паралитическая форма
 - Спинальная (шейная, грудная, поясничная, ограниченная или распространённая)
 - Понтинная
 - Бульбарная
 - Понтоспинальная
 - Бульбоспинальная
 - Бульбопонтоспинальная

Препаралитический период

- на 2-3 день развиваются менингеальный и корешковый синдромы
- опорными пунктами для диагностики служат сильные головные боли и ограничение движений в позвоночнике, резкая гиперестезия, болезненность по ходу нервных стволов, потливость, особенно выраженная в области головы и парализующихся в дальнейшем мышцах, покраснение кожи лица, а иногда и всего тела, асимметрия сухожильных рефлексов, раннее снижение или отсутствие брюшных и кремастерных рефлексов
- при скоротечных формах полиомиелита наблюдается дрожание конечностей

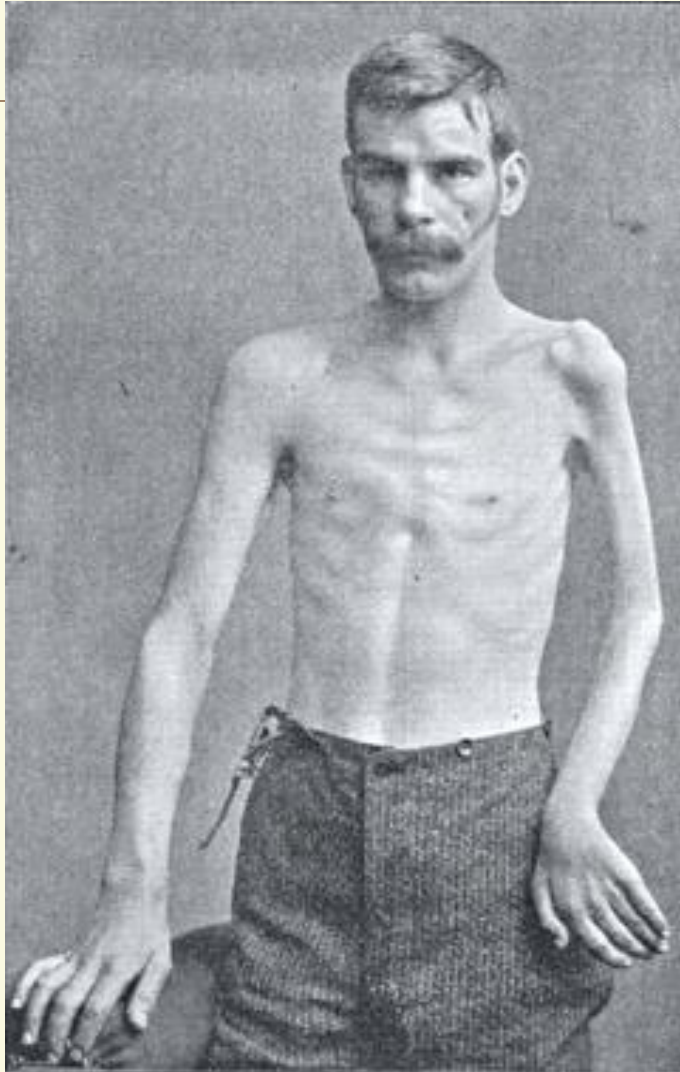
Спинальная форма

- поражении двигательных клеток в сером веществе передних рогов спинного мозга
- вялые парезы и параличи мышц туловища и конечностей
- мышечный тонус поражённых конечностей низкий
- сухожильные рефлексy снижены или отсутствуют



Резидуальный период

- Если в течение нескольких месяцев нет положительной динамики, оставшиеся парезы и параличи рассматриваются как резидуальные явления.
- Период остаточных явлений характеризуется нарастающими мышечными атрофиями, контрактурами, остеопорозом, костными деформациями.



Остаточные явления

- Первичные патофизиологические изменения: параличи, похолодание парализованной конечности, атрофия костей, изменения их суставных концов, отставание конечности в росте.
- Промежуточные изменения: похудание конечностей и атрофия мышц.
- Вторичные изменения: контрактуры и растяжения мышц.



© R.L. Huckstep, 1997



© R.L. Huckstep, 1997

Лечение

- В препаралитическом периоде и особенно в период нарастания параличей необходим физический и психический покой.
- Мышечное напряжение способствует углублению параличей, поэтому даже врачебный осмотр должен быть щадящим.



Лечение в восстановительном периоде

- При появлении первых движений в поражённых мышцах, показано лечение антихолинэстеразными медиаторами – прозерин (0,001 г на год жизни в сутки), галантамин, стефаглабрин. Курс лечения каждым из этих препаратов длится 3 недели – 1 месяц.
- Назначение витаминов группы В, особенно В₁₂.
- Нормализации тканевого обмена в ЦНС способствует введение церебролизина.
- Анаболические стероиды (неробол, ретаболил, метандростенолон), лечение которыми может быть начато уже в раннем восстановительном периоде.
- Стимулирующее влияние на метаболические процессы в мышцах оказывают аденозинтрифосфорная кислота и аденил.
- ФЗТ (парафин, УВЧ на поражённые сегменты спинного мозга).

Особенности в лечении

- Лечение должно способствовать тому, чтобы мышцы оставались в среднефизиологическом положении (ортопедическая укладка) и ни в коем случае не допускать их растяжения.
- При помощи ЛФК и массажа нужно создавать подобие нормальных сокращений мышц.
- При сохранении среднефизиологического натяжения нужно заботиться о хорошей васкуляризации поражённых мышц, что достигается при помощи движений и тепла.
- Проводя занятия ЛФК, необходимо строго следить за тем, чтобы не вызвать утомления поражённых мышц. Оно может привести к нарастанию атрофии и углублению двигательных нарушений.

Литература

- *Топическая диагностика заболеваний нервной системы* А. А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец А.
- *Справочник невропатолога и психиатра* Н.И. Гращенко, А.В. Снежневский
- *Полиневропатии клиническое руководство* О.С. Левин
- *Справочник практического врача по неврологии* Д. Р. Штульман, О.С. Левин
- *Руководство по неврологии* В.И. Яхно
- *Неврология* А.С. Петрухин
- *Невропатология* Л.О. Бадалян
- *Медицина журнал №4(7)2004 г. Болезни нервной системы*
- *Синдром Гийена-Барре* М.А. Пирадов
- *Неврология и нейрохирургия* Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г. С. Бурд
- *Ортопедия детского и подросткового возраста* Т.С. Зацепин
- *Руководство по инфекционным болезням у детей* В. Ф. Учайкин