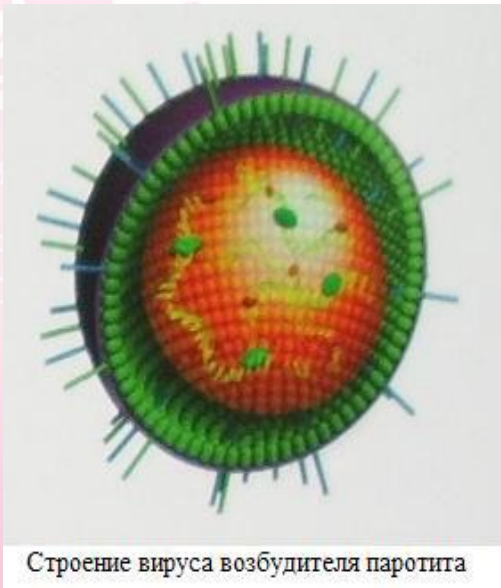




# Эпидемический паротит

Выполнила: Назарчук Ю.Е.  
Группа: ЛД2-С12Б



Строение вируса возбудителя паротита

Эпидемический паротит - острое инфекционное вирусное заболевание, протекающее с поражением железистых органов (чаще слюнных желёз, особенно околоушных, реже поджелудочной железы, половых, молочных желёз и др.), а также нервной системы (менингит, менингоэнцефалит). Исходя из того, что клинические проявления при эпидемическом паротите не ограничиваются только поражением околоушных слюнных желёз, болезнь целесообразней называть паротитной инфекцией.



*Mumps (Ziegenpeter)*

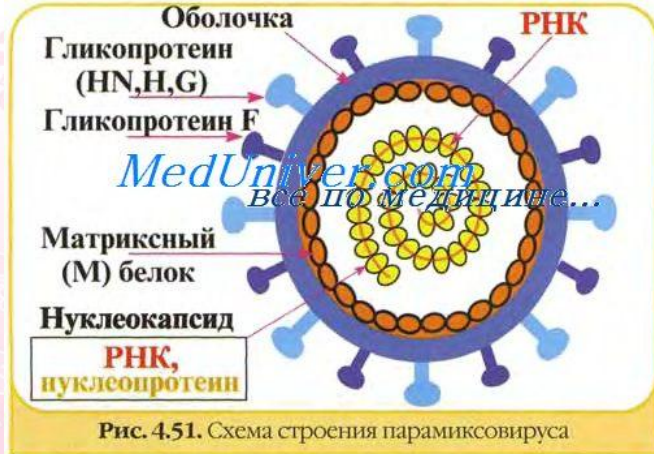


Рис. 4.51. Схема строения парамиксовируса



Рис. 4.52. Схема репродукции парамиксовируса

# ЭТИОЛОГИЯ

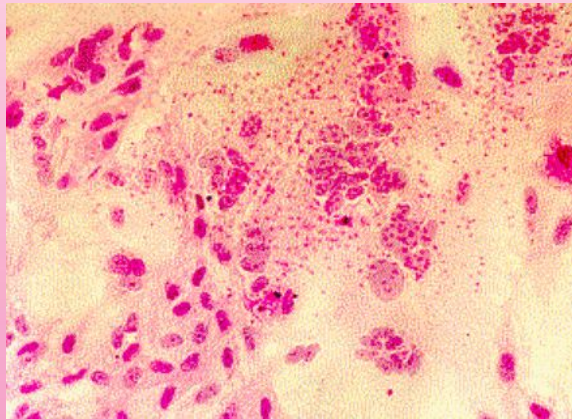
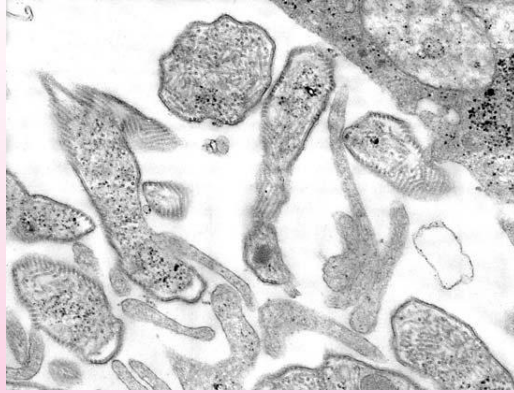
Возбудитель - РНК-содержащий вирус семейства *Paramyxoviridae*. Антигенная структура стабильна; известен один серовар вируса эпидемического паротита. Возбудитель устойчив во внешней среде (при температуре воздуха 18-20 С сохраняется несколько дней, а при низкой температуре - до нескольких месяцев), но быстро инактивируется при воздействии высокой температуры, дезинфицирующих средств.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник инфекции - только больной человек (манифестной, стёртой и бессимптомной формой). Наибольшую эпидемическую опасность представляют больные со стёртыми формами заболевания. Вирус выделяется со слюной больного, начиная с последних часов (возможно с последних 4-6 дней) инкубационного периода и в течение первых 9 дней болезни. Максимальную контагиозность отмечают в первые 3-5 дней, после 9-го дня больного считают незаразным. Путь передачи - воздушно-капельный. Фактор передачи инфекции - тесный контакт. Индекс контагиозности - 70%. Восприимчивость составляет около 85%. Чаще всего болеют дети дошкольного и младшего школьного возраста. С возрастом количество случаев заболевания уменьшается за счёт увеличения прослойки иммунных лиц.



Случаи заболевания среди детей первого года жизни крайне редки в связи с наличием у них специфических АТ, полученных от матери трансплацентарно и с молоком. У лиц старше 40 лет эпидемический паротит наблюдают редко. Сезонность: пик заболеваемости приходится на зимне-весенние месяцы. Периодичность эпидемической заболеваемости - 2-3 или 3-4 года.



Отсутствие катаральных явлений и снижение саливации делают невозможным распространение инфекции на расстояние более 2 мот больного, поэтому заражаются преимущественно лица из ближайшего окружения. Это, равно как и наличие бессимптомных форм заболевания, объясняет также относительно медленное распространение инфекции при эпидемической вспышке (по сравнению с гриппом, корью и другими капельными инфекциями). Возможна передача вируса через игрушки, предметы обихода, инфицированные слюной, однако этот путь не имеет существенного значения.

# ПАТОГЕНЕЗ

Вирус эпидемического паротита, попадая в организм через слизистую оболочку полости носа, рта, глотки и конъюнктиву, сначала циркулирует в крови (первичная вирусемия), затем попадает в железистые органы (слюнные, половые железы и поджелудочную железу), а также ЦНС, где размножается и вызывает воспалительную реакцию. Наибольшая репродукция вируса происходит в слюнных железах. Первичная вирусемия поддерживается повторным выходом возбудителя из поражённых органов (вторичная вирусемия), поэтому клинические проявления поражения того или иного органа могут появиться как в первые дни болезни, так и в более поздние сроки. Персистенция вируса продолжается 5-7 дней, затем в крови появляются АТ класса IgM. Окончательный иммунитет с накоплением АТ класса IgG формируется через несколько недель.



365



366

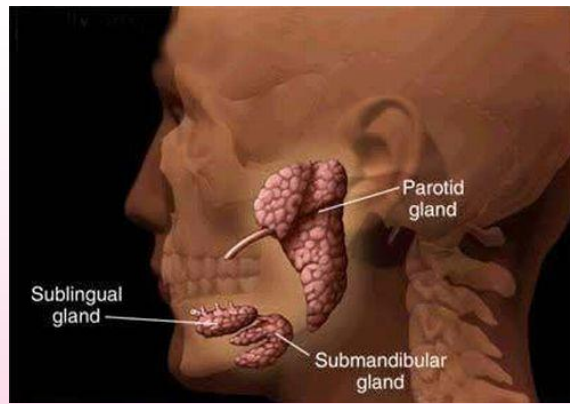


367

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Инкубационный период продолжается 11-21 день (в среднем 18), но может укорачиваться до 9 или удлиняться до 26 дней. Заболевание может проявляться изолированным поражением отдельных органов или различными сочетаниями характерных синдромов (паротит, субмаксиллит, серозный менингит или менингоэнцефалит, орхит, панкреатит), возникающими одновременно или последовательно. Наиболее часто при эпидемическом паротите поражаются слюнные железы (паротит, субмаксиллит, сублингвит).



Паротит начинается остро с подъёма температуры тела до 38-39 °С, общего недомогания и болей в околоушной области, при открывании рта и жевании, иногда отмечают шум в ушах. Один из ранних признаков паротита - болезненность за мочкой уха. Уже в первые сутки перед ушной раковиной и за углом нижней челюсти можно пропальпировать тестоватой консистенции припухлость, сначала, как правило, одностороннюю. На слизистой оболочке щеки на стороне поражения можно обнаружить отёчное и гиперемированное выводное отверстие протока околоушной слюнной железы. При последовательном вовлечении второй околоушной, поднижнечелюстных, подъязычных желёз и других органов возникают повторные подъёмы температуры тела. Лицо больных в период разгара заболевания принимает характерный вид, в связи с чем и возникло название «свинка». Увеличение, отёк, болезненность околоушных и/или подчелюстных желёз (одноили двухстороннее) сохраняется от 2 до 7 дней, после чего боли стихают, размеры увеличенной железы начинают уменьшаться и нормализуются к 8-10-му дню.



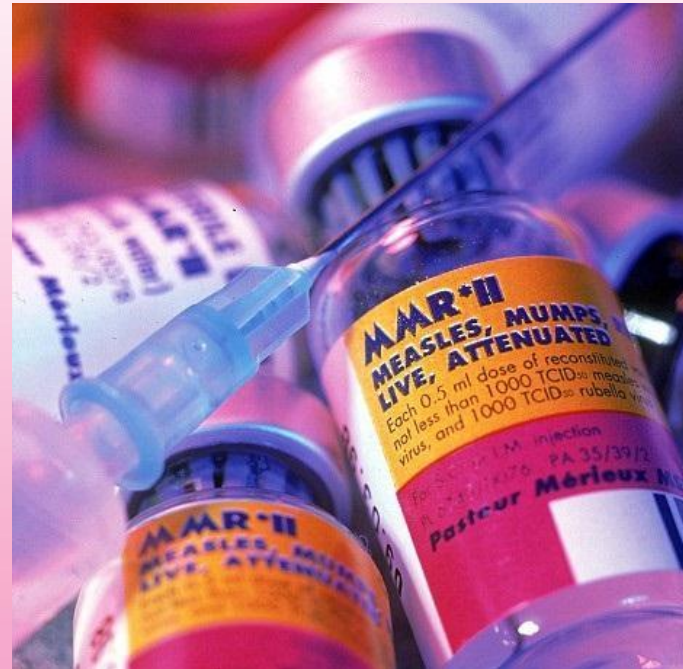
# ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика эпидемического паротита в типичных случаях трудностей не представляет. Затруднения возникают при вариантах болезни, протекающих в форме субмаксиллита или без поражения слюнных желёз (изолированный панкреатит, серозный менингит и др.). Определённую помощь при диагностике этих форм оказывает эпидемиологический анамнез - случаи заболевания в семье, детском дошкольном учреждении, школе. Можно использовать серологические методы диагностики (РПГА, РТГА, ИФА), с помощью которых диагноз удаётся подтвердить ретроспективно. Вирусологические исследования трудоёмки, требуют специально оснащённой лабораторной службы, поэтому в практической работе не используются.

Форма	Степень тяжести	Течение
Типичная: железистая (изолированное поражение околоушных, подчелюстных слюнных желёз, яичек), нервная (изолированное поражение ЦНС), комбинированная Атипичная: стёртая, субклиническая	Лёгкая Средней тяжести Тяжёлая	Неосложнённое Осложнённое

# ЛЕЧЕНИЕ

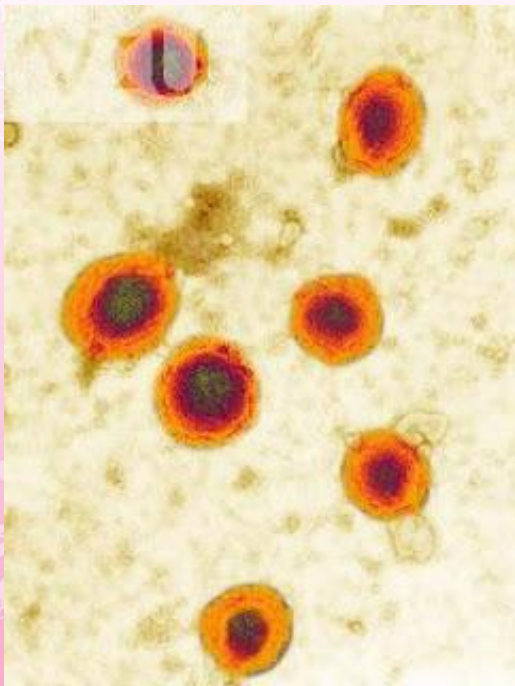
Лечение обычно проводят на дому, госпитализируют больных по клиническим (менингиты, менингоэнцефалиты, орхиты) и эпидемиологическим показаниям. Специфической терапии не существует. Назначают постельный режим до нормализации температуры тела. Диета щадящая (молочно-растительная с ограничением сырых овощей и фруктов, свежего хлеба). Необходим тщательный гигиенический уход за полостью рта. На область поражённых желёз - сухое тепло. При необходимости - симптоматические средства (жаропонижающие при гипертермии и т.д.).



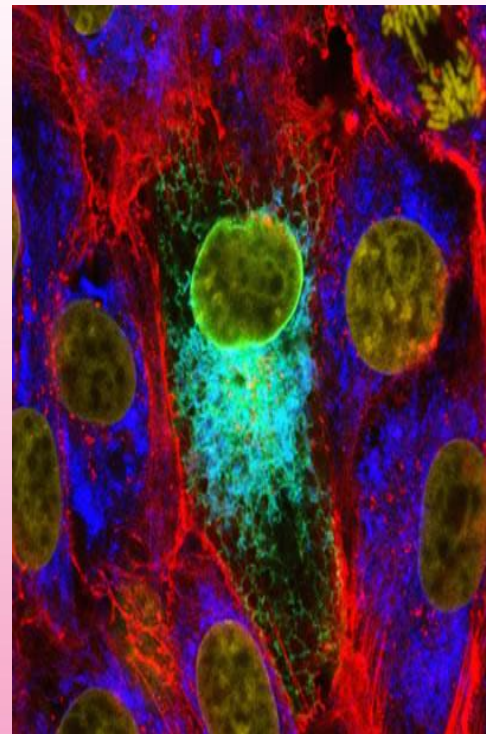
# ПРОФИЛАКТИКА



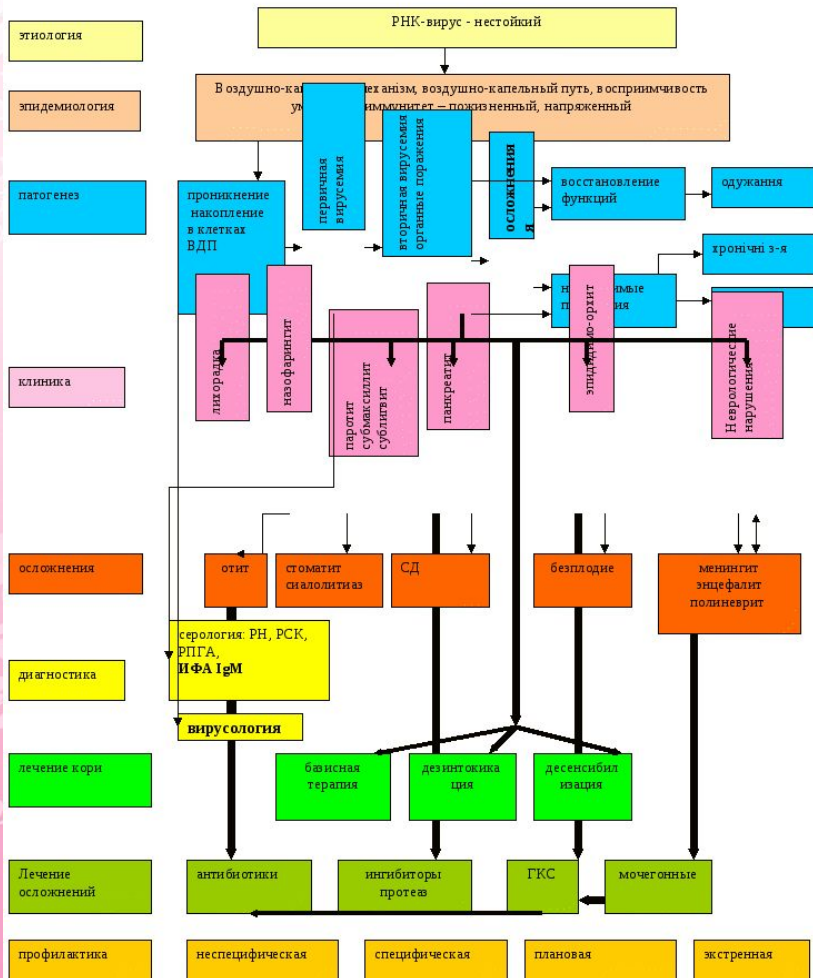
Специфическую профилактику проводят в возрасте 12 мес и повторно - в 6 лет паротитной культуральной живой вакциной. Существуют комбинированные препараты, включающие вакцины против кори и краснухи. Вакцину вводят подкожно в подлопаточную область или наружную область плеча. В связи с применением живой вакцины на 4-12-й день после введения возможны вакцинальные реакции в виде кратковременного повышения температуры тела. Редко возникает незначительное увеличение околоушной железы.



Крайне редко в эти дни могут развиваться осложнения: чрезмерно выраженная общая реакция (высокая температура тела, интоксикация, боли в животе), менингеальный синдром, что требует госпитализации ребёнка и оформления экстренного извещения в ЦГСЭН. В очаге заболевания заключительную дезинфекцию не проводят. Достаточно проветрить помещение и провести влажную уборку. Дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом, разобщаются на 21 день с момента контакта. При установлении точной даты контакта детей не допускают в организованный коллектив с 11-го по 21-й день.



## Эпидемический паротит



Признаки	Эпидемический паротит	Гнойный паротит	Слюннокаменная болезнь	Синдром Микулича
Начало	острое	острое	острое	постепенное
Течение	острое	острое	рецидивирующее	хроническое
Температура тела	до 39 – 40 °С	выше 39 °С	нормальная	нормальная
Состояние слюнных желез	припухлость тестоватой консистенции, умеренно болезненная, часто двухсторонняя	припухлость резко болезненная, вначале плотная, затем – флюктуирующая, односторонняя	припухлость то увеличивается, то уменьшается, «слонная» коликка усиливается при приеме пищи	увеличение слюнных желез двухстороннее, бугристое, малоболезненное
Изменение слизистой оболочки тра	симптом Мурсу, гипосаливация	выделение гноя из устья стеновова протока	саливация снижена на стороне закупорки слюнного протока	нет
Поражение других органов	субмаксиллит, орхит, серозный менингит, панкреатит, аднексит	паротит возникает на фоне истощающих заболеваний (сепсис, скарлатина, брюшной тиф)	нет	поражение слюнных желез, птоз, гиперплазия лимфатических желез, печени, селезенки
Периферическая кровь	лейкопения или нормоцитоз, лимфоцитоз	нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ	изменений нет	лейкопения или лейкоцитоз, тромбоцитопения, анемия