

Эпидеми^чический паротит



Определение

★ **Эпидемический паротит (свинка, заушница, паротитная инфекция) — острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом эпидемического паротита, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, поражением околоушных слюнных желез, центральной нервной системы, а также возможностью вовлечения в патологический процесс других органов и систем.**

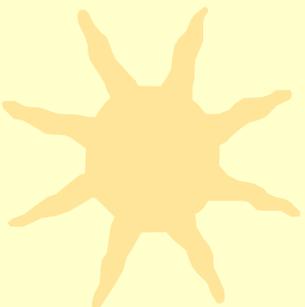
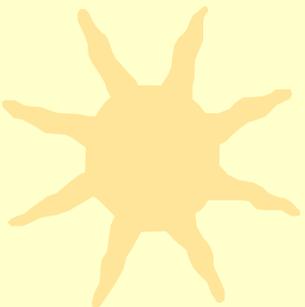
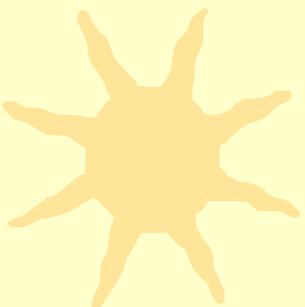


Этиология

- ★ Возбудителем эпидемического паротита (ЭП) является вирус, который относится к семейству *Paramyxoviridae*. Вирус содержит рибонуклеиновую кислоту, неустойчив во внешней среде, чувствителен к нагреванию, высушиванию, воздействию химических, дезинфицирующих средств (при +60 °С погибает в течение 5-10 мин., при ультрафиолетовом освещении - сразу, в дезинфицирующих растворах — в течение нескольких минут).



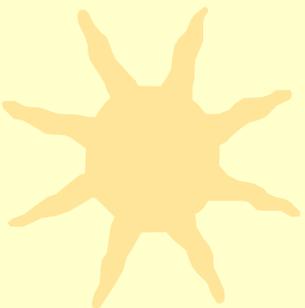
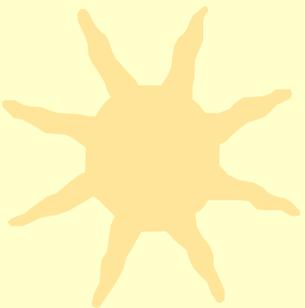
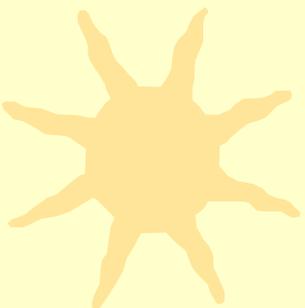
Эпидемиология



- ★ *Источником инфекции* является больной человек, который становится заразным с конца инкубационного периода (за 1-2 дня до клинических проявлений) и особенно в течение первых 3-5 дней болезни. Заразительность больных прекращается после 9-го дня от начала заболевания.



Эпидемиология



- ★ *Механизм передачи:* капельный. Основной *путь передачи* — воздушно-капельный. Возбудитель инфекции выводится во внешнюю среду с капельками слюны и внедряется в организм при оседании их на слизистой оболочке ротовой полости (необходимо подчеркнуть, что у больных паротитной инфекцией независимо от локализации патологического процесса вирус обнаруживается в слюне, с капельками которой он и выбрасывается в воздух).
- ★ *Контактно-бытовой путь* передачи маловероятен и возможен только при непосредственном переносе инфицированных предметов от больного к здоровому (например, ослюненных игрушек).
- ★ *Внутриутробные заражения* паротитной инфекцией являются казуистикой.

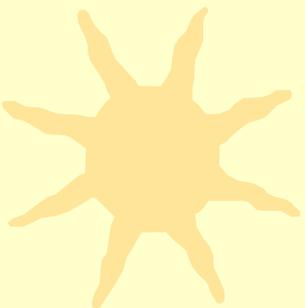
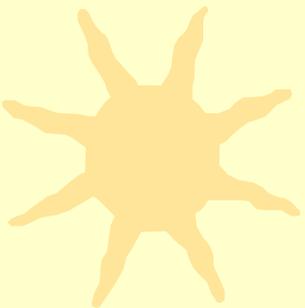
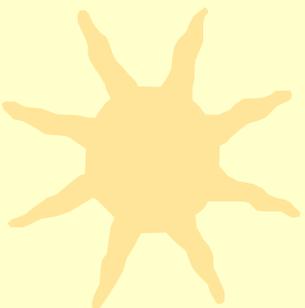


Возрастная структура заболевших

★ *Возрастная структура.* ЭП наблюдается в любом возрасте, однако 95% всех заболевших составляют дети. Максимальная заболеваемость до активной иммунизации приходилась на дошкольный и младший школьный возраст, вакцинопрофилактика сместила пик заболеваемости на более старшие возрастные группы (10-14 лет, 15-19 лет). Дети в возрасте до 1-го года, особенно первых 6 мес. жизни, болеют крайне редко.



Иммунитет



- ★ *Иммунитет* после перенесенного ЭП— стойкий, повторные заболевания очень редки (не более 3% случаев). Иммунитет вырабатывается как после перенесения клинически выраженной формы, так и в результате перенесения стертых и бессимптомных (иннапарантных) форм болезни.



Патогенез

- ★ Местом первичной локализации вируса эпидемического паротита (ВЭП) являются слюнные железы, выводные протоки которых открываются на слизистой оболочке рта. Ближе и доступнее находятся стенозные протоки околоушных слюнных желез, менее доступны выводные отверстия главных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез — вартонов и бартолиниев.



Патогенез 2

★ Вирус из полости рта ретроградно проникает в слюнные железы способствуют имеющие у больных нарушения саливации вплоть до асиалии (прекращение выделения слюны). Достижение возбудителем места своей первичной локализации не является пассивным актом, клетки слюнных желез эволюционно подготовили себя к принятию вируса ЭП. Здесь, в железистом эпителии околоушных, подчелюстных, подъязычных слюнных желез, а также в эпителии выводных протоков этих желез происходит размножение вируса.



Патогенез 3

- ★ Из места первичной локализации (слюнных желез) ВЭП попадает в кровь — вирусемия отмечается у всех больных паротитной инфекцией. С током крови ВЭП попадает в различные органы и системы, вызывая поражения железистых органов, нервной системы, других органов и систем.
- ★ ВЭП может также достигать слюнных желез по лимфатическим путям в силу лимфотока и тропизма, хемотаксиса,



Патогенез 4

- ★ В последние годы установлено, что ВЭП поражает только железы экзопителиального происхождения, различные по функции (экзокринные, эндокринные, с двойственной функцией), но объединенные тождеством анатомического и гистологического строения: слюнные железы (околоушные, подчелюстные, подъязычные — поражаются первично); поджелудочная железа (внешнесекреторная часть); мужские половые железы (яички, простата); женские половые железы (яичники, бартолиновы); молочные железы, щитовидная железа. К данной группе желез относятся и слезные железы, однако они, по-видимому, поражаются первично, т. е. вирус попадает непосредственно в глаз с капельками вируссодержащей слюны.

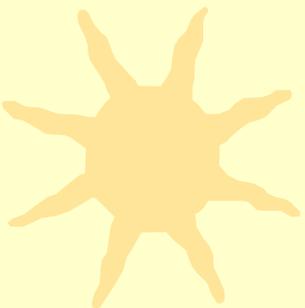
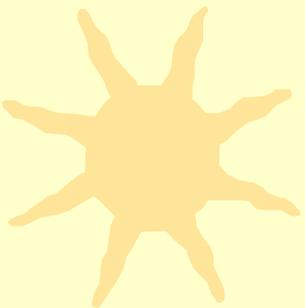
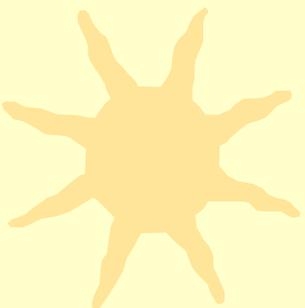


Патогенез 5

- ★ Патологическое состояние спинномозговой жидкости, сопровождающее течение всех, даже очень легких форм ЭП, в сочетании с многочисленными клиническими наблюдениями доказывает, что та или иная степень патологии со стороны нервной системы сопутствует каждому случаю ЭП. Длительная циркуляция ВЭП в крови способствует проникновению возбудителя через гематоэнцефалический барьер и является решающим фактором поражения нервной системы.



Классификация



* 1. Классификация эпидемического паротита

* По типу:

* 1. Типичные:

* изолированная (паротит);

* комбинированная (паротит + субмандибулит; паротит + ор-хит; паротит + серозный менингит и др.).

* 2. Атипичные:

* изолированная;

* комбинированная (панкреатит + сублингвит; панкреатит + энцефалит и др.);

* стертая;

* — бессимптомная.

По тяжести:

* Легкая форма.

* Среднетяжелая форма.

* Тяжелая форма. *Критерии тяжести:* выраженность лихорадки; выраженность синдрома интоксикации; выраженность местных изменений.

* По течению (*по характеру*):

* Гладкое.

* Негладкое:

* -- с осложнениями

* -- с наслоением вторичной инфекции;

* -- с обострением хронических заболеваний





КЛИНИКА

- ★ **Клиническая картина.** *Инкубационный период* эпидемического паротита колеблется от 11 до 21 дня (чаще 15-19 дней).
- ★ **Типичные формы** (с увеличением околоушных слюнных желез) могут быть изолированными, когда имеется только паротит, и комбинированными — сочетанное поражение околоушной I слюнной железы и других железистых органов (подчелюстных и подъязычных слюнных желез, поджелудочной железы, половых желез и др.); поражение околоушной слюнной железы и ЦНС;
- ★ поражение околоушной слюнной железы и других органов и систем.



Клиника

- ★ В период разгара дети предъявляют жалобы на боль при открывании рта, жевании, реже — в области мочки уха, шеи. Появляется увеличение околоушной слюнной железы, а через 1—2 дня обычно увеличивается и другая околоушная слюнная железа. На стороне поражения возникает припухлость впереди уха (вдоль восходящей ветви нижней челюсти), под мочкой уха, сзади ушной раковины, так что мочка уха находится в центре «опухоли». Припухлость тестоватой или эластичной консистенции; кожа напряжена, цвет ее не изменен. Увеличенная околоушная слюнная железа при пальпации безболезненная или умеренно болезненная.



Патогномичные симптомы

- ★ У больных эпидемическим паротитом определяют «болевы́е точки Филатова»: болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Выявляют также характерные изменения на слизистой оболочке полости рта: отечность и гиперемию вокруг наружного отверстия выводного протока околоушной слюнной железы (симптом Мурсона).



Субмандибулит

- ★ Поражение *подчелюстных слюнных желез* (субмандибулит) чаще бывает двусторонним. Встречается, как правило, в сочетании с поражением околоушных слюнных желез, но иногда может быть единственным проявлением паротитной инфекции. При субмандибулите «опухоль» в виде продолговатого или округлого образования определяется кнутри от края нижней челюсти.



Панкреатит

- ★ Клинически панкреатит проявляется резкими схваткообразными болями в левом подреберье, нередко опечающего характера. Повышается температура тела с возможными колебаниями до 1-1,5 °С (сохраняется до 7 дней и более). Почти всегда отмечают тошноту, повторную рвоту, снижение аппетита, икоту, запоры, в редких случаях — поносы. У детей первых 2 лет жизни изменяется характер стула — жидкий, плохо переваренный, с наличием белых комочков. Язык обложен, суховатый. При тяжелых формах отмечается многократная рвота; пульс учащен, артериальное давление снижено, возможно развитие коллаптоидного состояния.

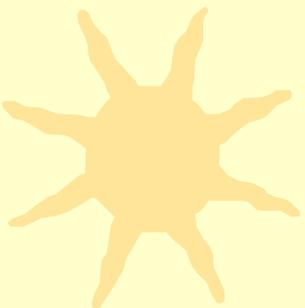
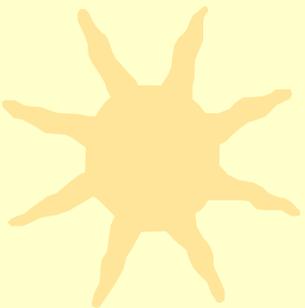
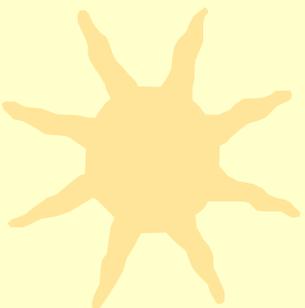


ОРХИТ

- ★ При возникновении орхита общее состояние больных резко ухудшается — температура тела повышается до 39-41 °С. Температурная кривая приобретает «двугорбый» характер, а при последовательном вовлечении в патологический процесс обоих яичек наблюдается и третий пик температуры. Одновременно появляются боли в тестикулах, иррадиирующие в поясницу, промежность, усиливающиеся при вставании с постели, движениях. В ряде случаев наблюдаются головная боль и рвота. Наряду с симптомами интоксикации развиваются местные признаки орхита — увеличение объема яичка, его болезненность, гиперемия, истончение или отек кожи мошонки. Признаки орхита максимально выражены в течение 3—5 дней, затем постепенно уменьшаются и исчезают.



Оофорит



- ★ Оофорит отмечается у девочек в период полового созревания. Воспаление яичников характеризуется остротой процесса, резкой болезненностью в подвздошной области, высокой температурой тела. Обратная динамика, как правило, быстрая (5-7 дней). Исходы оофоритов чаще благоприятные.

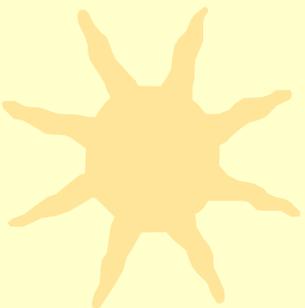
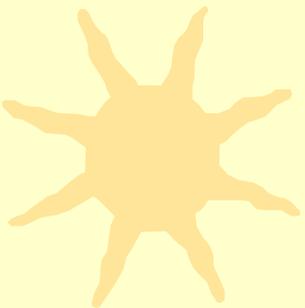
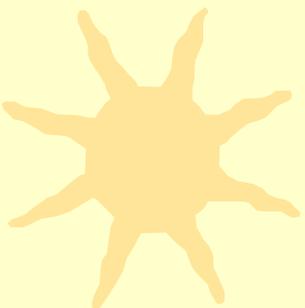


Серозный менингит

- * **Серозный менингит** возникает, как правило, до 6-го дня болезни, может быть единственным проявлением паротитной инфекции. Наиболее часто паротитный менингит возникает у детей в возрасте от 3 до 9 лет.
- * **Начало острое, иногда— внезапное.** Отмечают резкое повышение температуры тела, повторную рвоту, не связанную с приемом пищи и не приносящую облегчение; возможны судороги, бред, потеря сознания. Больные жалуются на головную боль, вялость, сонливость, плохой сон, снижение аппетита. Выявляют менингеальные симптомы — ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского 1, 2, 3, симптом Кернига (выражены умеренно или слабо в течение 5—7 дней).



Атипичные формы



- ★ **Атипичные формы** протекают без увеличения околоушных слюнных желез. Они могут быть *изолированными* (поражается один орган/система) и *комбинированными* (поражаются два или более органа/системы).
- ★ *Стертая форма* — с эфемерным поражением околоушной слюнной железы (увеличение определяется пальпаторно, быстро исчезает).
- ★ *Бессимптомная форма* — клинические признаки отсутствуют; диагностируется в очагах инфекции по нарастанию титра специфических антител в динамике исследования.



Диагностика

- ★ **Опорно-диагностические признаки эпидемического паротита**
- ★ контакт с больным эпидемическим паротитом
- ★ жалобы на боль при жевании, открытии рта
- ★ синдром лихорадки
- ★ синдром интоксикации
- ★ припухлость в области околоушных слюнных желез
- ★ болевые точки Филатова
- ★ симптом Мурсона
- ★ полиорганность поражения (паротит, субмандибулит, суб-лингвит, панкреатит, орхит, серозный менингит и др.).



Диагностика

- * Вирусологический — выделение вируса из крови, слюны и спинномозговой жидкости — является бесспорным подтверждением диагноза, однако не может быть использован для ранней диагностики ввиду длительности и сложности исследования.
- * Экспресс-диагностика — обнаружение антигена вируса ЭП в слюне в РНИФ.
- * Серологический — реакция торможения гемагглютинации (РТГА), основанная на том, что во время ЭП в крови появляются антитела, тормозящие способность вируса ЭП вызывать агглюцинацию эритроцитов человека и многих животных (обезьян, птиц, овец морских свинок и др.). Нарастание титров антигемагглютининов в 4 раза и более в динамике болезни свидетельствует о паротитной инфекции. При проведении реакции связывания комплемента (РСК) в качестве антигена используется стандартный диагностикум. Комплементсвязывающие антитела являются на 2—5 день болезни и держатся в сыворотке крови довольно долго. Это позволяет использовать РСК как для ранней, так и для ретроспективной диагностики. Диагностическим является нарастание титра антител во время болезни в 4 раза и более.
- * При однократном серологическом обследовании в периоде реконвалесценции диагностическим считается титр 1:80 и выше в РТГА.
- * В настоящее время проводится определение в крови специфических IgM и IgG.
- * Гематологический метод — в периферической крови отмечается лейкопения, лимфоцитоз, неизменная СОЭ.



-
- ★ *Инфекционный мононуклеоз –*
 - ★ *Токсическая дифтерия ротоглотки*
 - ★ *Токсические паротиты, бактериальные паротиты*
 - ★ *Слюнокаменная болезнь*
 - ★ *Синдром Микулича*
 - ★ *Актиномикоз слюнных желез*
 - ★ *Опухали слюнных желез*
 - ★ *Хронический сиалоаденит*
 - ★ *Синдром Шегрена*



Лечение, легкие формы

*** При легкой форме назначают: постельный режим, диету, сухое тепло на область околушных слюнных желез. Используют виферон — по 1 свече 2 раза в день в течение 5 дней. Назначают общеукрепляющие препараты: детям до 1 года комплекс витаминов Мульти-табс Бэби в растворе по 0,5—1 мл 1 раз в день, более старшим пациентам — витаминно-минеральные комплексы: в возрастной группе 1-4 лет — Мульти-табс Малыш, 4-11 лет — Мульти-табс Юниор, детям старше 7 лет — Компливит актив, старше 11 лет — Мульти-табс Тинейджер. Препараты назначают по 1 табл. 1 раз в сутки в течении 4 недель.**



Среднетяжелые формы

★ **виферон в течение 7 дней. По показаниям назначают жаропонижающие средства. Препаратами выбора являются парацетамол и ибупрофен (нурофен для детей в форме суспензии используют с 3-месячного возраста, нурофен в таблетках — с 6 лет внутрь в разовой дозе 7,5—10 мг/кг массы тела 3-4 раза в сутки). В периоде реконвалесценции назначают витаминно-минеральные комплексы (Мульти-табс Бэби, Мульти-табс Малыш, Мульти-табс Юниор, Компливит актив, Мульти-табс Тинейджер).**



Лечение тяжелых комбинированных форм

- ★ **Терапия в остром периоде:** Режим постельный на весь острый период. Диета соответствует возрасту, полноценная, механически и химически щадящая, богатая витаминами.
- ★ **Этиотропная терапия:**
- ★ Используют препараты *рекомбинантного интерферона*: виферон-1 (150 тыс. МЕ) — детям до 7 лет; виферон-2 (500 тыс. МЕ) — детям старше 7 лет — по 1 свече 2 раза в день в течение 10-14 дней. Генферон лайт. Арбидол, рибавирин, изопринозин. Циклоферон в/м по следующим схемам: 1-я схема — циклоферон назначают один раз в сутки дозе 10 мг/кг, но не более 250 мг в/м в 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 дни терапии; 2-я схема — циклоферон назначают в дозе 15—20 мг/кг массы в сутки в 1 и 2 дни терапии, далее 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 сутки по 10 мг/кг массы тела. Длительность курса 10 суток.



Патогенетическая терапия

- ★ 1. Дегидратационная
 - ★ лазикс 0,1-0,2 мл/кг/сут в/м в течение 1-2 сут;
 - ★ диакарб по 0,06-0,25 мг однократно натощак по схеме 3— 2—3 (3 дня назначают, 2 дня — перерыв, 3 дня назначают и т.д.) в течение 3—4 нед.
- ★ 2. Детоксикационная:
 - ★ — в/в инфузия глюкозо-солевых растворов (5-10% р-р глюкозы, 0,9% р-р NaCl, р-р Рингера).
 - ★ Иммунотерапия: иммуноглобулин человека нормальный донорский, полиоксидоний парентерально (внутримышечно или внутривенно капельно) в дозе 0,1—0,15 мг/кг через 48-72 часа курсом 5—7 инъекций.
 - ★ Препараты, улучшающие мозговое кровообращение:
 - ★ — трентал 5-10 мг/кг/сут; кавинтон 0,5-1,0 мг/кг/сут.
Курс составляет 3—4 нед.



Симптоматическая терапия

- ★ Жаропонижающие средства:
- ★ парацетамол, ибупрофен (нурофен для детей, нурофен 7,5-10 мг/кг 3-4 раза в сутки);
- ★ по показаниям назначает литическую смесь (в/м);
- ★
- ★ р-р анальгина 50% — 0,1 мл/год;
- ★ р-р пипольфена 2,5% — 0,15 мл/год;
- ★ р-р папаверина 2% — 0,1 мл/год.



Период реконвалесценции

- * 1. Препараты, улучшающие обменные процессы в головном мозге:
 - * — кавинтон 0,5-1,0 мг/кг + пантогам 0,125-0,5 г внутрь 3 раза в сут;
 - * — пикамилон по 1 мг/кг внутрь 3 раза в сутки. Курс 1-1,5 мес.
- 2. Дегидратация (по показаниям) — диакарб, мочегонные фитосборы.
- * 3.. Растительные адаптогены — препараты эхинацеи, заманихи, китайского лимонника (по 1 капле/год жизни 3 раза в день).
- * 4. Поливитамины с микроэлементами
- * *Диспансерное наблюдение:* реконвалесценты наблюдаются у невропатолога не менее 2 лет с проведением инструментальной методов исследования (ЭЭГ, ЭхоЭГ, нейросонография). Кратность обследования: на первом году — 1 раз в 3 мес, на втором году — 1 раз в 6 мес. Щадящий режим: запрещают бег, прыжки, пребывание на солнце в течение 3 мес.



Орхит

- ★ Глюкокортикоиды (преднизолон из расчета 2-3 мг/кг массы тела в сутки при тяжелых формах орхита, 1-2 мг/кг массы 1 тела в сутки — при легких и среднетяжелых формах орхита. Назначают преднизолон внутримышечно 2—3 раза в сутки, курс лечения — 3-7 дней).
- ★ Нестероидные противовоспалительные препараты, обладающие жаропонижающим, болеутоляющим и противовоспалительным действием, — ибупрофен (нурофен для детей, нурофен) 7,5—10 мг/кг массы тела в сутки 3—4 раза в день.
- ★ *Поливитамины*
- ★ *Наружная терапия:* приподнятое положение яичек достигается поддерживающей повязкой — суспензорием. В первые 2—3 дня положительный эффект оказывает холод (примочки с холодной водой или пузырь со льдом), затем — тепло на яички (сухая-теплая ватная повязка, повязка с мазью Вишневского).
- ★ *Хирургическое лечение* (разрез или пункцию белочной оболочки яичка) проводят при тяжелых формах орхита, особенно двустороннего, при отсутствии эффекта консервативной терапии. Хирургическое вмешательство способствует быстрому снятию боли и предупреждает развитие атрофии яичек.



Панкреатит

- ★ спазмолитики (папаверин, но-шпа);
- ★ дезинтоксикация (5—10% р-р глюкозы, 0,9% р-р натрия хлорида, альвезин, левамин);
- ★ глюкокортикоиды (преднизолон);
- ★ ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал);
- ★ ферменты (панкреатин, креон);
- ★ иммуномодуляторы (полиоксидоний);
- ★ фитотерапия (отвар из чистотела, листьев брусники и грецкого ореха, подорожника— в периоде реконвалесценции);
- ★ — физиотерапия (электрофорез с 2% р-ром новокаина или 1% р-ром бензогексония на область солнечного сплетения);