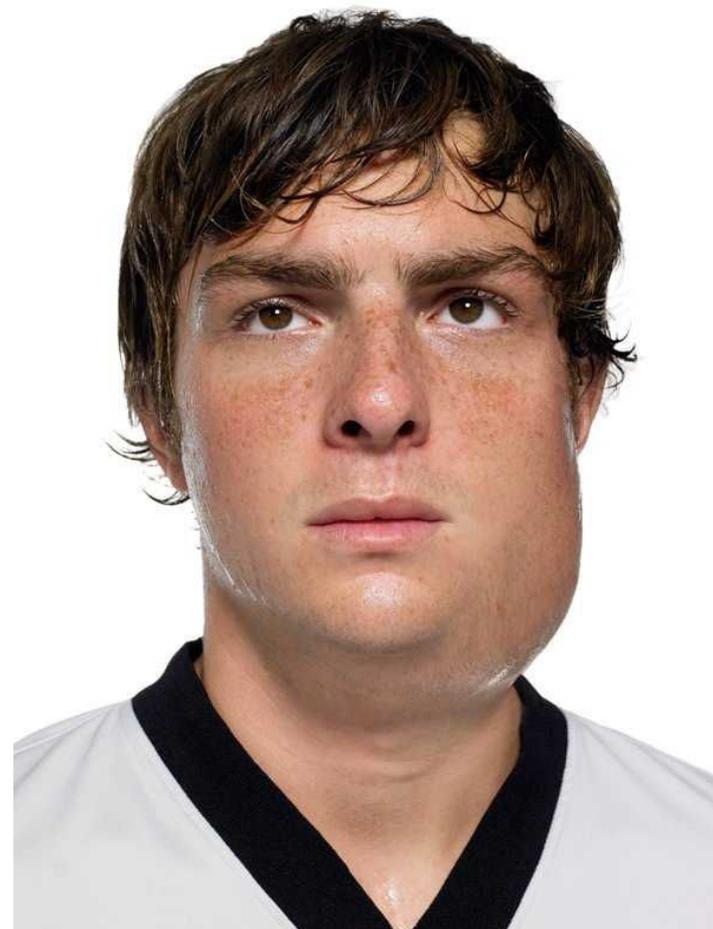


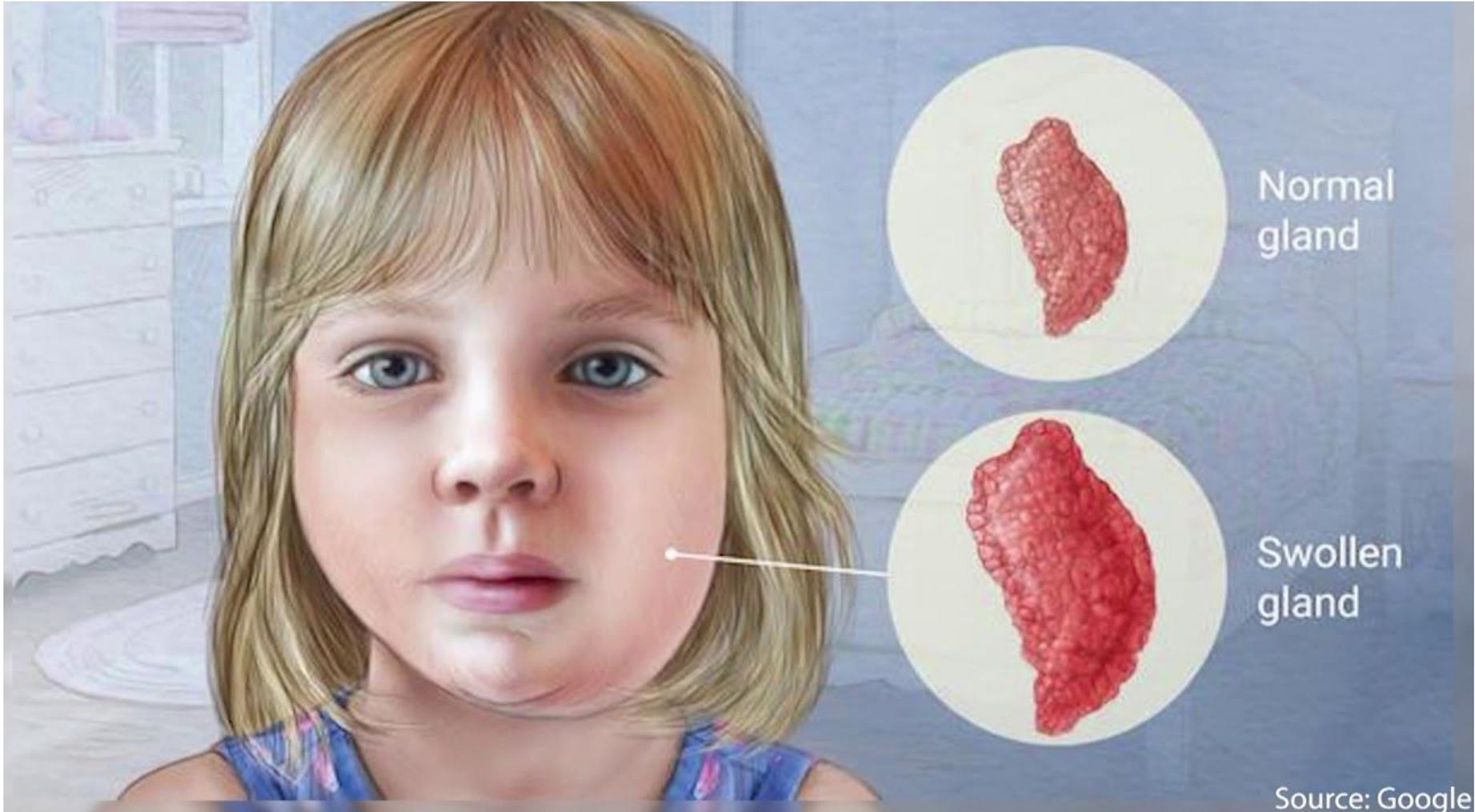
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

ПРИГОТОВИЛА СТУДЕНТКА 202Л ИГНАТЕНКО ЯНА
ПРЕПОДАВАТЕЛЬ :ИЛЬИНА.Е.С

Эпидемический паротит (синонимы: свинка, заушница; mumps — англ.) Parotitis epidemica (от греч. para - около, otos - ухо) — острая вирусная болезнь; характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других органов и центральной нервной системы. Вирус впервые выделен в 1934 г.



Резистентность. Вирус нестойк, инактивируется при нагревании, при ультрафиолетовом облучении, при контакте с жирорастворителями, 2% раствором формалина, 1% раствором лизола, спиртом, температуре 500С

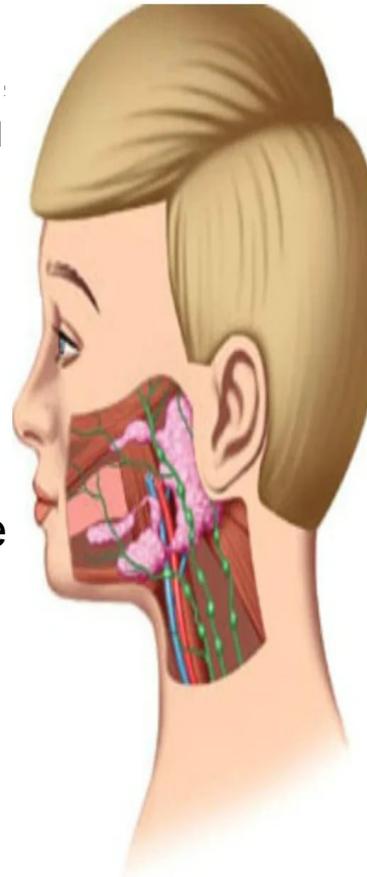


Source: Google

Эпидемиология. Эпидемический паротит распространен повсеместно. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными и стертыми формами инфекции. Больной становится заразным за 1—2 дня до появления клинических симптомов и в первые 5 дней болезни. После исчезновения симптомов болезни пациент незаразен. Из организма больного вирус выделяется со слюной. **Механизм передачи** - аэрогенный, хотя полностью нельзя исключить возможность передачи через загрязненные предметы (например, игрушки). Восприимчивость к инфекции высокая (приближается к 100%). Чаще болеют дети. Лица мужского пола болеют паротитом в 1,5 раза чаще, чем женщины. Заболеваемость характеризуется выраженной сезонностью (индекс сезонности 10). Максимум заболеваемости приходится на март—апрель, минимум — на август—сентябрь. Через 1—2 года наблюдаются периодические подъемы заболеваемости. Встречается в виде спорадических заболеваний и в виде эпидемических вспышек. У 80—90% взрослого населения в крови можно обнаружить противопаротитные антитела, что свидетельствует о широком распространении этой инфекции (у 25% инфицированных инфекция протекает инapparantly). После введения в практику иммунизации живой вакциной заболеваемость эпидемическим паротитом значительно снизилась.

Патогенез. Входными воротами инфекции служит слизистая оболочка верхних дыхательных путей (возможно, миндалины). Возбудитель проникает в слюнные железы не через околоушный (стенонов) проток, а гематогенным путем. Вирусемия является важным звеном патогенеза паротита, что доказывается возможностью выделения вируса из крови уже на ранних этапах болезни. Вирус разносится по всему организму и находит благоприятные условия для размножения (репродукции) в железистых органах, а также в нервной системе. Поражение нервной системы и других железистых органов может наступать не только после поражения слюнных желез, но и одновременно, раньше и даже без поражения их (очень редко). Удавалось выделить вирус паротита не только из крови и слюнных желез, но и из тестикулярной ткани, из поджелудочной железы, из молока больной паротитом женщины. При паротите в организме вырабатываются специфические антитела (нейтрализующие, комплементсвязывающие и др.), обнаруживаемые в течение нескольких лет, и развивается аллергическая перестройка организма, сохраняющаяся очень долго (возможно, в течение всей жизни).

Инкубационный период продолжается от 11 до 23 дней (чаще 15—19 дней). У некоторых больных за 1-2 дня до развития типичной картины болезни наблюдаются продромальные явления в виде разбитости, недомогания, болей в мышцах, головной боли, познобливания нарушения сна и аппетита. С развитием воспалительных изменений слюнной железы все симптомы интоксикации становятся более выраженными, отмечаются признаки, связанные с поражением слюнных желез, — сухость во рту, боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре



Опухание слюнных желез - один из главных симптомов паротита



Эпидемический паротит может протекать в различных клинических формах.

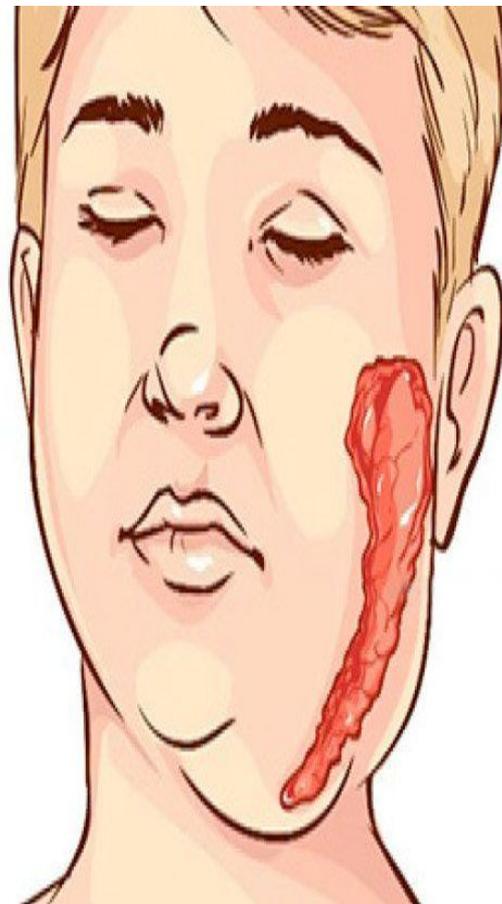
А. Манифестные формы:

1. Неосложненные: поражение только слюнных желез, одной или нескольких.

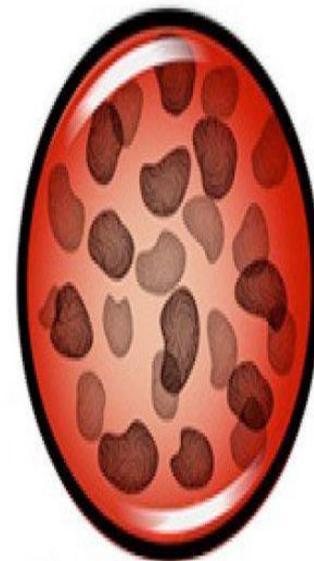
2. Осложненные: поражение слюнных желез и других органов (менингит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, мастит, миокардит, артриты, нефрит).

Б. Инаппарантная форма инфекции.

В. Резидуальные явления эпидемического паротита: атрофия яичек; бесплодие; диабет; глухота; нарушение функций ЦНС (менингит, энцефалит), миокарда, суставов, почек.

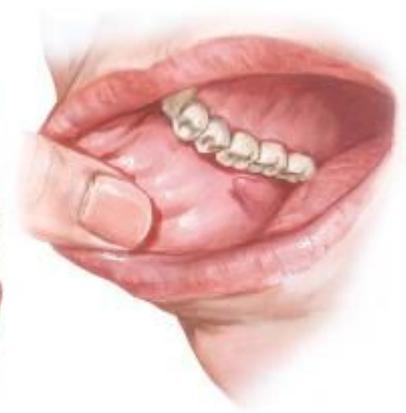


*Опухшая
слюнная железа*



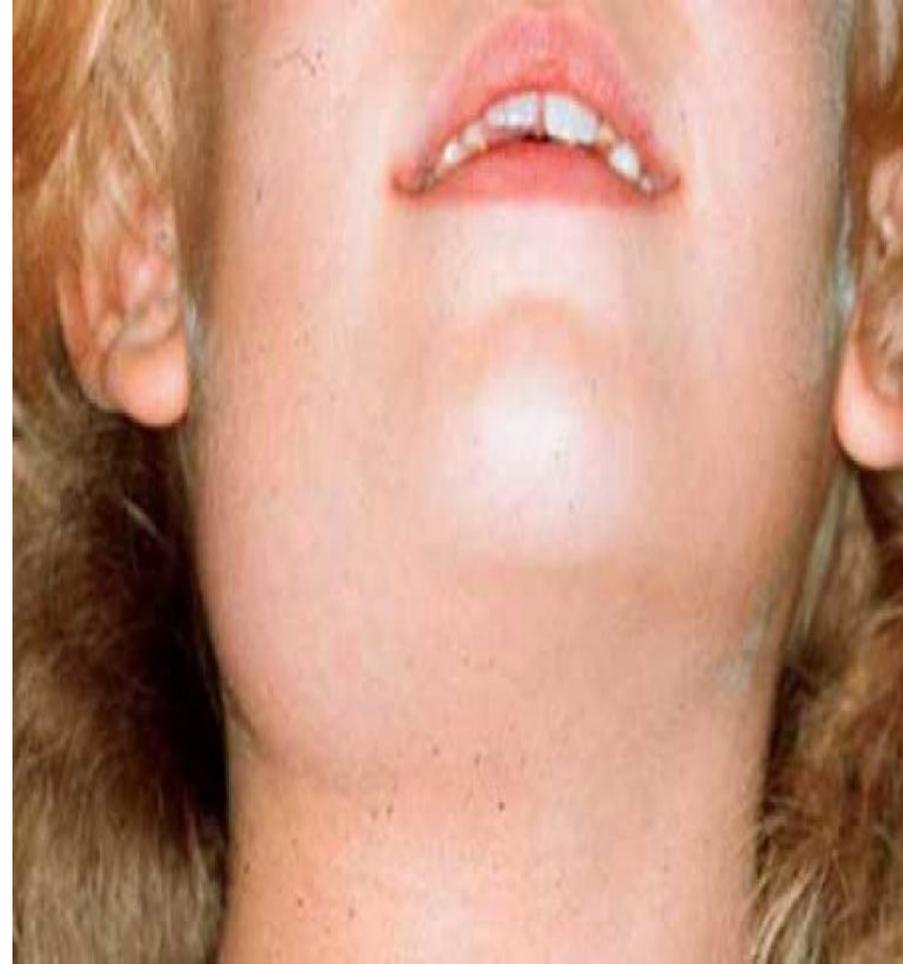
*Вирус
эпидемического
паротита*

По тяжести течения: легкие (в том числе стертые и атипичные); среднетяжелые; тяжелые. В типичных случаях лихорадка достигает максимальной выраженности на 1—2-й день болезни и продолжается 4—7 дней, снижение температуры чаще происходит литически. Характерный симптом болезни — поражение слюнных желез (у большинства больных околоушных). Область увеличенной железы болезненна при пальпации. Увеличение слюнной железы быстро прогрессирует и в течение 3 дней достигает максимума. На этом уровне припухлость держится 2—3 дня и затем постепенно (в течение 7—10 дней) уменьшается.



F. Netter M.D.

Осложнения. При эпидемическом паротите осложнения чаще проявляются в поражении железистых органов и центральной нервной системы. При заболеваниях детей одним из частых осложнений является серозный менингит. Как правило, симптомы поражения нервной системы появляются после воспаления слюнных желез, но возможно и одновременное поражение слюнных желез и нервной системы (у 25-30%). У некоторых больных, помимо менингеальных симптомов, развиваются признаки энцефалита (менингоэнцефалит) или энцефаломиелита. У больных отмечается нарушение сознания, вялость, сонливость, неравномерность сухожильных и периостальных рефлексов, парезы лицевого нерва и др.



Орхиты чаще наблюдаются у взрослых. Частота их зависит от тяжести болезни (при среднетяжелых и тяжелых формах орхиты возникают примерно у половины больных). Признаки орхита отмечаются на 5—7-й день от начала заболевания и характеризуются новой волной лихорадки (до 39—40°С), появлением сильных болей в области мошонки и яичка, иногда иррадиирующих в нижние отделы живота. Яичко увеличивается, достигая размеров гусиного яйца. Лихорадка держится 3—7 дней, увеличение яичка — 5—8 дней. Затем боли проходят, и яичко постепенно уменьшается в размерах. В дальнейшем (через 1-2 мес) могут появиться признаки атрофии яичка, которые отмечаются у 50% больных, перенесших орхит (если не назначались кортикостероиды в начале развития осложнения).

Острый панкреатит развивается на 4—7-й день болезни.

Появляются резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, лихорадка, при осмотре у некоторых больных отмечается напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины.

Поражение органа слуха иногда приводит к полной глухоте. Первым признаком служит появление шума и звона в ушах. О лабиринтите свидетельствуют головокружение, рвота, нарушение координации движений. Обычно глухота бывает односторонней (на стороне поражения слюнной железы). В периоде реконвалесценции слух не восстанавливается.

Артриты развиваются примерно у 0,5% заболевших, чаще у взрослых, причем у мужчин чаще, чем у женщин.

Наблюдаются они впервые 1—2 нед после поражения слюнных желез, хотя возможно появление их и до изменения желез.

Поражаются чаще крупные суставы (лучезапястные, локтевые, плечевые, коленные и голеностопные). Суставы опухают, становятся болезненными, в них может появиться серозный выпот.

Длительность артрита чаще 1—2 нед, у отдельных больных симптомы артрита сохраняются до 1-3 мес.

В настоящее время установлено, что **вирус паротита у беременных** может обусловить поражение плода. В частности, у детей отмечается своеобразное изменение сердца — так называемый первичный фиброэластоз миокарда.

Другие осложнения (простатиты, маститы, тиреоидиты, бартонилиты, нефриты, миокардиты) наблюдаются редко.



Иммунитет. После перенесенной болезни формируется стойкий пожизненный иммунитет. Дети в первые 6 мес жизни имеют пассивный естественный иммунитет и не болеют паротитом.

Лабораторная диагностика. В качестве исследуемого материала можно использовать слюну, отделяемое носоглотки, мочу, при поражениях ЦНС - спинномозговую жидкость.

Экспресс-метод диагностики - РИФ. Вирус выделяют в культурах клеток или на куриных эмбрионах. Идентификацию выделенного вируса осуществляют с помощью РИФ, РН, торможения гемадсорбции, РТГА, РСК. Для серодиагностики используют РТГА, РСК, ИФА.

Иммунофлюоресцентные методы позволяют обнаружить вирусы на клеточной культуре уже через 2—3 дня (при стандартном методе исследования — лишь через 6 дней). Иммунофлюоресцентный метод позволяет обнаружить вирусный антиген непосредственно в клетках носоглотки, что дает возможность наиболее быстро получить ответ. Серологические методы позволяют выявить нарастание титра антител только через 1—3 нед от начала заболевания, для чего используют различные методы. Наиболее информативным является твердофазный иммуноферментный анализ, более поздние результаты получают с помощью более простых реакций (РСК и РТГА). Исследуют парные сыворотки; первая берется в начале болезни, вторая — спустя 2—4 нед. Диагностическим считается нарастание титра в 4 раза и более. Может быть использована внутрикожная проба с антигеном (аллергеном). Диагностическим считается переход отрицательной пробы в положительную. Если кожная проба будет положительной уже в первые дни болезни, то это свидетельствует о том, что человек ранее перенес паротит.

Прогноз благоприятный, летальные исходы бывают очень редко (1 на 100 000 заболевших); однако следует учитывать возможность глухоты и атрофии яичек с последующей азооспермией.

Профилактика и мероприятия в очаге. Больных эпидемическим паротитом можно лечить дома. Госпитализируют больных тяжелыми осложненными формами, а также по эпидемиологическим показаниям. Изолируют больных дома в течение 9 дней. В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания паротитом, устанавливается карантин на 21 день. Дезинфекция в очагах паротита не проводится.

Для специфической профилактики используют живую паротитную вакцину из аттенуированного штамма Ленинград-3 (Л-3), разработанную А.А. Смородинцевым. Вакцина вводится парентерально (однократно, подкожным или внутрикожным методом) детям в возрасте 18 мес. Детям, контактировавшим с больным паротитом, не болевшим и не привитым ранее, можно срочно провести прививку паротитной вакциной (при отсутствии клинических противопоказаний).

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА

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, «слюнная» колика усиливается при приеме пищи	увеличение слюнных желез двухстороннее, бугристое, малоболезненное
Изменение слизистой оболочки тра	симптом Мурсу, гипосаливация	выделение гноя из устья стенового протока	саливация снижена на стороне закупорки слюнного протока	нет
Поражение других органов	субмаксиллит, сублингвит, 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

Корь



Краснуха



Паротит



ЛИТЕРАТУРА:

1. ВОРОБЬЕВ А.В., БИКОВ А.С., ПАШКОВ Е.П., РЫБАКОВА А.М. МИКРОБИОЛОГИЯ.– М.: МЕДИЦИНА, 1998.– 336С.
2. МЕДИЦИНСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ /ПОД РЕД. В.И. ПОКРОВСКОГО.– М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.– 768С.
3. МЕДИЦИНСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ И ВИРУСОЛОГИЯ /УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ, САНКТ– ПЕТЕРБУРГ «СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА», 1998.– 592 С.
4. ТИМАКОВ В.Д., ЛЕВАШЕВ В.С., БОРИСОВ Л.Б. МИКРОБИОЛОГИЯ /УЧЕБНИК.– 2-Е ИЗД., ПЕРЕРАБ. И ДОП.– М.: МЕДИЦИНА, 1983,- 512С.
6. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИИ.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!