

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ОВП

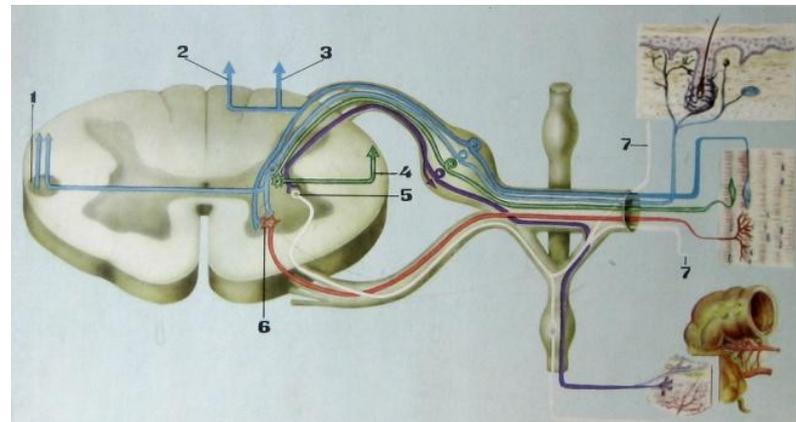


Л.И. Ясинская
к.м.н., доцент

Острый вялый паралич

(стандартное определение случая)

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



«Горячие случаи» ОВП (ВОЗ)

- заболевшие дети с ОВП до 5 лет
- не привитые против полиомиелита
- имеющие менее 3-х прививок
- больные дети с ОВП (до 15 лет) среди беженцев, вынужденных переселенцев, цыганского населения, прибывшие из зон военных конфликтов
- имевшие контакт с лицами, прибывшими из эндемичных по полиомиелиту стран (Нигерия, Афганистан, Пакистан)



Острый вялый паралич (определение ВОЗ)

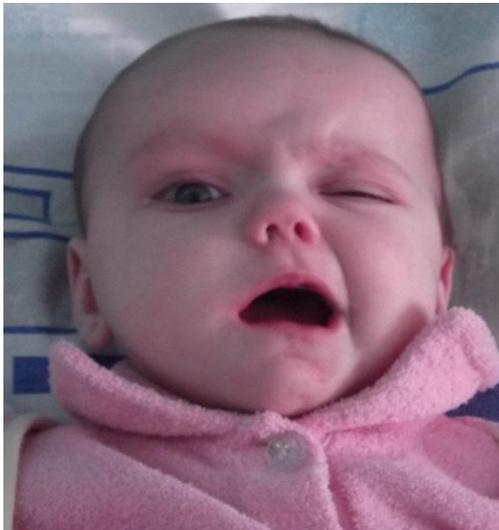
- это любое заболевание у ребенка до 15 лет с острым вялым параличом, включая синдром Гийена-Барре, или сходное с полиомиелитом заболевание у больного любого возраста

Таким образом, к ОВП причисляют все заболевания, которые протекают с быстрым развитием вялых параличей, но не более чем в течение 4 суток



Не регистрируются как ОВП:

- парезы / параличи мимической мускулатуры
- парезы, связанные с родовой травмой
- парезы, связанные с переломами и другими грубыми повреждениями конечностей



Основные диагностические признаки паралитического ПМ



- эпиданамнез
- острое начало с общеинфекционных признаков
- утренние вялые параличи в течение первой недели болезни (атония, арефлексия, атрофия, АЗС > КЗС)
- **Очень короткий период нарастания двигательных нарушений: от нескольких часов до 2 - 3 дней!!!**
- асимметричное мозаичное распределение парезов чаще в проксимальных отделах конечностей
- неравномерное сокращение пораженных и здоровых мышечных групп - **раннее развитие контрактур!**

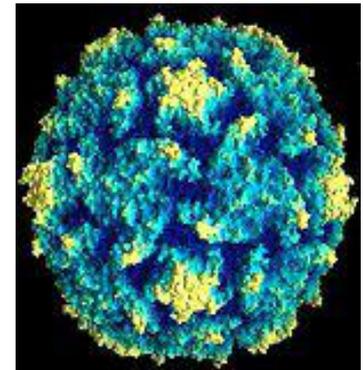
Основные диагностические признаки паралитического ПМ

- чувствительные, тазовые нарушения и пирамидная симптоматика отсутствуют
- дегенеративная мышечная атрофия со 2-3-ей недели паралича
- медленное и неравномерное восстановление функций пораженных мышц, начиная не ранее 2–3 недели с момента появления ОВП
- наличие остаточных явлений различной степени выраженности спустя 3 месяца после появления ОВП

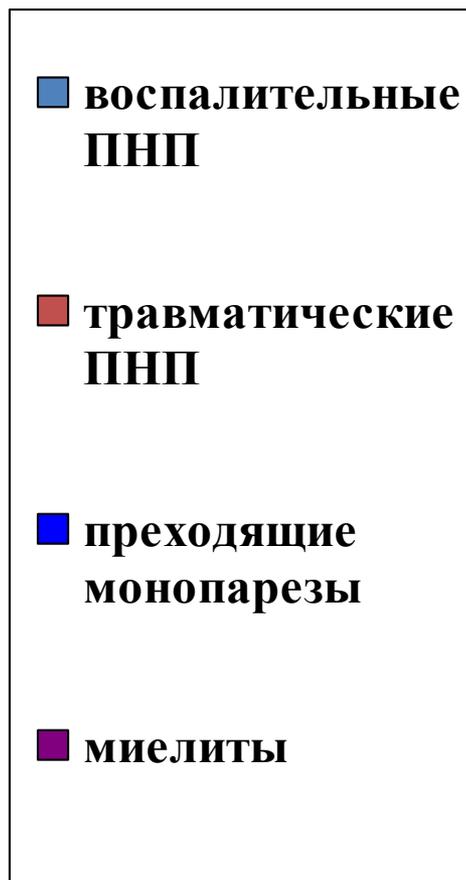
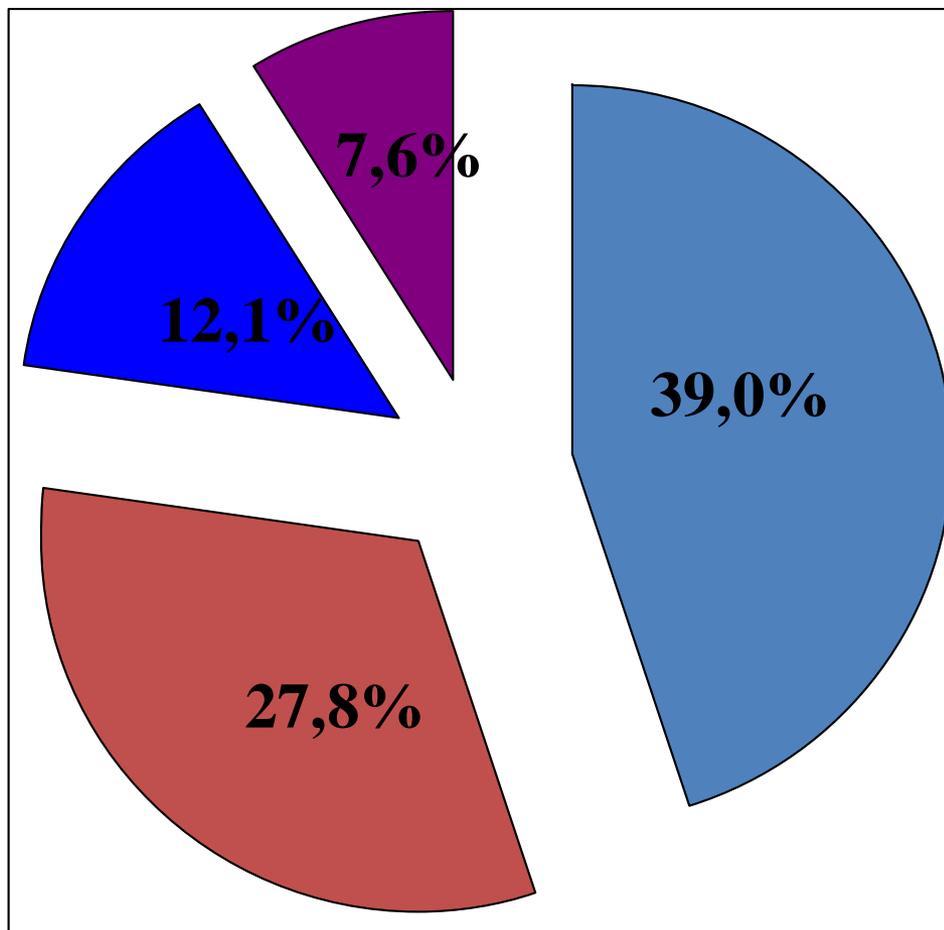


Клиника ВАПП (критерии ВОЗ)

- развитие вялых парезов или параличей без нарушений чувствительности со стойкими (после 2-ух месяцев) остаточными явлениями
- отсутствие длительного (больше 3-4 дней) прогрессирования парезов
- собраны 2 адекватные пробы стула, минимум в одной из них выделен вакцинный полиовирус
- в обеих пробах отсутствуют дикие полиовирусы

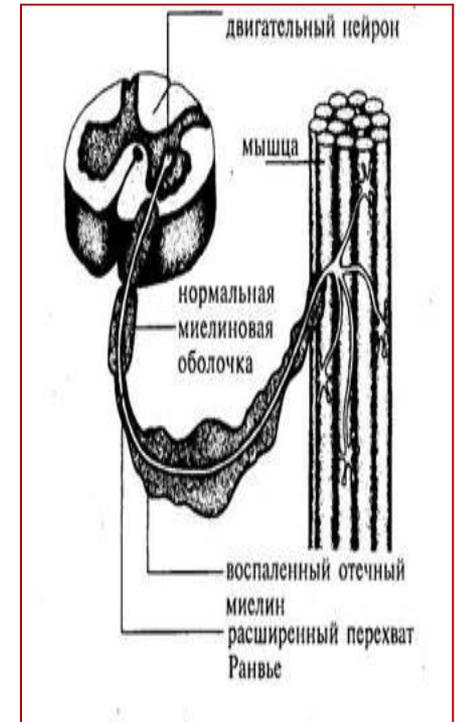


Структура ОВП неполиомиелитной этиологии



Синдром Гийена-Барре

- триггеры - вирус Эпштейн-Барр, *Mycoplasma pneumoniae*, *Campylobacter jejuni*, цитомегаловирус
- вакцинация (США, 1976-1977 гг., после прививки против «свиного гриппа»; гепатита С, менингококковой инфекции, бешенства)
- хирургические вмешательства, различные травмы, переохлаждение, стрессовые ситуации



Критерии СГБ (*Brighton Collaboration GBS Working Group, J. Sejvar et al., 2011*)

1. Двусторонняя периферическая мышечная слабость + гипо/арефлексия в пораженных конечностях.
2. Монофазный характер течения заболевания с периодом прогрессирования от 12 часов до 28 дней с последующим плато.
3. Нейрофизиологическая картина, типичная для СГБ.
4. Анализ ЦСЖ: повышение белка, цитоз < 50 мононуклеарных клеток в 1 мкл.
5. Исключены другие возможные причины острого периферического тетрапареза.

Выраженный по интенсивности и длительности болевой синдром !!!

Восходящий паралич Ландри

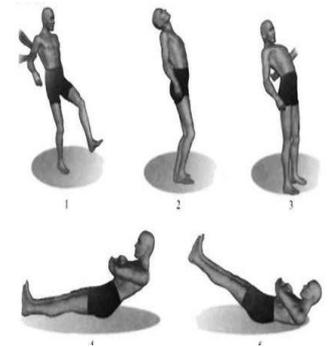


- начало с высокой температуры и болей в конечностях
 - сначала развивается паралич ног
 - через 1-2 суток – паралич рук
 - через 1-2 суток – бульбарный синдром
- расстройство речи, глотания, дыхания, сердечной деятельности
- парезы больше выражены в проксимальных отделах конечностей
- функции тазовых органов не нарушены
- *Смерть может наступить на 2-3 сутки от паралича дыхания (паралич диафрагмы и межреберных мышц, прекращение деятельности дыхательных центров)*

Синдром Миллера Фишера (2-3%)



- двусторонняя офтальмоплегия – 85% случаев
 - *обнаружение аутоантител к ганглиозиду GQb1*
- сенситивная атаксия
- сухожильная гипо/арефлексия с двух сторон
- умеренный или легко выраженный дистальный тетрапарез, больше в нижних конечностях
- прогноз благоприятный
- **Дифдиагноз со стволовым энцефалитом Биккерстафа, ботулизмом, миастенией, рассеянным склерозом, опухолью!!!**



Критерии СМФ (*Brighton Collaboration GBS Working Group, J. Sejvar et al., 2011*)

1. Двусторонний офтальмопарез + гипо/арефлексия в пораженных конечностях с двух сторон + атаксия.
2. Отсутствие мышечной слабости в конечностях.
3. Монофазный характер течения заболевания с периодом прогрессирования от 12 часов до 28 дней с последующим плато.
4. Анализ ЦСЖ: повышение белка, цитоз < 50 мононуклеарных клеток в 1 мкл.
5. Нормальные результаты по данным ЭНМГ или изолированное поражение чувствительных нервов.
6. Отсутствие нарушения сознания или признаков вовлечения кортико-спинального тракта.
7. Исключены другие возможные причины острого тетрапареза.

Острый инфекционный миелит

- поражение проводников чаще на уровне грудного отдела СМ
- общеинфекционный синдром (м.б. волнообразный)
- постепенно нарастает слабость мышц конечностей
- нарушение функции тазовых органов
- нарушение чувствительности по проводниковому или сегментарному типу (гиперестезия, гипестезия)
- период «диашиза» с угнетением глубоких рефлексов и мышечной гипотонией, через **2-3 нед** появляется гиперрефлексия
- **Дифдиагностика с объемным образованием, сосудистой мальформацией СМ!!!**



Нейромиалгический синдром

- доминирует болевой мышечный синдром в нижних конечностях
- боли неравномерные, с преобладанием в дистальных отделах ног, симметричные, усиливающиеся при выполнении движений
- преобладание болей в дневное время
- умеренные боли по ходу нервных стволов
- мышечная сила достаточная
- мышечный тонус не изменен
- глубокие рефлексy снижены или не изменены
- патологические стопные рефлексy отсутствуют
- нарушения чувствительности в виде по типу носков и перчаток

Этапная формулировка диагноза ОВП с учетом МКБ-10 (1995)

- **1 этап – амбулаторный**
(диагноз при направлении)
- **Острый вялый паралич (парез)**

Этапная формулировка диагноза ОВП с учетом МКБ-10 (1995)

- **2 этап – стационарный**
(рабочий диагноз в первые 48 часов от момента наблюдения)
- **Острый вялый паралич (парез)**
- **Острый миелит (очаговый, поперечный)**
- **Полиневропатия (синдром Гийена-Барре)**
- **Острый паралитический полиомиелит?**

Этапная формулировка диагноза ОВП с учетом МКБ-10 (1995)

- 3 этап – стационарный (*окончательный диагноз*)

Подтвержденный полиомиелит

- **A.80.0** Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакцинным вирусом
- **A.80.1** Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким завезенным вирусом полиомиелита (I, II или III тип)
- **A.80.2** Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким местным (эндемичным) вирусом полиомиелита (I, II или III тип)
- **A.80.3** Острый паралитический полиомиелит другой и неуточненной этиологии
- **A.80.4** Острый непаралитический полиомиелит
-

Этапная формулировка диагноза ОВП с учетом МКБ-10 (1995)

- **Совместимый с полиомиелитом** – наличие остаточного паралича на 60-ый день болезни, отрицательные результаты выделения ПВ из-за отсутствия или поздних сроков взятия проб стула, его плохой транспортировки или других технических погрешностей

Этапная формулировка диагноза ОВП с учетом МКБ-10 (1995)

- Полиомиелит отвергнут – полное восстановление функции пораженных конечностей в течение 60 дней от начала паралича и отсутствие ПВ в образцах стула

**Благодарю за
внимание!**