

ПАРОТИТНАЯ ИНФЕКЦИЯ .

Паротитная инфекция

Паротитная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением слюнных желез, реже других железистых органов (поджелудочная железа, яички, яичники), а также нервной системы.

Этиология:

- вирус из семейства парамиксовирусов, РНК-содержащий, имеет стабильную антигенную структуру;
- быстро инактивируется 2% р-ром формалина;
- при t° 18-20 $^{\circ}$ сохраняется несколько дней, при более низкой t° - до 6-8 мес.

Этиология:

-Антигенная структура вируса стабильна.

Аттенуированный штамм вируса (Ленинград

3) используется в качестве живой вакцины.

Содержит антигены, способные вызвать

образование нейтрализующих и

комплементсвязывающих антител, а также

аллерген.

-Вирус эпидемического паротита и его РНК

можно выделить из биологических жидкостей

(кровь, слюна, молоко, ликвор) и тканей

(костный мозг, слюнные и поджелудочная

железы, тестикулярная ткань).

Эпидемиология:

Антропоноз.

Источник инфекции:

манифестные, стертые,
субклинические формы.

Вирус содержится в слюне и
передается воздушно-капельным
путем при разговоре.

Отсутствие у больного катаральных явлений делает невозможной передачу вируса на большие расстояния – не далее 1-2 м от больного, поэтому заражаются дети, находившиеся вблизи источника инфекции (в одной семье, за одной партой и т.д.). Допускается передача через предметы обихода, игрушки, инфицированные слюной.

Заразительность: за несколько часов до начала клинических проявлений, 9 дней острого периода.

Восприимчивость: 85%.

Наибольшая заболеваемость:

- дети от 3 до 15 лет;
- увеличился удельный вес подростков и взрослых;
- дети первого года жизни болеют редко (материнские антитела сохраняются 9-10 мес).

Иммунитет: стойкий,
пожизненный, повторные случаи
заболевания не встречаются.

IgM – конец 1-й недели – 60-120
дней;

IgG – 3-4 нед., сохраняются всю
ЖИЗНЬ.

Патогенез:

Входные ворота: слизистая оболочка полости рта, носоглотки, ВДП → вирусемия → слюнные железы, другие железистые органы.

Излюбленная локализация – тропность: слюнные железы – репродукция, накопление.

Первичная вирусемия: клинически может не проявляться.

Повторная – поражение др. железистых органов и систем.

Клиническая картина

Инкубационный период: 11-21 день,
зависит от формы болезни.

Паротит – наиболее частое проявление
ПИ.

- 1) t° 38-39 $^{\circ}$, м.б. волнообразной, м.б. N
- 2) интоксикация;
- 3) болевые ощущения в области
околоушных слюнных желез при
жевании, разговоре;

4) 1-2 сутки – увеличение околоушных слюнных желез, в начале с одной стороны, через 1-2 дня – с противоположной стороны.

Впереди уха – припухлость, распространяется за ушную раковину, приподнимая ее вверх и кнаружи.

Размеры – от небольшого до значительного увеличения.

Консистенция мягкая, тестоватая.

Нарастает в течение 3-4 дней.

«Свинка», «заушница».

Клиническая картина

-характерны положительный **симптом Филатова** (отечность и болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки),
-**симптом Мурсона** (отечность и гиперемия вокруг наружного отверстия выводного протока околоушной слюнной железы).

Субмаксиллит – у каждого четвертого больного, чаще сочетается с паротитом, редко – первичное и единственное проявление. Припухлость в подчелюстной области в виде округлого образования тестоватой консистенции.

Поражение подчелюстных слюнных желез (**субмандибулит**) чаще бывает двусторонним, сочетается с поражением околоушных желез, иногда может быть единственным проявлением паротитной инфекции и регистрируется в 10-15% случаев. Железа тестоватой консистенции, несколько болезненная при пальпации, определяется кнутри от края нижней челюсти. Возможен отек подкожной клетчатки шеи

Сублингвит

- Поражение подъязычных слюнных желез (сублингвит) встречается в 5% случаев, обычно бывает в сочетании с паротитом или субмандибулитом.
- Припухлость и болезненность тестоватой консистенции определяются в подбородочной области и под языком.
- При выраженном увеличении подчелюстных и подъязычных слюнных желез возможно развитие отека глотки, гортани, языка.

Увеличение слюнных желез – 5-7 дней.

Обратная динамика:

- сначала исчезает болезненность, затем уменьшается отек.

Поражение половых органов:

могут вовлекаться яички, яичники, предстательная железа.

У подростков и мужчин до 30 лет чаще встречается орхит – 25% заболевших → стойкие нарушения функции яичек, одна из главных причин мужского бесплодия.

25% мужского бесплодия связано с ПИ без клинического орхита.

Орхит развивается через 1-2 недели после поражения слюнных желез:

- t^o, интоксикация, местные изменения, чаще односторонний процесс.

Оофорит

- Поражение женских половых желез -(5%)
- отмечается у девочек в период полового созревания
- проявляется болезненностью в подвздошной области, высокой температурой тела, наличием интоксикации.
- Обратная динамика, быстрая (5- 7 дней).
- Исходы оофоритов чаще благоприятные,
- оофорит может быть причиной бесплодия, ранней менопаузы (преждевременная яичниковая недостаточность), карциномы яичника, атрофии яичников, нарушений менструального цикла, ювенильных маточных кровотечений.

Поражение нервной системы:

Серозный менингит (2-4% больных).

- возраст: 3-9 лет;

- появляется чаще на 7-10 день болезни, когда симптомы паротита начинают убывать;

- начало острое, повышение t° ,
головная боль, многократная
рвота, вялость, сонливость, реже
– возбуждение, судороги, бред;
- менингеальный синдром
выявляется с первых дней,
выраженность клиники
определяется тяжестью
заболевания.

Ликвор:

- прозрачный;
- вытекает частыми каплями или струей;
- высокий цитоз ($0,5 \times 10^6/\text{л}$ - $3 \times 10^6/\text{л}$) лимфоцитарного характера (лимфоцитов до 95-98%);
- белок несколько повышен (0,99-1,98 г/л);
- сахар и хлориды в норме.

Менингоэнцефалит:

- церебральные симптомы появляются одновременно с менингеальными или спустя 2-3 дня, редко – уже в периоде реконвалесценции серозного менингита;

Менингит проявляется
выраженными симптомами
интоксикации:

- повторная рвота,
- сильная головная боль,
- нарушение сознания, бред,
судороги,
- возможны гиперкинезы и
патологические рефлексy.

Течение обычно благоприятное.

Обратная динамика симптомов – через 3-5 дней, **выздоровление** – через 7-10 дней.

Изменения в ликворе могут сохраняться до 3-5 недель.

В редких случаях длительно сохраняются психосенсорные расстройства (снижение памяти, утомляемость, головные боли, арефлексия).

Невриты и полирадикулоневриты – встречаются редко.

Резкое увеличение околоушной железы может приводить **сдавлению и параличу лицевого нерва** → нарушение функции мимических мышц на стороне поражения: сглаженность складок лба, опущение брови, несмыкание глазной щели «заячий глаз», сглаженность носогубной складки, болезненность в точке выхода лицевого нерва.

Панкреатит:

- в сочетании с другими поражениями, редко – единственное проявление;
- повышение амилазы крови;
- на 5-9 день, остро;
- болевой синдром – от слабого до очень сильного;

- тошнота, рвота, t° , учащение стула;
- через 10-12 дней – стихание клинических симптомов;
- восстановление функции поджелудочной железы на 3-4-й неделе заболевания.

Классификация ПИ

(Н.И. Нисевич, 1973)

1. Типичные:

- **железистая форма** (изолированное поражение только железистых органов – околоушных, подчелюстных желез, яичек);
- **нервная форма** (изолированное поражение ЦНС – серозный менингит, менингоэнцефалит)
- **комбинированная** (поражение ЦНС и железистых органов).

2. Атипичные (легкие):

Стертая форма - слабо выраженные симптомами болезни;

Субклиническая форма:

- не имеет клинических проявлений, повышен титр специфических IgM в крови,
- при вспышках ПИ в детских коллективах составляет 20-40%.

По степени тяжести:

Критерии тяжести:

- симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела, головная боль повторная рвота);
- степень поражения железистых органов.

1. Легкая форма: t° 37-38,5 $^{\circ}$, слабо выражены симптомы интоксикации, незначительное увеличение железистых органов.

2. Среднетяжелая форма: симптомы интоксикации выражены значительно: t° 39,5-40 $^{\circ}$, головная боль, рвота, имеется поражение многочисленных железистых органов и ЦНС.

3. Тяжелая форма: гипертермия, сонливость или возбуждение, судорожный синдром, повторная рвота, потеря сознания. Слюнные железы резко увеличены, с отеком подкожной клетчатки.

Часто поражение других железистых органов (яичек, поджелудочной железы). Менингоэнцефалит является показателем особой тяжести.

Течение ПИ обычно острое, благоприятное. После перенесенного серозного менингита или энцефалита могут длительное время сохраняться **астенический или гипертензионный синдром** (головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна).

Осложнения встречаются редко. Имеются сообщения о поражении ЧМН, особенно слухового нерва с последующей глухотой, в отдельных случаях описывают парезы и параличи.

Диагностика:

- клинические проявления;
- в п/а крови: лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ в норме.
- **ИФА:** специфические IgM обнаруживаются при всех формах, даже стертых;
- **РТГА:** титр антител 1:80 и выше;
- **РСК:** нарастание титра антител в 4 и более раз.

Дифференциальный диагноз:

1. острый гнойный паротит - возникает на фоне какого-либо тяжелого общего заболевания;
2. токсический паротит - встречается редко;

3. слюннокаменная болезнь - развивается вследствие закупорки выводных протоков слюнных желез, встречается чаще у взрослых и детей старше 13 лет.

4. токсическая дифтерия зева.

Лечение:

- лечение больных комплексное;
- в домашних условиях лечение только с изолированным поражением околоушных слюнных желез.

Обязательной госпитализации подлежат:

- дети с тяжелой формой, поражением ЦНС, половых желез, сочетанным поражением органов и систем.

Постельный режим:

- в течение всего острого периода болезни: до 7 дней – при изолированном паротите;
- не менее 2 недель – при серозном менингите;
- 7-10 дней – при воспалении яичек.

Питание:

- теплая, жидкая или полужидкая пища;
- исключают продукты, оказывающие выраженный сокогонный эффект (соки, сырые овощи), а также кислые, острые и жирные блюда.

С целью предупреждения
гингивита и гнойного воспаления
околоушных слюнных желез
необходимо полоскать рот после
еды кипяченой водой или слабым
раствором перманганата калия,
фурациллина.

Местно на область слюнных желез применяют **сухое тепло** (шерстяной платок, шарф, разогретый песок или соль) до исчезновения припухлости.

Компрессы
противопоказаны!

Лечение

Интерфероны- Интерферон альфа,
(виферон, генферон) - При средней и
тяжелой степени тяжести,
протекающей с осложнениями

Анаферон- с 1 месяца

Тилорон (амиксин с 7 лет)

При легкой и среднетяжелой формах изолированного поражения околоушных слюнных желез назначают:

1. постельный режим;
2. диету;
3. сухое тепло (местно);

4. поливитамины;

5. жаропонижающие препараты (парацетамол);

6. по показаниям – десенсибилизирующие средства (кларитин, супрастин, тавегил).

Поражение ЦНС:

- **дегидратационная терапия** (лазикс, диакарб, глицерин);

- **препараты, улучшающие трофику головного мозга** (пантогам, энцефабол, ноотропил, трентал, инстенон)

По показаниям применяют

глюкокортикоидные препараты (преднизолон 1-2 мг/кг/сут).

Панкреатит:

- спазмолитики (папаверин, но-шпа),
- ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал),
- дезинтоксикационную терапию,
- глюкокортикоиды,
- ферменты.

Антибиотики назначают при присоединении вторичной бактериальной флоры.

Профилактика СП 3.1.2952-11

«Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита (28.07.2011)».

**Случай эпидемического паротита подразделяются: э»
подозрительный»- случай острых заболеваний при котором
имеется один или несколько типичных клинических признаков
(паротит, панкреатит, орхит, оофорит, серозный менингит).**

**«вероятный»- случай острых заболеваний , при котором
имеются клинические признаки и эпидемиологическая связь с
другим подозрительным или подтвержденным случаем данной
болезни.**

**«подтвержденный»- случай эпидемического паротита после
лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно
подтвержденный случай необязательно должен отвечать
клиническому определению случая.**

СП 3.1.2952-11

Медицинское наблюдение в течении 21 дня с момента выявления последнего случая.

Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям (контакт с больным, не большее ЭП, не привитые или не о имеющие сведения прививках) проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против ЭП (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5 дня с момента контакта вводится иммуноглобулин.

Профилактика:

1. Изоляция больного не менее 9 дней от начала заболевания;
2. Медицинское наблюдение за непривитыми и не болевшими (в ДДУ и школе) до 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания.
3. текущая дезинфекция.

Вакцинопрофилактика:

Активная иммунизация.

Вакцины:

Вакцина паротитная

культуральная живая сухая
(ЖПВ), Россия;

Вакцина паротитно-коревая
культуральная живая сухая,
Россия;

MMR II – вакцина против кори, паротита, краснухи, Мерк Шарп и Доум, США;

Приорикс – вакцина против кори, паротита, краснухи фирмы Глаксо СмитКляйн, Англия;

Вакцинация в 1 год.

Ревакцинация в 6 лет.

По эпидемическим показаниям

– вакцинация серонегативных

подростков и взрослых.