

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «полиомиелит»

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Медведева Ю.П.

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация	7
Клиническая картина	9
Диагностика и тактика ведения больного.....	16
Санитарно-противоэпидемиологические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП	20
Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким штаммом полиовируса, или носитель дикого полиовируса	22
Лечение	24
Список использованных источников:	28

Введение

Благодаря массовой вакцинопрофилактике и проведению национальных дней иммунизации против полиомиелита, а также поддержания на должном уровне качественного эпиднадзора, территория России с 2002 года сертифицирована как зона, свободная от полиомиелита. Однако сертификация отдельных стран и даже регионов мира как «свободных от полиомиелита» отнюдь не означает, что для населения этих стран исчезла опасность возникновения случаев этого заболевания, которые могут быть связаны с диким завезенным вирусом. Эта опасность сохраняется до тех пор, пока в мире существуют отдельные очаги циркуляции дикого полиовируса.

По последним данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире остаются 3 эндемичные страны, в которых местная передача дикого вируса полиомиелита никогда не прекращалась – это Нигерия, Пакистан и Афганистан, ежегодно отмечается завоз дикого полиовируса в страны, свободные от полиомиелита.

Учитывая глобальные процессы в мире, стирание границ, интенсивность миграционных потоков в последнее время риск завоза вируса из эндемичных регионов значительно увеличился. Поэтому эпидемиологический надзор за заболеваниями, сопровождающимися ОВП, будет продолжаться до полной глобальной ликвидации полиомиелита. Неотъемлемой частью проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитом и ОВП является эпидемиологический анализ заболеваемости. Он включает оценку заболеваемости в различных возрастных группах по клиническим формам, лабораторному подтверждению диагноза, прививочному анамнезу.

Этиология и патогенез

Этиология.

Возбудители полиомиелита – РНК-содержащие полиовирусы 3-х серотипов (1, 2, 3). Относятся к семейству пикорнавирусов (Picornoviridae), роду Энтеровирусов (Enterovirus), виду «С». К данному виду также относятся вирус Коксаки А 1,11,13,15, 17-22,24.

Представителем 1 типа вируса полиомиелита является штамм Брунгильд, 2 типа - штамм Лансинг, 3 типа – штамм Леон. Вирус имеет диаметр 27-30 нм и реплицируется в цитоплазме инфицированных клеток. Возбудителями полиомиелита обычно являются «дикие» штаммы. Однако причиной развития ВАП также могут быть мутации вируса, в результате которых аттенуированные вакцинные штаммы приобретают вирулентные свойства.

Полиовирусы устойчивы во внешней среде, при комнатной температуре сохраняется несколько дней, при $T\ 4-6\ ^\circ\text{C}$ – несколько недель, месяцев, при $T\ -20\ ^\circ\text{C}$ – годы. Вирусы быстро инактивируются при кипячении и автоклавировании, высушивании, под действием УФО, хлорамина. Обладают выраженным нейротропизмом к нейронам передних рогов спинного мозга и двигательным ядрам черепных нервов, что определяет клиническую картину заболевания.

Патогенез.

Дикий полиовирус, попадая в глотку, ЖКТ (кишечник), прикрепляется к рецепторам эпителиальных клеток, где происходит его первичное размножение (энтеральная фаза). Размножение вируса происходит в региональных лимфатических узлах кишечника, в пейеровых бляшках (лимфогенная фаза). В последующем вирус попадает в кровь (фаза вирусемии), что приводит к диссеминации вируса и размножению его во

многих органах и тканях: селезёнке, печени, лёгких, сердечной мышце. С этой стадией патогенеза связано развитие латентных и abortивных форм болезни.

Размножение вируса возможно в мышечной ткани, что определяет развитие миалгического синдрома до появления параличей. Следующим этапом развития болезни является проникновение вируса в ЦНС (невральная фаза) через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ). Возможно и периневральное (или ретроаксональное) распространение вируса по вегетативным волокнам из ЖКТ в сегменты спинного мозга. Вирус поражает серое вещество спинного мозга и ствола, преимущественно мотонейроны передних рогов спинного мозга, двигательные клетки черепных нервов (языкоглоточного, блуждающего, лицевого и др.).

Характерна «мозаичность» и асимметричность поражения отдельных мышечных групп. В отдельных случаях могут поражаться нейроны задних рогов, клетки спинальных ганглиев. В головном мозге могут поражаться средний мозг, ядра мозжечка и кора головного мозга (клетки прецентральной извилины). Задние корешки спинного мозга редко вовлекаются в воспалительный процесс, но нарушений чувствительности у больных с полиомиелитом не отмечается. Иногда поражается ретикулярная формация. Наличие болевого синдрома, симптомов натяжения связано с поражением оболочек спинного мозга. Патоморфологическая картина спинного мозга при полиомиелите характеризуется в острой стадии заболевания воспалением, отёком, микрогеморрагиями. Гистологически определяются некроз клеток, нейронофагия, клеточная инфильтрация, деструкция сосудистой стенки. В дальнейшем формируются глиальные рубцы и размеры спинного мозга уменьшаются. Дистрофические и некробиотические изменения нервных клеток, определяющие стойкость двигательного дефекта у переболевших.

В остром периоде заболевания также вовлекаются и другие органы, в частности сердечная мышца. При патоморфологическом исследовании выявляется клеточная инфильтрация миокарда, в отдельных случаях

выделяют вирус из мышечной ткани. Возможна длительная персистенция вируса и реактивация вируса при иммунодефиците и дефектах интерфероногенеза. Не исключается возможность персистенции и реактивации вирусов, длительность которой составляет годы и даже десятилетия. При этом может происходить дальнейшее распространение процесса с образованием «новых» очагов поражения или утяжеления

Классификация

I.по МКБ-10:

A80 – острый полиомиелит;

A80.0 – острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной;

A80.1 – острый паралитический полиомиелит, вызванный диким завезенным вирусом;

A80.2 - острый паралитический полиомиелит, вызванный диким природным вирусом;

A80.3 – острый паралитический полиомиелит другой и неуточненный;

A80.4 – острый непаралитический полиомиелит A80.9 – острый полиомиелит неуточненный B91 – последствия полиомиелита.

II.с учётом клинических признаков, уровня поражения, осложнений и течения:

1.Полиомиелит без поражения ЦНС

а) вирусоносительство;

б) инаппарантная (бессимптомная или асимптомная или латентная форма);

в) висцеральная («малая болезнь»), абортивная форма;

2.Полиомиелит с поражением ЦНС

а) паралитическая формы:

-спинальная (в зависимости от уровня поражения – поясничный, грудной, шейный отделы спинного мозга);

-бульбарная (поражение ядер краниальных нервов 9,10,11,12);

-понтинная (поражение ядер 7 пары);

-сочетанные формы (бульбоспинальная, понтоспинальная, бульбопонтоспинальная);

-церебральная форма (синдром полиоэнцефалита).

б) непаралитические формы (менингеальная форма или синдром серозного менингита).

3.С учетом осложнений

3.1.осложнения острого периода

- дыхательная недостаточность;
- сердечная недостаточность;
- другие редкие осложнения (парез кишечника или мочевого пузыря и др.);
- вторичная бактериальная инфекция (локальная или системная, сепсис).

3.2 осложнения резидуального периода

- со стороны опорно-двигательного аппарата (деформации костей, отставание в росте костей);
- со стороны других органов и систем (сердечной, вегетативной).

4.В зависимости от течения

- острое;
- затяжное;
- хроническое (постполиомиелитный синдром)

Клиническая картина

Инкубационный период варьирует от 4 до 35 дней, составляя в среднем 7-14 дней. В подавляющем большинстве случаев (91-96%) инфекция протекает асимптомно, у 4-8% - в виде висцеральных, абортивных или непаралитических форм и редко – в 0,1-1% случаев в виде паралитического полиомиелита. Развитие клинической формы полиомиелита обусловлено этапностью развития инфекционного процесса, а также особенностями иммунного статуса у инфицированного.

Вирусоносительство - форма, при которой наблюдается выделение вируса из кишечника, но отсутствуют как клинические, так и лабораторные признаки инфекции.

Инаппарантная форма (или асимптомная форма) характеризуется отсутствием клинических проявлений. Данную форму диагностируют только в очагах инфекции на основании выделения вируса из фекалий, ротоглотки и/или на основании серологических реакций (увеличения титра антител). При отсутствии роста антител может быть диагностировано вирусоносительство.

Висцеральная форма («малая болезнь» или абортивная форма) протекает как неспецифическое фебрильное заболевание продолжительностью 2-5 дней с катаральными явлениями (гиперемия и болевой синдром в ротоглотке) и/или дисфункцией ЖКТ (рвота, жидкий стул, боли в животе). Не сопровождается поражением нервной системы и характеризуется благоприятными исходами. Диагностика, как и предыдущей формы, возможна только при вирусологическом исследовании, проводимом по эпидпоказаниям или в связи с другими причинами.

Менингеальная форма (или непаралитическая форма) протекает в виде серозного менингита с одно- (2/3 больных) или двухволновым (1/3 больных) течением. Клиническая картина не отличается от серозного менингита энтеровирусной этиологии. Общеинфекционные проявления при

менингеальной форме более выражены, чем при abortивной форме болезни. При одноволновом течении общемозговые (головная боль, повторная рвота) и менингеальные симптомы появляются в начале болезни на 1-3 день на фоне высокой температуры и явлений интоксикации. При двухволновом течении первая волна протекает как висцеральная форма без признаков поражения мозговых оболочек, а через 1-4 дня апирексии отмечается вторая лихорадочная волна с развитием менингеальных симптомов.

Характерна выраженность вегетативных проявлений в виде потливости, особенно головы, лабильности пульса и АД (гипотония, тахикардия).

Ликвор прозрачный, давление повышено, умеренный лимфоцитарный плеоцитоз – до 30-400 клеток в 1 мкл, нормальное или повышенное до 1 г/л содержание белка. В клиническом анализе крови может быть умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, при нормальной СОЭ.

Течение считается благоприятным, санация ЦСЖ и выздоровление наступают на 3-4 -й неделе заболевания. Не исключается возможность субклинического поражения вещества спинного и/или головного мозга при данной форме заболевания, что требует проведения дополнительного нейрофизиологического и МРТ обследования.

В течение паралитической формы полиомиелита различают 4 периода: препаралитический (1-6 дней), паралитический (1-3 дня), восстановительный (до 2-3 лет), резидуальный (свыше 3 лет).

Препаралитический период при всех формах имеет одинаковые клинические проявления и длится от начала болезни до появления первых двигательных нарушений. Характеризуется появлением лихорадки, симптомов интоксикации, в ряде случаев – катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей (ВДП) или дисфункции кишечника, менингеального и болевого синдрома (в мышцах шеи, спины, по ходу нервных стволов и корешков), фасцикуляций отдельных групп мышц и вегетативных

расстройств. Чаще длительность препаралитического периода не превышает 1-2 дня.

В последующем, при снижении температуры тела, появляются параличи. Иногда параличи развиваются на фоне повторного повышения температуры тела (двухволновая лихорадка), реже – в первый день болезни («утренний паралич») без чёткой препаралитической стадии. Считается, что если разрушено 40-70% двигательных нейронов спинного мозга, то возникают парезы; если более 75% - параличи.

Длительность нарастания парезов до 3 суток.

Параличи периферические, вялые, с низким тонусом мышц, с наибольшим поражением проксимальных отделов конечностей, снижением или исчезновением сухожильных рефлексов и последующим быстрым развитием атрофий, которые появляются на 2-3-й неделе болезни и в дальнейшем прогрессируют. Типично асимметричное, мозаичное распределение парезов, без выпадения чувствительности и проводниковых расстройств. Нарушения функции мочевого пузыря в виде задержки мочеиспускания регистрируется крайне редко и связаны с парезом детрузора мочевого пузыря. В ЦСЖ – на ранних стадиях болезни отмечается клеточно-белковая диссоциация до 30-200 клеток в 1 мкл, с последующим переходом с 10-12 дня болезни в белково-клеточную диссоциацию, для которой характерно нарастание белка при нормальном или минимальном плеоцитозе.

Клиника паралитического периода определяется локализацией поражений ЦНС. При спинальной форме полиомиелита, составляющей до 95% общего числа паралитических форм, развиваются параличи ног, реже – рук, шеи, туловища. Отмечаются моно-, пара-, три- или тетрапарезы. На ногах наиболее часто страдает четырёхглавая, приводящая, флексорные мышцы и экстензоры, на руках – дельтовидная и трёхглавая мышцы, супинаторы предплечья. Иногда в процесс вовлекаются длинные мышцы спины, косые мышцы живота. Признаками поражения диафрагмы и межрёберных мышц

(спинальный тип дыхательных расстройств) являются цианоз, одышка, ограничение подвижности грудной клетки, втяжение при вдохе межрёберных промежутков и эпигастральной области, дыхание становится «поверхностным».

Бульбарная форма протекает бурно, часто с коротким препаралитическим периодом или без него. На фоне лихорадки нарушаются глотание, фонация и речь, исчезает глоточный небный и рефлекс, снижается кашлевой, отмечается асимметрия или неподвижность нёбных дужек, язычка, мягкого нёба, избыточная секреция слизи, которая скапливается в ВДП и обтурирует их, дополнительно нарушая дыхание. При данной форме высок риск аспирации. Наиболее часто при бульбарной форме поражаются ядра 9, 10 нервов, реже 11 и 12 нервов. При бульбарной форме может наблюдаться поражение дыхательного и сердечно-сосудистого центров, что является причиной развития нарушений дыхания и сердечной деятельности. Наблюдается развитие аритмичного дыхания с паузами, других патологических ритмов дыхания, нарушений сердечного ритма (брадикардии или тахикардии), снижения АД и развития коллапса. Возможен летальный исход на 1-7 сутки заболевания; а в более лёгких случаях – со 2-й недели состояние улучшается, бульбарные явления уменьшаются и в последующем могут значительно регрессировать.

Понтинная форма полиомиелита встречается крайне редко и характеризуется чаще ядерным поражением двигательного ядра лицевого нерва, что проявляется асимметрией мимической мускулатуры лица, сглаженностью носогубной складки, опущением угла рта, лагофталмом, парезом лобной мышцы. Нарушений чувствительности, слезотечения, вкуса и болевых ощущений не отмечается. Возможно изолированное поражение 7 пары при данной форме заболевания. Поражение других ядер моста 3,4,6 и 5 пары нервов для полиомиелита считается нехарактерным. Возможно

сочетанное поражения моста и продолговатого мозга с развитием понтобульбарной формы, что наблюдается при смешанных формах болезни.

Из смешанных форм (23-45%) наиболее тяжело протекают бульбоспинальные, характеризующиеся поражением продолговатого мозга в сочетании с парезами и параличами скелетных мышц. Причиной летальных исходов у этих детей является дыхательная недостаточность. Для детей раннего возраста характерно более тяжелое течение заболевания с вовлечением различных группы мышц, тетрапарезами и бульбарными нарушениями.

У детей раннего возраста также описана редкая форма заболевания или церебральная формы с синдромом полиоэнцефалита. У больных наблюдается развитием судорог, нарушений сознания и спастических параличей. При этом вялые параличи даже могут отсутствовать, и клиническая картина не отличается от других форм энцефалита. Диагностика данной формы возможна только при вирусологическом исследовании.

ВАП протекает аналогично заболеванию, вызванному «диким» вирусом. ВАП возникает у реципиентов ОПВ в срок с 4 по 30-й день после прививки или у контактных с привитым ОПВ – в срок до 60-го дня. При его развитии у реципиентов чаще выделяются вирусы 3 типа, а у контактных – 2 типа. ВАП возникает у пациентов с неполноценным иммунным статусом: с дефицитом местного (в кишечнике) и системного интерфероногенеза, с гипогаммаглобулинемией, первичным В-клеточным иммунодефицитом. Причиной ВАП могут быть и мутации вакцинных штаммов с появлением у них вирулентных свойств. У больных ВАП должны к 60 суткам заболевания сохраняться характерные признаки паралитического полиомиелита.

Диагноз устанавливается при наличии типичной картины полиомиелита (острый асимметричный вялый паралич), при выделении вакцинного штамма полиовируса в референс-лаборатории и при четырёхкратном увеличении титра специфических антител в динамике.

Осложнения при полиомиелите связаны как с развитием дыхательных нарушений, требующих респираторной поддержки в результате слабости межреберных мышц и диафрагмы. Среди осложнений может быть аспирационный синдром с развитием пневмонии. В редких случаях возможно поражение сердечной мышцы с развитием сердечной недостаточности, а также гастроинтестинальные осложнения (парез кишечника и желудка). Длительно обездвиженные пациенты имеют риск формирования камней в почках и тромботических осложнений.

В восстановительный период (ранний – с 2 недель до 2 мес., поздний – с 2 мес. до 2 лет) происходит постепенное – в первые 6 мес. активное, а затем более медленное – восстановление двигательных функций. Сначала признаки восстановления появляются в более легко поражённых мышцах, затем распространяются и на тяжело поражённые мышечные группы.

Резидуальный период (свыше 3 лет от начала болезни) характеризуется наличием остаточных явлений после перенесённого острого полиомиелита (отставание в росте конечностей, костные деформации, остеопороз и т.д.).

Имеются данные, что у 20-30% больных после длительного (10 лет и более от начала заболевания) периода стабилизации неврологических симптомов обнаруживается прогрессирующее нарастание мышечной слабости, появление амиотрофий в ранее не поражённых мышцах. Прогрессирование парезов через годы после перенесенного острого полиомиелита диагностируется как постполиомиелитный синдром. Описаны случаи, когда период от острого заболевания до развития постполиомиелитного синдрома может составлять более 30 лет.

При выявлении ОВП выделяют приоритетные ("горячие") случаи заболеваний, к которым относятся:

- дети с ОВП не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомелита;

- дети с ОВП, не имеющие полного курса вакцинации против полиомиелита (менее 3-х доз вакцины);
- дети с ОВП, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- дети с ОВП из семей мигрантов, кочующих групп населения;
- дети с ОВП, общавшиеся с мигрантами, лицами из числа кочующих групп населения;
- дети с ОВП, имевшие контакт с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- лица с подозрением на полиомиелит независимо от возраста.

Диагностика и тактика ведения больного

1. **Диагностическими признаками ОВП** являются следующие жалобы: слабость в конечностях, хромота, невозможность ходить или даже стоять.
2. При **неврологическом осмотре** выявляют: нарушение походки (паретическая хромота, подволакивание конечности, или степпаж), в тяжелых случаях – невозможность ходить, отсутствие опоры. В пораженных конечностях отмечается снижение тонуса и силы мышц, отсутствие или снижение сухожильных рефлексов, т.е. наблюдается периферический парез или паралич. В ряде случаев может иметь место нарушение чувствительности и тазовые расстройства.
3. При сборе **анамнеза заболевания** необходимо уточнить дату появления пареза, длительность его нарастания, выяснить сопровождалось ли развитие пареза повышением температуры, предшествовали ли парезу катаральные или диспепсические симптомы, перенесенные за 2–3 недели инфекционные заболевания, травмы, внутримышечные инъекции.
4. Выяснить **эпидемиологический анамнез**: пребывание за последние 1,5 месяца на неблагополучных по заболеваемости полиомиелитом территориях или контакт с жителями этих территорий; наличие вакцинации против полиомиелита за 4–30 дней до заболевания или контакта с привитыми в течение 6–60 дней до развития пареза.
5. Уточнить **прививочный анамнез**: количество вакцинаций против полиомиелита, сроки их проведения, используемые вакцины.
6. **В поликлинике**
 - Если педиатр ставит диагноз ОВП, необходимо при наличии в поликлинике невропатолога срочно проконсультировать с ним больного, а возможно и с травматологом или детским хирургом
 - Больной ОВП немедленно, без дополнительных обследований и наблюдений на участке, госпитализируется в инфекционный стационар

- В направлении указываются жалобы больного, анамнез заболевания, эпиданамнез, прививки против полиомиелита, выявленные симптомы, диагноз
- Оформляется и направляется в территориальный ГСЭН экстренное извещение на ОВП.
- После госпитализации больного в стационар провести противозидемические мероприятия в очаге заболевания.

7. В приемном покое инфекционного стационара назначается:

- Клинический анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Кал на я/гл., соскоб на энтеробиоз.
- Вирусологическое исследование фекалий при поступлении двукратно с интервалом 24 часа.
- Серологическое исследование (РН, РСК) крови и СМЖ в парных сыворотках, с интервалом 2-3 недели. Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в динамике заболевания в 4 раза и более. Более резкое нарастание титра антител происходит к серовару, вызвавшему заболевание.
- Определение антигена полиовируса в фекалиях и СМЖ с помощью ИФА (определяют типоспецифические антитела IgM, IgG, IgA)
- ПЦР.
- Люмбальная пункция дважды с интервалом в 10 дней (в СМЖ определяется смена клеточно-белковой диссоциации на белково – клеточную).
- Осмотр невролога, окулиста.
- Электромиография.
- Исследование электровозбудимости мышц.
- ЯМР спинного мозга.

8. Тактика ведения и наблюдения больного в условиях инфекционного стационара (или отделения)

1. В первые 3 дня пребывания больного в стационаре необходим комиссионный осмотр с участием инфекциониста, невропатолога, эпидемиолога, администрации больницы.

Цель осмотра: уточнение топического диагноза и дифференциация с полиомиелитом.

2. При получении результатов вирусологического исследования (через 1 мес при отрицательном и через 3 мес – при выявлении вирусов) проводится повторный комиссионный осмотр с обсуждением диагноза.

Топический диагноз дополняется расшифровкой этиологии заболевания:

✓ в случае острого вялого спинального паралича и выделения «дикого» вируса полиомиелита выставляется **диагноз:** *«Острый паралитический спинальный полиомиелит, вызванный «диким» (завезенным, местным) вирусом полиомиелита I (II, III) типа»*

✓ при выделении вакцинородственного штамма полиовируса у больного с острым вялым спинальным параличем и наличии в анамнезе прививки против полиомиелита за 4 – 30 дней выставляется **диагноз:** *«Острый паралитический спинальный полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента»*

✓ если развивается картина острого вялого спинального паралича у ребенка, контактного с привитым против полиомиелита в сроки с 4 по 60 день и выделяется вакцинальный штамм, выставляется **диагноз:** *«Вакциноассоциированный спинальный паралитический полиомиелит у контактного с реципиентом» (ВАПП)*

✓ если топически поставлен диагноз полиомиелита, вирусологическое обследование проведено полностью и своевременно (до 14 дня болезни), но вирус полиомиелита не выделился, то ставится **диагноз:** *«Острый паралитический полиомиелит другой, неполиомиелитической этиологии»*

✓ при неполно и поздно проведенном обследовании (позднее 14-го дня с момента заболевания), если не обнаружен вирус полиомиелита, следует

ставить **диагноз:** «Острый паралитический полиомиелит неуточненной этиологии».

- при выписке из стационара необходимо описать неврологический статус подробно, выявить, имеются ли остаточные явления пареза.

9. Тактика ведения больного после выписки из стационара:

- а. Через 60 и 90 дней от начала болезни проводится забор проб фекалий для вирусологического обследования, результаты заносятся в медицинскую документацию ребенка.
- б. Через 60 дней проводится осмотр больного невропатологом стационара или поликлиники для выявления остаточных симптомов пареза
- с. История болезни и амбулаторная карта больного с синдромом ОВП представляется на рассмотрение Краевого экспертного совета по профилактике полиомиелита и энтеровирусных заболеваний для утверждения окончательного диагноза, проверки правильности лечения и наблюдения.
- д. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ОВП, осуществляется неврологом, инфекционистом и педиатром поликлиники (4 группы диспансерного наблюдения, как при полиомиелите).

Санитарно-противоэпидемиологические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП

1. Специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении больного ПОЛИО/ОВП или носителя дикого полиовируса проводит эпидемиологическое расследование, определяет границы эпидемического очага, круг лиц, общавшихся с больным ПОЛИО/ОВП, носителем дикого полиовируса и организует комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге ПОЛИО/ОВП проводят медицинские и другие организации под контролем территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
3. В эпидемическом очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП, проводят мероприятия в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет:
 - медицинский осмотр врачами - педиатром и неврологом (инфекционистом);
 - ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;
 - забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях, предусмотренных пунктом 5);
 - однократная иммунизация вакциной ОПВ (или инаktivированной вакциной против полиомиелита - ИПВ - в случаях, предусмотренных пунктом 4) вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.
4. Дети, не привитые против полиомиелита, однократно привитые вакциной ИПВ или имеющие противопоказания к применению вакцины ОПВ - прививаются вакциной ИПВ.

5. Взятие одной пробы фекалий от детей в возрасте до 5 лет для лабораторного исследования в эпидемических очагах ПОЛИО/ОВП проводится в случаях:

- позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП (позже 14 дня с момента появления паралича);
- неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП (1 проба стула);
- при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- при выявлении приоритетных ("горячих") случаев ОВП.

6. Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет для лабораторного исследования проводится до иммунизации, но не ранее 1 месяца после последней прививки против полиомиелита вакциной ОПВ.

**Санитарно-противоэпидемические (профилактические)
мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом,
вызванным диким штаммом полиовируса, или носитель
дикого полиовируса**

1. Мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким штаммом полиовируса, или носитель дикого полиовируса проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включают:

- первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);
- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;
- однократное лабораторное обследование всех контактных лиц (перед проведением дополнительной иммунизации);
- дополнительную иммунизацию контактных лиц против полиомиелита в кратчайшие сроки, независимо от возраста и ранее проведенных профилактических прививок.

2. Организуется дополнительная иммунизация:

- взрослых, включая медицинских работников, - однократно, вакциной ОПВ;
- детей в возрасте до 5 лет: однократная иммунизация вакциной ОПВ вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита или инактивированной вакциной против полиомиелита - ИПВ - непривитых против полиомиелита, однократно привитых вакциной ИПВ или имеющих противопоказания к применению вакцины ОПВ;
- детей в возрасте до 15 лет, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), - однократно (при наличии сведений о прививках, полученных на территории Российской Федерации) или

трехкратно (без сведений о прививках, при наличии прививок, проведенных в другой стране) - вакциной ОПВ;

- беременных женщин, не имеющих сведений о профилактических прививках против полиомиелита или не привитых против полиомиелита, - однократно вакциной ИПВ.

3. В популяции или на территории, где был выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом (носитель дикого полиовируса), осуществляется анализ состояния привитости с организацией необходимых дополнительных противоэпидемических и профилактических мероприятий.

4. В очаге полиомиелита после госпитализации больного проводится текущая и заключительная дезинфекция с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке и обладающих вирулицидными свойствами, - в соответствии с инструкцией/методическими указаниями по их применению. Организация и проведение заключительной дезинфекции осуществляется в установленном порядке.

Лечение

Общие подходы к лечению полиомиелита.

Лечение всех форм полиомиелита проводится только в стационарных условиях, т.к. все дети требуют изоляции на период вирусовыделения. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания и высокий риск дефицита в исходе болезни необходимо проведение тщательного обследования вне зависимости от клинической формы.

Госпитализацию проводят не только паралитических и непаралитических форм, но и abortивных и инappарантных для проведения полного обследования, лечения и уточнения распространенности процесса.

Госпитализации проводится в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям с инфекционными заболеваниями. Для оказания медицинской помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных с полиомиелитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- достижение наиболее полного восстановления неврологического дефицита;
- предупреждение развития или купирование осложнений;
- улучшение инструментальных параметров неврологических расстройств;
- купирование клинических и лабораторных параметров острого воспаления;
- предупреждение формирования хронического течения и длительного вирусовыделения.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- формы заболевания и её тяжести;

- наличие и характер осложнений;
- результаты этиологической, лабораторной и инструментальной диагностики;
- возраст больного;
- период болезни;
- индивидуальные особенности пациента (наличие аллергических реакций и т.д.)

Методы лечения

Выбор метода лечения полиомиелита зависит от формы заболевания, синдромов поражения, степени тяжести заболевания, наличия осложнений.

Лечение полиомиелита включает:

1. Режим.
2. Диету.
3. Методы медикаментозного лечения:
 - средства этиотропной терапии;
 - средства патогенетической терапии;
 - средства иммунотерапии и иммунокоррекции.
 - средства симптоматической терапии;
4. Методы немедикаментозного лечения:
 - протезирование нарушенных витальных функций;
 - методы экстракорпоральной иммунокоррекции и детоксикации;
 - физиотерапевтические методы лечения;
 - массаж, лечебная физкультура;
 - гигиенические мероприятия;
 - диетотерапия;
 - роботизированная механотерапия;
 - нейропсихологические и логопедические занятия

Показаниями для назначения антибиотиков при энтеровирусной полиоинфекции являются:

- наличие осложнённого характера течения заболевания с дыхательной недостаточностью, требующего проведения ИВЛ, с высоким риском бактериальных осложнений;
- развитие вторичной бактериальной инфекции, в том числе нозокомиальной, подтвержденной данными клиническими (повышение температуры, нарастание интоксикации), а также лабораторной диагностики (признаки воспаления в общем анализе крови; нарастанием провоспалительных факторов в крови - С-реактивный белок, прокальцитонин), в сочетании с результатами молекулярно-генетическими и/или микробиологическими). Так же, эти критерии обуславливают необходимость смены антибактериального препарата.

Лекарственные препараты, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724, 25.06.2012, №26, ст. 3442).

Критерии выздоровления (для выписки из стационара)

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие общемозгового синдрома;
- частичное или полное восстановление парезов, а также другой очаговой неврологической симптоматики;
- санация ликвора (нормализация количественного и качественного состава ликвора, белка и других биохимических показателей);
- отрицательные результаты лабораторного обследования фекалий больного на предмет вирус- выделения двукратно с интервалом в 14 дней (при наличии положительных результатов из других биологических жидкостей- также 1 отрицательный результат);
- выписка из стационара проводится не ранее 21 дня при менингеальной форме и не ранее 30-35 дня – при паралитической форме.

Список использованных источников:

1. Клиника, диагностика и лечение острого полиомиелита: Методические рекомендации. / Институт полиомиелита им. Чумакова Российской академии
2. Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В., Мурина Е.А. Энтеровирусные инфекции, СПб, 2012.— 432 с.
3. Национальный план действий на 2012–2015 гг. по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации.
4. Острые нейроинфекции у детей: Руководство для врачей / Под ред. А.П. Зинченко.— Л.: Медицина, 1986. — 320 с.
5. Профилактика полиомиелита. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 107
6. Руководство по лабораторным исследованиям полиомиелита, 4-е изд. ВОЗ, Женева, 2005. — 111 с
7. Шанько Г.Г., Бондаренко Е.С. Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния: Учеб. пособие для ин-тов и фак. усовершенств. врачей. — Мн.: Выш. шк., 1990. — 560 с.