

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

РЕФЕРАТ

Тема: «Острые вялые параличи у детей не полиомиелитной этиологии
дифференциальная диагностика»

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Медведева Ю.П.

КРАСНОЯРСК 2022г

Оглавление

Введение	3
Этиология	4
Клиническая дифференциальная диагностика острого эпидемического полиомиелита в зависимости от клинической формы и ОВП не полиомиелитной этиологии	6
Клиническая картина	12
Заключение	14
Литература:.....	16

Введение

В наши дни риск заболевания острым вялым параличом у детей остаётся достаточно серьёзным. Это связано с большим распространением различных энтеровирусов, имеющих неполиомиелитический характер.

Острый вялый паралич - это сложный клинический синдром, характеризующийся остро возникшим нарушением активных движений (объёма, силы, быстроты) в одной или нескольких конечностях, снижением мышечного тонуса, изменением рефлексов.

Острый вялый паралич (ОВП)- это любое заболевание у ребенка до 15 лет с острым вялым параличом, сходное с полиомиелитом заболевание у больного любого возраста. Таким образом, к ОВП причисляют все заболевания, которые протекают с быстрым развитием вялых параличей, но не более чем в течение 4 суток.

ОВП не полиомиелитной этиологии имеют показатель заболеваемости в РФ составляет 1,1-2,2 на 100 тыс. детей в возрасте до 15 лет

Основной причиной данной болезни считаются различные энтеровирусы.

Этиология

В синдром «острого вялого паралича» включены заболевания, с которыми наиболее часто приходится дифференцировать полиомиелит, к ним относятся:

1. Острые полиневропатии (множественное поражение периферических нервов, проявляющееся периферическими вялыми параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегетососудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей)
2. Синдром Гийена–Барре (это редкое заболевание, при котором иммунная система человека повреждает нервные клетки, вызывая мышечную слабость и иногда паралич. Длительность клинических проявлений СГБ составляет от нескольких недель до нескольких месяцев.)
3. Очаговый миелит (воспаление спинного мозга, которое может нарушить нормальные ответы от мозга к остальной части тела, и от остальной части тела к мозгу. Воспаление в спинном мозге может привести к повреждению миелина и аксона, что приводит к таким симптомам как паралич и потеря чувствительности.)
4. полиоэнцефаломиелитическая и полиомиелитическая формы клещевого энцефалита (Клещевой энцефалит – острая природно-очаговая вирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи и преимущественным поражением центральной нервной системы.)
5. ботулизм (это острая форма отравления при употреблении в пищу продуктов, содержащих токсин, продуцируемый ботулинической палочкой.)
6. менингиты

К неинфекционным причинам развития ОВП относятся:
наследственные спинальные мышечные атрофии

1. спинальные инсульты
2. миастения
3. объёмные образования спинного мозга
4. травматические невриты.
5. Синдром Миллера-Фишера

**Клиническая дифференциальная диагностика острого эпидемического
полиомиелита в зависимости от клинической формы и ОВП не
полиомиелитной этиологии**

Заболевание, с которым проводится дифференциальный диагноз	Отличительные характеристики, позволяющие осуществлять дифференциальный диагноз
Менингеальная форма полиомиелита	
Серозный менингитом другой вирусной(энтеровирусной неполио-, паротитной, герпесвирусной этиологии), реже бактериальной (боррелиозной, иерсиниозной, туберкулезной этиологии)	- развитие заболевания у привитых; - чаще дети школьного возраста (7-17 лет); - летне-осенняя сезонность (реже – весенне-летняя); - наличие экзантем (везикулезного, пятнисто-папулезного и розеолезного характера) в 20-40% случаев, которые могут предшествовать клинической картины менингита; - развитие менингита после присасывания клеща (при клещевом энцефалите) или на фоне мигрирующей эритемой (при нейроборрелиозе); - более высокие показатели плеоцитоза от нескольких сотен до 1-1,5 тысяч клеток в 1 мкл у 70-55% детей.
Спинальная форма полиомиелита	
Полиомиелитическая форма клещевого энцефалита	- развитие заболевание у привитых против полиомиелита; - чаще в возрасте от 7 до 12 лет; - весенне-летняя сезонность заболевания; - развитие парезов через 3-30 дней (чаще 7-14 дней) после присасывания клеща; - поражение чаще передних рогов шейного утолщения, крайне редко – поясничного, максимально выраженное поражение

	сегментов спинного мозга, близко расположенных к месту первичного аффекта, парезы чаще мышц верхнего плечевого пояса, шеи и рук.
Миелит энтеровирусной этиологии (чаще ЭВ 71, ЭВ 70, ЭКХО 6,11,30 и др)	- развитие заболевания у привитых; - вне зависимости от возраста (чаще дошкольный и школьный), - поражения проводников спинного мозга с развитием парезов и расстройств чувствительности, в тяжелых случаях- синдрома «поперечного миелита»; - после кратковременного периода «диашиза» от нескольких часов до 1-2 суток, появляются высокие рефлексy, клонусы стоп, патологические стопные рефлексy; - характерно развитие нарушений функции тазовых органов по центральному типу (задержка мочеиспускания, реже – дефекации); предшествующий ящероподобный синдром для ЭВ 71 серотипа (с афтозным стоматитом, герпангиной, экзантемой, локализующейся на стопах и кистях) или других экзантем.
Миелит герпесвирусной этиологии (вирус простого герпеса, цитомегалия, варицелла-зостер, герпес 6 типа и вирус Эпштейна-Барр)	- развитие заболевания у вакцинированных против полиомиелита; - чаще школьного возраста, реже – дошкольного; - характерны развитие проводниковых расстройств чувствительности и двигательных нарушений (центральные парепарезы, реже – тетрапарезы) – высокие рефлексy, клонусы, патологические стопные рефлексy; - возможны нарушения тазовых функций (задержка мочеиспускания, реже – дефекации);

	-предшествующая экзантема: при вирусе варицелла-зостер везикулезного характера генерализованная или локальная (одностороннее с захватом 1-3 дерматомов), при простом герпесе 2 типа – в крестцовой и генитальной (у подростков), при герпесе 6 типа – розеолезная).
Полирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре (энтеровирусной, герпесвирусной или любой другой инфекционной этиологии)	-чаще дети школьного возраста, привитые против полиомиелита; -парезы (параличи) вялые, имеющие симметричность поражения с преимущественным вовлечением дистальных отделов конечностей; -восходящий чаще, нисходящий – реже тип нарастания неврологических расстройств; -нарушения чувствительности по периферическому типу («носки», «перчатка», «гольфы»), -белково-клеточная диссоциация при исследовании ЦСЖ (при первичном обследовании пациента) у пациентов с синдромом Гийена-Барре.
Травматическим повреждением седалищного нерва (постинъекционное)	-связь с инъекцией; -отсутствие общеинфекционной симптоматики и -изменений в ЦСЖ; -преимущественно дистальный характер пареза (слабость в мышцах голени и стопы); -снижение ахиллова рефлекса; -боль и парестезии в голени и стопе.
Бульбарная формы	
Опухоль ствола	- отсутствие общеинфекционной симптоматики; - наличие симптомов внутричерепной гипертензии (головная боль, рвота);

	- иногда отек диска зрительного нерва на глазном дне у больных с сохраненным уровнем сознания; - сочетание мозжечковой, пирамидной и стволовой симптоматикой в 90-80%; - важное диагностическое значение имеет МРТ, выявляющее объемное образование, а также развитие окклюзионной гидроцефалии (тривентрикуломегалия) нехарактерные для полиомиелита.
Синдром Миллера-Фишера	-поражение корешков краниальных нервов (часто 3,4,6 пары, но могут быть любые); чаще школьный возраст; -сочетание в клинической картине двигательных, вегетативных и чувствительных нарушений в случаях поражения смешанных нервов, -наличие поражения как бульбарной, так и понтинной группы нервов, -развитие заболевания у вакцинированных против полиомиелита.
Энцефалит столовой локализации (чаще ЭВ 71, ЭВ 70, ЕСНО 6,30), реже – вирус клещевого энцефалита и герпесвирусы (вирус Эпштейна - Барр, цитомегаловирус, герпес 6 типа)	-развитие заболевания у привитых против полиомиелита; -наличие сочетания двигательных и чувствительных нарушений; -сочетание столовых, пирамидных и мозжечковых симптомов; - более характерно поражение глазодвигательной группы нервов, центров вертикального и горизонтального взора с развитием спонтанного нистагма горизонтального, ротаторного (при энтеровирусной этиологии).
Понтинная форма	
Неврит лицевого нерва различной этиологии (энтеровирусной, герпесвирусной и др.)	- наблюдается сочетание пареза мимической мускулатуры лица с нарушением вкуса на передних 2/3 языка и восприятия звука (гиперакузия),

	- характерные ЭНМГ данные, свидетельствующие о невральном характере поражения 7 пары.
Ботулизм	-наличие нарушений зрения на близкие расстояния за счет нарушения аккомодации и зрачковых реакций; -нарушение зрачковых реакций (мидриаз); -связь заболевания с употреблением рыбных, грибных и мясных консервов, меда и др., -развитие схожих симптомов у лиц, употреблявших данный продукт вне зависимости от возраста; -отсутствие воспалительных изменений в ЦСЖ; -развитие заболевания у вакцинированных против полиомиелита; -характерные изменения при ЭНМГ в виде синдрома инкремента (отсутствие мышечного сокращения при на одиночный стимул и появление – на повторные стимулы).
Синдромом Баннварта при иксодовом клещевом боррелиозе	-двусторонний характер поражения 7 пары невального характера, -сочетание с фактом присасывания клеща и мигрирующей эритемой вокруг первичного аффекта в 70-80%; -локализация пареза вблизи от места первичного аффекта; -сочетание с полирадикулоневритом в 85-95%, для которого характерно преобладание чувствительных нарушений над двигательным дефицитом. -дополнительное значение имеют ЭНМГ данные, подтверждающие невральнй характер изменений.
Миастения	-динамика парезов в течение суток (нарастание парезов во второй половине дня); -отсутствие общеинфекционной симптоматики,

	-отсутствуют воспалительных изменения в ЦСЖ, -характерные изменения при ЭНМГ в виде синдрома дикремента (наличие сокращения на одиночный импульс и отсутствие – при повторных импульсах)
Церебральная форма полиомиелита	
Энцефалит (менингоэнцефалит другой вирусной этиологии) полушарной локализации	- наличие некротического или демиелинизирующего характера поражение вещества головного мозга; - развитие заболевания у вакцинированных.

Клиническая картина

О наличии ОВП свидетельствовали нарушение походки (паретическая, хромота, подволакивание конечности или степпаж), в тяжелых случаях – невозможность ходить или даже стоять.

В пораженных конечностях отмечалось снижение тонуса и силы мышц, отсутствие или снижение сухожильных рефлексов, т.е. наблюдался периферический парез или паралич. В ряде случаев отмечалось нарушение чувствительности.

Острый вялый паралич характеризуется такими проявлениями:

1. острое начало с общеинфекционных признаков;
2. мышца не оказывает сопротивления движениям пассивного характера;
3. атрофия выражена очень сильно;
4. отмечается снижение либо полное отсутствие глубоких рефлексов;
5. мышечная и нервная электровозбудимость меняется;
6. очень короткий период нарастания двигательных нарушений: от нескольких часов до 2 - 3 дней

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

1. дети с ОВП не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомелита;
2. дети с ОВП, не имеющие полного курса вакцинации против полиомиелита (менее 3-х доз вакцины);
3. дети с ОВП, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
4. дети с ОВП из семей мигрантов, кочующих групп населения;

5. дети с ОВП, общавшиеся с мигрантами, лицами из числа кочующих групп населения;
6. дети с ОВП, имевшие контакт с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
7. лица с подозрением на полиомиелит независимо от возраста.

Не регистрируются как ОВП:

1. парезы / параличи мимической мускулатуры
2. парезы, связанные с родовой травмой
3. парезы, связанные с переломами и другими грубыми повреждениями конечностей

Заключение

При развитии ОВП у врача обязательно должна быть настороженность в плане развития полиомиелита, но он так же должен не забывать об ОВП неполиомиелитной этиологии.

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.

Но все же 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, настороженность будут продолжаться до полной глобальной ликвидации полиомиелита

Профилактика.

Для профилактики заболевания следует придерживаться таких правил:

- Вовремя лечить инфекционные патологии;
- Отказаться от всех вредных привычек и вести ЗОЖ – гулять на свежем воздухе, выполнять физические упражнения, соблюдать правильный рацион питания и пр.;
- В случае ухудшения здоровья без промедления обращаться к врачу;

Литература:

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. Медицинских Наук. — М., 1998 г.
4. Национальный план действий на 2012–2015 гг. по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации.
5. Острые нейроинфекции у детей: Руководство для врачей / Под ред. А.П. Зинченко.— Л.: Медицина, 1986. — 320 с.
6. Профилактика полиомиелита. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 107
7. Руководство по лабораторным исследованиям полиомиелита, 4-е изд. ВОЗ, Женева, 2005. — 111 с
8. 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. — Ми.: Выш. шк., 1990. — 560 с.