



ПОЛИОМИЕЛІТ

Авторы: Б. И. Санин

ПОЛИОМИЕЛІТ (от греч. πολіός – серый; здесь – относящийся к серому веществу спинного мозга *имеелит*) (детский спинномозговой паралич, острый эпидемич. передний полиомиелит, болезнь Гейне – Медина, детский спинальный паралич, острый эпидемич. полиомиелит), острое инфекц. заболевание, характеризующееся преим. поражением серого вещества спинного мозга, а также воспалит. изменениями слизистых оболочек кишечника и носоглотки. О его существовании было известно ещё в Древнем мире; вспышки паралитич. заболеваний с характерной для П. атрофией мышц парализованных конечностей описаны *Гиппократом*. Начало науч. исследований П. положено работами нем. врача-ортопеда Я. Гейне (1840, 1860), А. Я. *Кожевникова* (1883) и швед. педиатра О. Медина (1890), которые указали на самостоятельность заболевания и его инфекц. природу. В 20 в. эпидемии П. неоднократно возникали в Европе, США, Канаде, Австралии. Особую актуальность проблема П. получила во 2-й пол. 1940-х – нач. 1950-х гг., когда заболеваемость им во многих странах приобрела угрожающий характер. Создание в 1950-х гг. Дж. Э. Солком и А. Б. Сейбином вакцин против П. позволило резко снизить заболеваемость П., а в ряде стран и регионов полностью её ликвидировать. Возбудителем П. является полиовирус из группы *полиомиелита вирус*. Отличается высокой устойчивостью (при темп-ре 20 °С сохраняет активность годами); погибает при кипячении, воздействии УФ-облучения и хлорсодержащих дезинфицирующих средств.

Единственный источник инфекции при П. – больной человек (чаще лёгкой и т. н. стёртой формами заболевания). Болеют преим. дети в возрасте до 10 лет (60–80% – до 4 лет). Начало болезни чаще отмечается летом и осенью. Преобладает фекально-оральный механизм передачи инфекции, хотя возможен и воздушно-капельный (вирус П. содержится в испражнениях и в слизи носоглотки больных). Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки носоглотки или кишечника. Вирусы размножаются в лимфоидной ткани глотки и кишечника, затем проникают в кровь, достигая нервных клеток. Наиболее выраженные морфологич. изменения они вызывают в нервных клетках передних рогов спинного мозга, которые подвергаются дистрофически-некротич. изменениям с последующими распадом и гибелью. Менее выражены изменения клеток *ствола головного мозга*, ядер мозжечка, двигат. областей коры головного мозга и задних рогов спинного мозга. Гибель нервных клеток в утолщениях спинного мозга ведёт к развитию парезов или параличей. На месте погибших клеток образуются рубцы; происходит уменьшение объёма спинного мозга; развиваются мышечные атрофии. В результате перенесённого заболевания формируется стойкий противовирусный типоспецифич. иммунитет (повторное заболевание возможно лишь при заражении вирусом П. др. типа). Инкубац. период длится в среднем 5–12 дней (возможны колебания в диапазоне 2–35 дней).

Различают непаралитич. и паралитич. формы П. Непаралитич. форма чаще протекает в виде т. н. малой болезни (абортивная, или висцеральная, форма), которая проявляется кратковрем. лихорадкой, катаральными (кашель, насморк, боль в горле) и диспепсич. (тошнота, рвота, жидкий стул) симптомами, обычно исчезающими в течение нескольких дней. Др. вариант непаралитич. П. – т. н. менингеальная форма (в виде легко протекающего

серозного менингита). В развитии паралитич. П. выделяют 4 стадии: препаралитическую, паралитическую, восстановительную и стадию остаточных явлений. Начало болезни острое, с высокой темп-рой тела. В первые дни преобладают недомогание, головная боль, насморк, фарингит, возможны рвота, жидкий стул или запоры. Через 2–4 дня наступает вторая волна лихорадки с резким ухудшением общего состояния (проявления [менингизма](#), возможны элементы [спутанности сознания](#)). Препаралитич. стадия длится до 5 дней. Параличи при П. развиваются в течение нескольких часов; относятся к периферическим (т. н. вялым, с понижением тонуса мышц) параличам, которые проявляются ограничением или отсутствием активных движений, отсутствием сухожильных рефлексов. Поражаются гл. обр. мышцы конечностей, чаще ног. Иногда наступает паралич мышц туловища и шеи, возможны т. н. тазовые расстройства (мочеиспускания, дефекации). В зависимости от преим. локализации поражений паралитич. П. подразделяют на следующие формы: спинальная – при поражении двигат. нейронов передних рогов спинного мозга (вялые параличи конечностей, туловища, шеи, диафрагмы); бульбарная – при поражении ствола мозга и ядер некоторых пар черепно-мозговых нервов (нарушение глотания, речи, дыхания, сердечной деятельности); понтинная (от лат. pons – мост) – при изолиров. поражении ядра лицевого нерва, расположенного в области мозгового моста (парезы мимич. мышц); энцефалитическая (общемозговые и очаговые проявления поражения головного мозга); смешанная – при очагах поражения в разл. отделах ЦНС (сочетание симптомов спинальной, понтинной и бульбарной форм). Паралич дыхательных мышц и диафрагмы приводит к тяжёлым расстройствам дыхания и кровообращения и гибели пациентов. Восстановит. стадия может продолжаться от нескольких месяцев до 3 лет. Стадия остаточных явлений характеризуется стойкими вялыми параличами, атрофией мышц, контрактурами и деформациями конечностей и туловища. Диагноз устанавливают на основании клинич. картины, эпидемиологич. анамнеза и данных лабораторного исследования (выделение вируса на культурах тканей, РСК – реакция связывания комплемента, реакция преципитации со специфич. антигеном в парных сыворотках). В 2000-х гг. широко внедряется применение диагностикумов на основе иммуноферментного анализа и моноклональных антител, что значительно повышает чувствительность и достоверность серологич. диагностики. Этиотропных (направленных на причину болезни) средств для лечения П. нет. Назначают строгий постельный режим, анальгетики, седативные и антигистаминные средства, проводят [дезинтоксикационную терапию](#), в тяжёлых случаях применяют [глюкокортикоиды](#), искусств. вентиляцию лёгких. В стадии восстановления проводят процедуры теплолечения, массаж, лечебную гимнастику с целью профилактики контрактур, назначают стимуляторы межнейронной и мионейрональной проводимости, в т. ч. [антихолинэстеразные средства](#), витамины группы В; в дальнейшем – санаторно-курортное лечение (грязи, мор. купания и др.). Для устранения последствий паралитич. форм П. (контрактур, деформаций и др.) проводят ортопедич. лечение, в т. ч. оперативное. Прогноз для жизни при отсутствии параличей благоприятный. Наиболее сомнителен прогноз при бульбарной и распространённой спинальной формах П. с расстройствами дыхания. Для глубоких параличей обычно характерны остаточные явления. Основу профилактики П. составляет плановая иммунизация детей первого года жизни живой вакциной. Важное значение имеют изоляция больных на срок не менее 21 дня от начала болезни, дезинфекция по месту жительства.

Литература

Лит.: Руководство по инфекционным болезням. 3-е изд. СПб., 2003; Инфекционные болезни и эпидемиология. 3-е изд. М., 2013.