

Эпидемический паротит

Определение:

- Эпидемический паротит – острое вирусное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, сопровождающееся интоксикацией и поражением железистых органов (преимущественно слюнных), а также нервной системы.
- Паротитная инфекция, именуемая также эпидемическим паротитом, а в популярной литературе - свинкой, заушницей - вирусная болезнь, поражающая преимущественно детей в возрасте от 5 до 15 лет.

ЭТИОЛОГИЯ:

- Возбудитель паротитной инфекции – РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Paramyxoviridae*. Обладает гемагглютинирующей, нейраминидазной и гемолитической активностью.
- Вирус жизнеспособен при 20° С в течении 4-6 суток, при температуре 4° С – до 1 месяца. Чувствителен к ультрафиолетовому облучению, воздействию 2% формалина, в 1% растворе лизола гибнет через 5 минут.

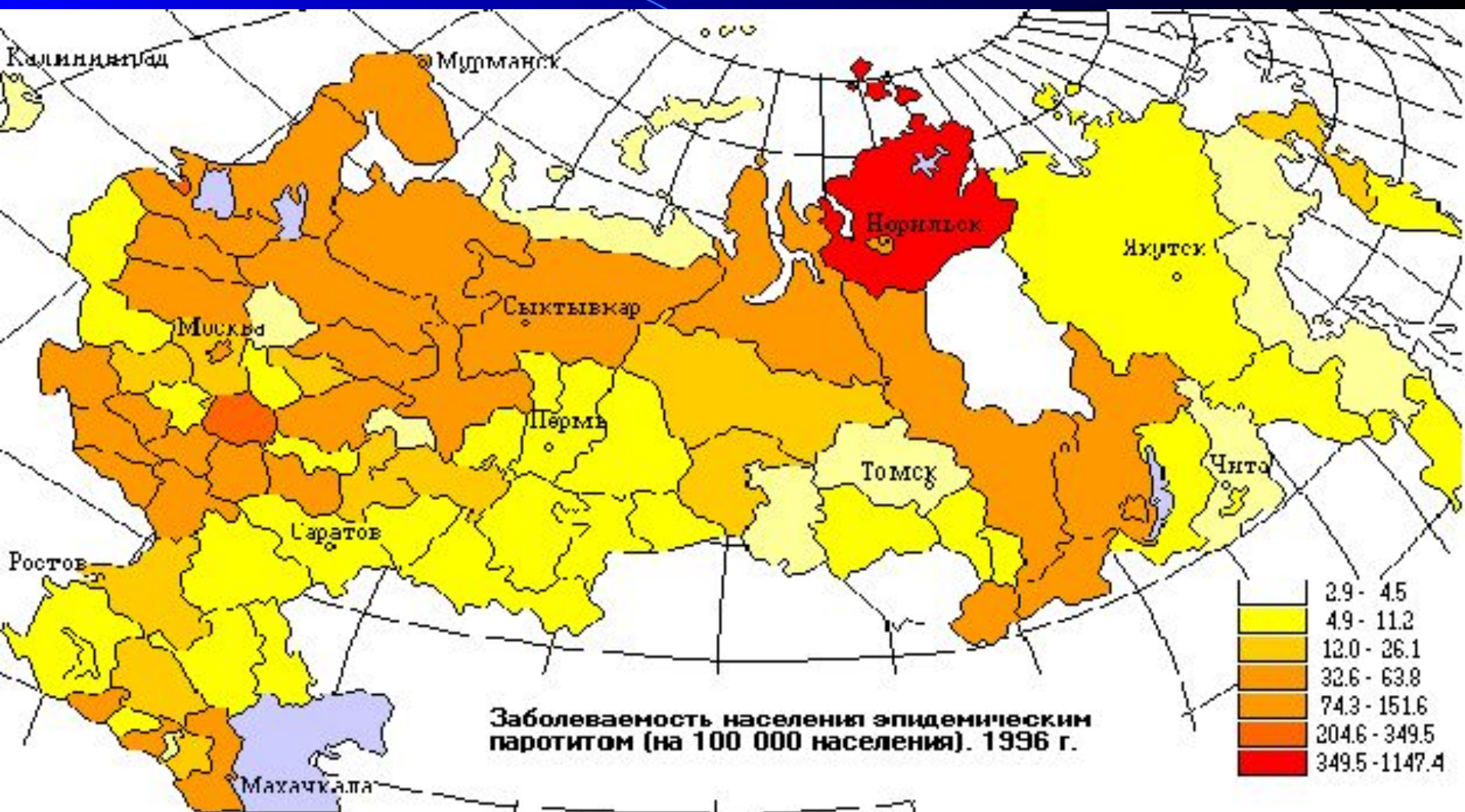
Эпидемиология:

- *Резервуар и источник инфекции* – человек с манифестной или субклинической формой болезни. Период заразительности начинается за 2 дня до появления клинических симптомов и длится до 6-9 дней от начала заболевания. Важное значение в передаче инфекции играют больные с бессимптомным течением заболевания, до 50% всех случаев.
- *Механизм передачи* – аэрозольный.
- *Путь передачи* – воздушно-капельный.
- Нельзя исключить контактный механизм передачи (через игрушки, загрязненные слюной больного ребенка).
- Возможна трансплацентарная передача инфекции.

Эпидемиология 1:

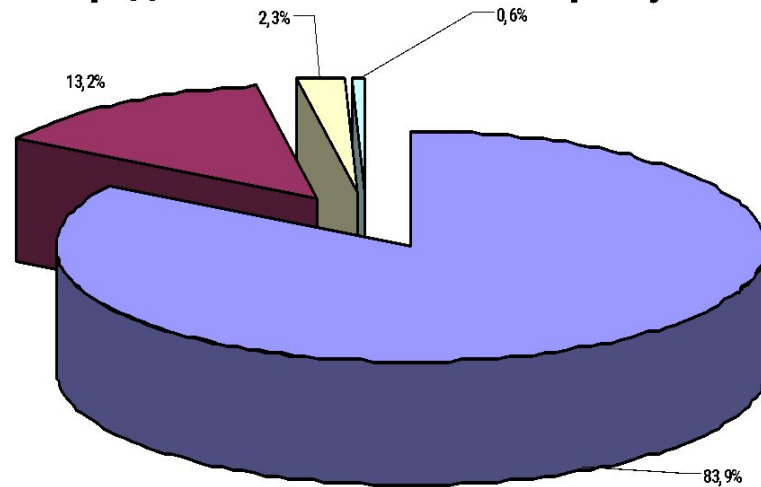
- *Естественная восприимчивость* — высокая.
- *Постинфекционный иммунитет* — длительный и стойкий.
- *Основные эпидемические признаки:*
 - болезнь распространена повсеместно,
 - подъемы заболеваемости каждые 7-8 лет.
 - лица мужского пола болеют чаще и тяжелее.
 - в детских учреждениях заболевание протекает в виде вспышек.

Распространенность по территории России



Возрастная характеристика

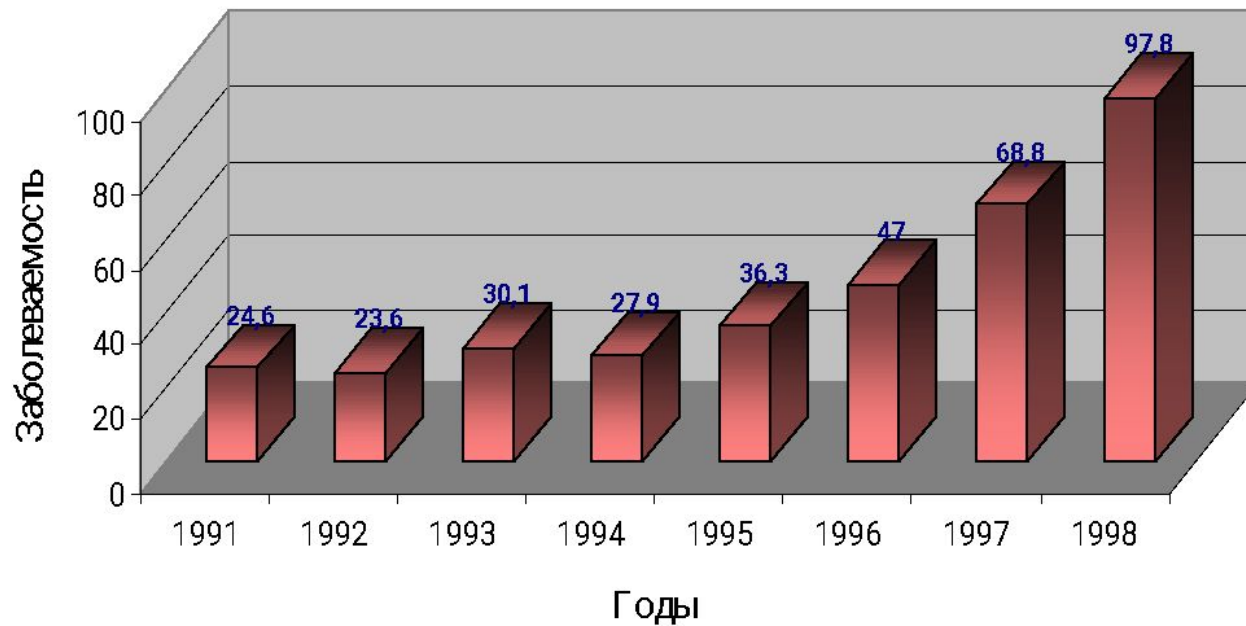
Распределение больных по возрасту



■ 15 - 19 лет
 ■ 20 - 29лет
 ■ 30 - 39лет
 ■ 40 - 49лет

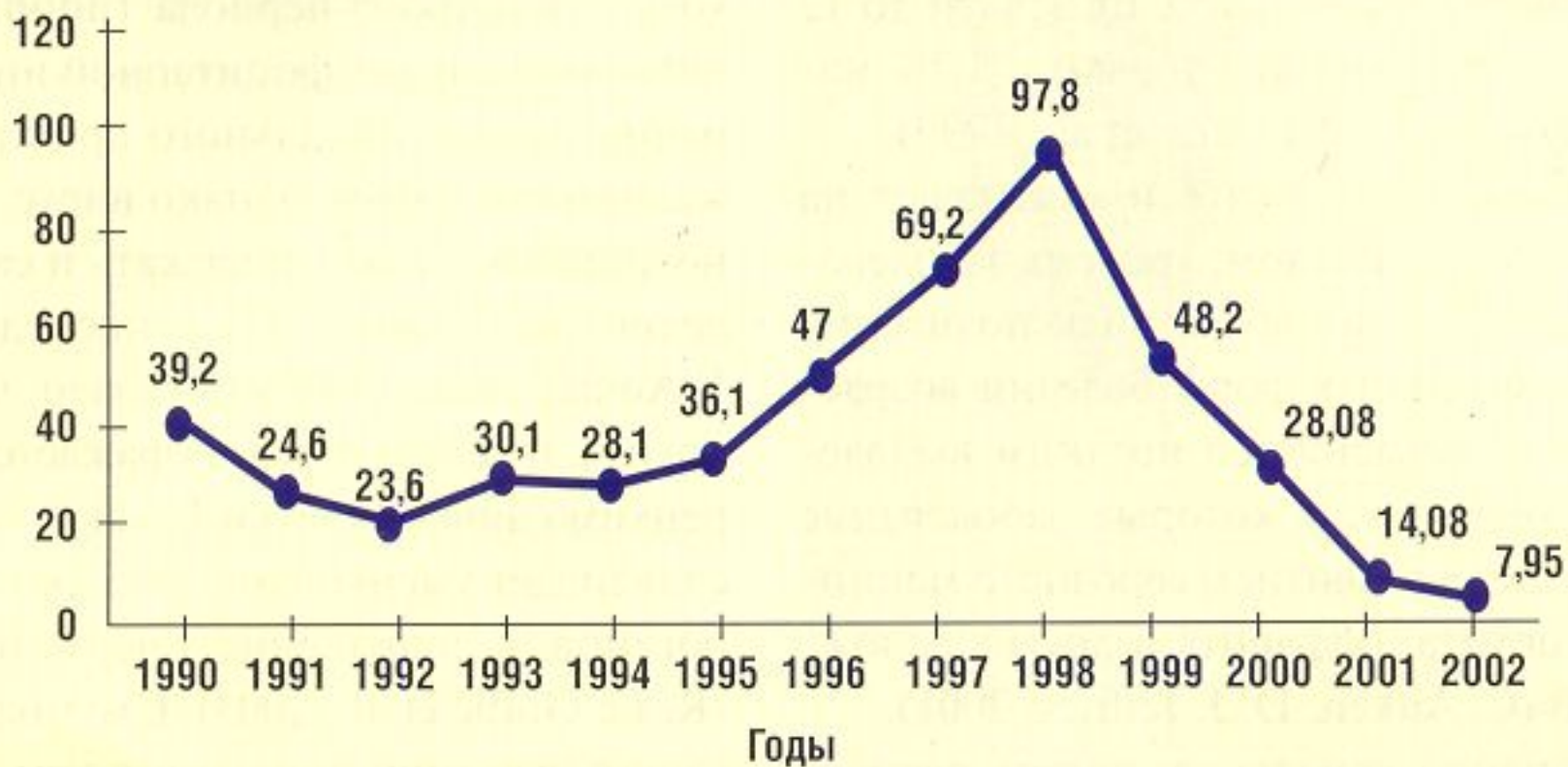
Возраст (в годах)	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	Всего	Годы
Число БОЛЬНЫХ	559	91	16	1	667	1997
(абс.)	627	95	17	7	746	1998
Всего	1186	186	33	8	1413	
%	83,93	13,16	2,34	0,57	100	

Заболееваемость паротитной инфекцией в Российской федерации за период с 1991 по 1998 г.



- В последние годы, в связи с возобновлением проведения профилактических прививок, заболеваемость паротитной инфекцией стала снижаться.

Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом в России с 1990 по 2002 гг. в показателях на 100 тыс. населения.



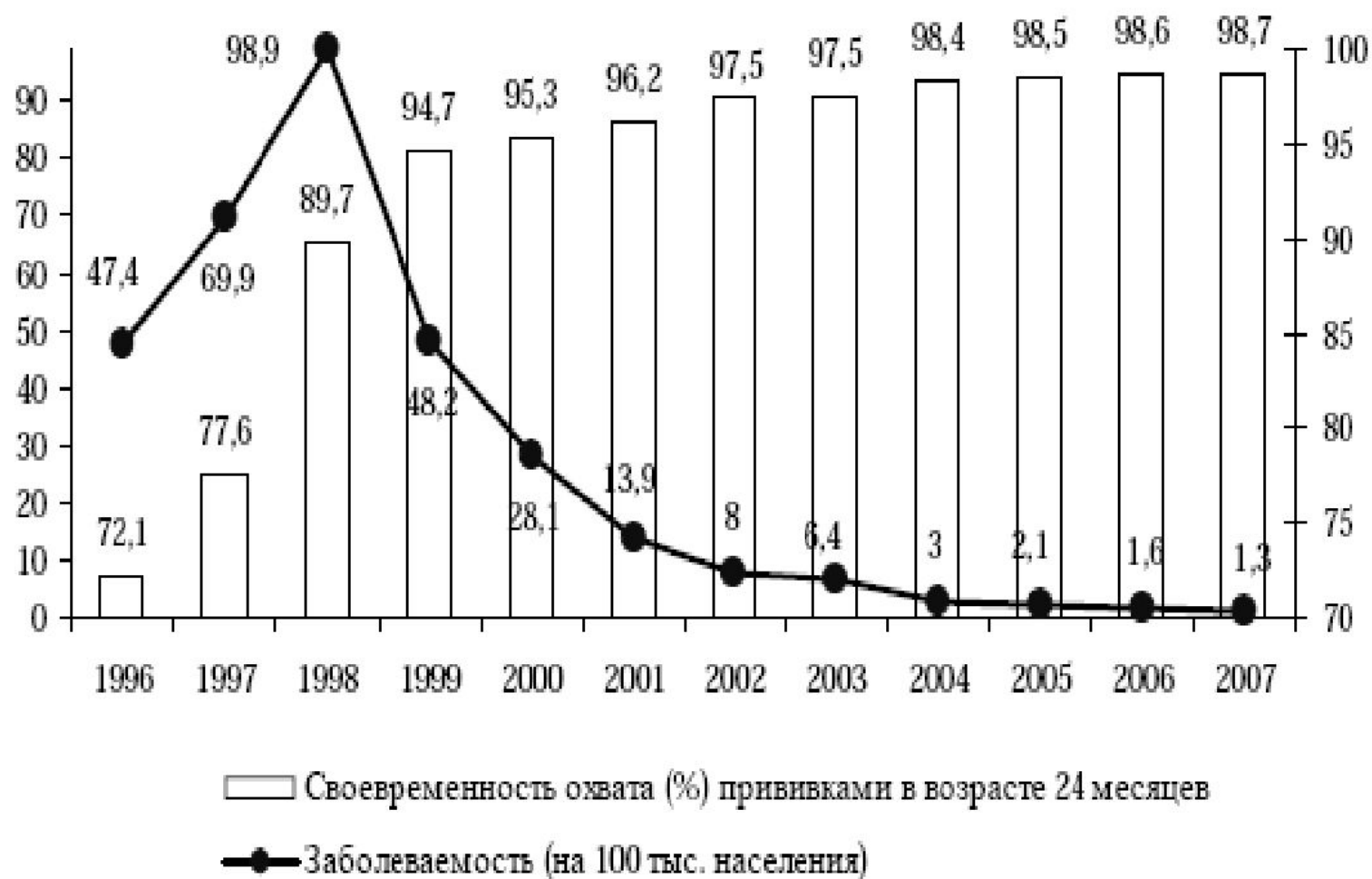


Рис. 40. Заболеваемость эпидемическим паротитом и своевременность охвата прививками (на 100 тыс. населения)

Патогенез:

- Воротами инфекции служат слизистые оболочки верхних дыхательных путей, где и происходит репродукция вируса. После чего начинается вирусемия, гематогенным путем вирусные частицы разносятся по всему организму. Учитывая тропность вируса к железистой и нервной ткани, попадание и последующая репродукция вируса происходит в **слюнных железах, яичках, поджелудочной железе, щитовидной железе, яичках и в нервной системе.**
- В результате в перечисленных органах возникает воспаление с выраженным отеком. Следствием тяжелых осложнений со стороны яичек и поджелудочной железы может быть их атрофия.
- При поражении нервной системы могут наблюдаться серозные менингиты и менингоэнцефалиты.

Клиническая картина:

- **Инкубационный период** – от нескольких дней до месяца, чаще 18-20 дней.
- **Продромальный период** (чаще у детей) – 1-3 дня, проявляющийся незначительной интоксикацией, сухостью во рту, неприятными ощущениями в области околоушных слюнных желез.
- В типичных случаях наблюдается **острое начало заболевания** с повышением температуры тела до 38-40° С и появлением признаков общей интоксикации, тянущих болей и чувства напряжения в околоушной области, шума в ушах. Лихорадка чаще достигает максимальной выраженности на 1-2-й день болезни и продолжается 4-7 дней с последующим снижением по типу укороченного лизиса.

Клиническая картина 1:

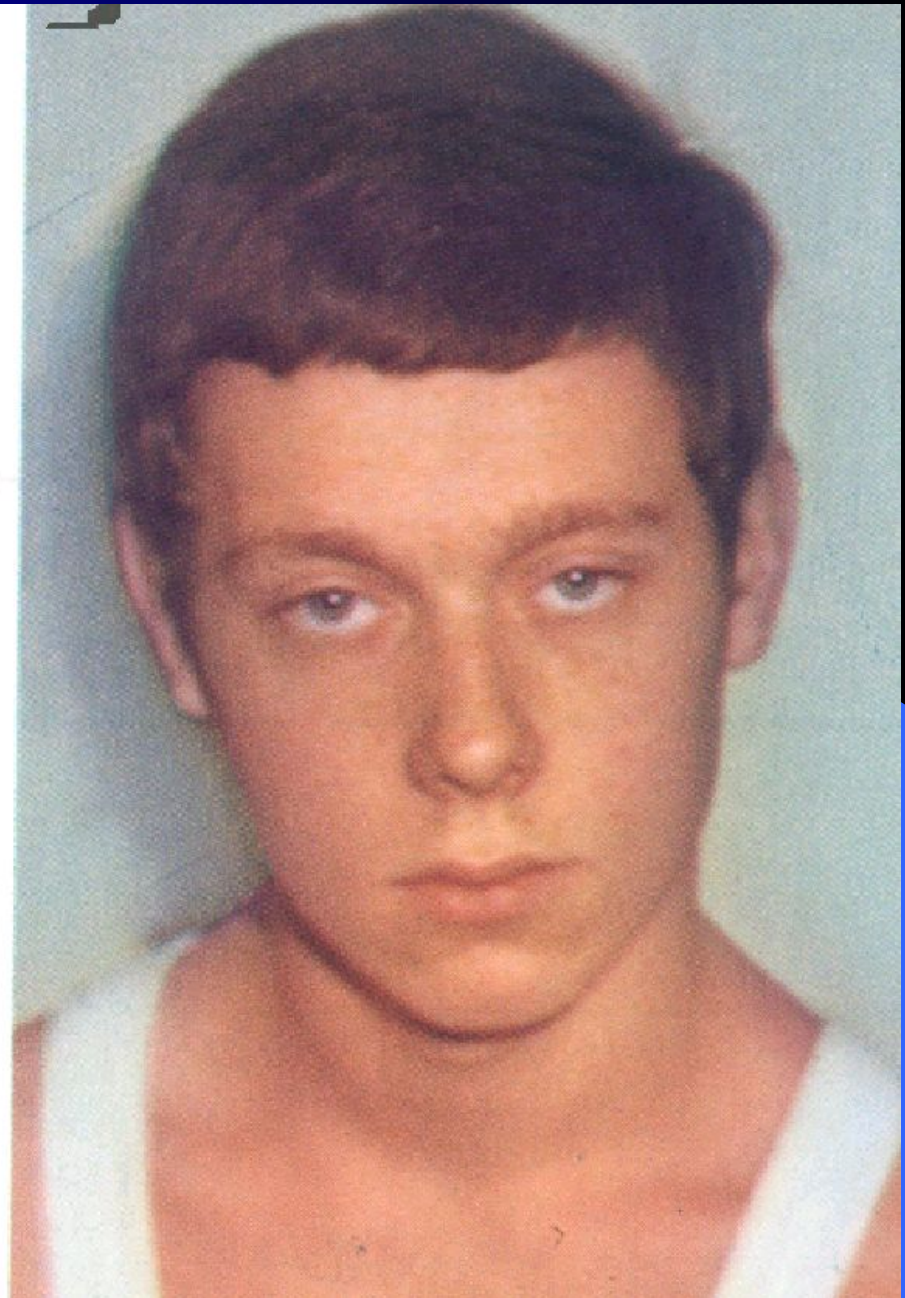
- Поражение околоушных слюнных желез – первый признак болезни. Этот характерный процесс у большинства больных (у 70%) отмечен уже в первый день болезни, Появляется припухлость и болезненность в области околоушных желез сначала с одной, а затем - с другой стороны. **Положительный симптом Мурсу (см ниже); положительный симптом Филатова – выраженная болезненность при надавливании позади мочки уха.** Одностороннее поражение нами отмечено у 16,9% больных двустороннее - наблюдалось у 79,7%. Область увеличенной железы болезненна при пальпации, мягковато-тестоватой консистенции. В процесс могут вовлекаться и другие слюнные железы - подчелюстные и подъязычные. При вовлечении в патологический процесс подчелюстных слюнных желез отек клетчатки может распространяться на шею, и грудь. Отечность лучше видна при повороте головы больного в противоположную сторону. Больных беспокоит болезненность при жевании, уменьшается слюноотделение, ощущается сухость во рту, изредка наблюдается рефлексорный тризм. Увеличение слюнной железы прогрессирует и достигает максимума в течение 3-х дней. Припухлость держится 2-3 дня и затем постепенно в течение 7- 10 дней уменьшается.

Симптом Мурсу

(дифференциально-диагностический признак)



- Диагностическое значение имеет симптом Мурсу – краснота и припухлость на слизистой оболочке щек в области выводного протока пораженной околоушной железы.





Клиническая картина 2:

- Существенных изменений со стороны внутренних органов при изолированных формах эпидемического паротита обычно не отмечается. У некоторых больных выявляется брадикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония.
- Различают легкое, среднетяжелое, тяжелое и стертое течение болезни.
- Поражения различных органов и систем, обусловленные вирусом эпидемического паротита, следует рассматривать как **проявление собственно болезни**.
- Среди основных поражений, кроме слюнных желез, у взрослых ведущее место занимает орхит, который у мальчиков до 14 лет наблюдается очень редко. Частота развития данного поражения у взрослых, по данным разных авторов, колеблется в больших пределах: от 10,9% (В.Н.Реморов, 1961) до 54,2% (В.А.Постовит, 1982). Состояние больных при этом резко ухудшается, повышается температура тела до 39-40 С, возникают боли в мошонке или яичке, нарастают явления интоксикации: головная боль, озноб, возможна рвота. Яичко увеличивается в размерах, становится болезненным и плотным. Обычно поражается одно яичко однако наблюдается и двусторонний орхит. Выраженные признаки орхита держатся, как правило, не более 3-5 дней, после чего клинические проявления идут на убыль и уже к 10-15-му дню болезни они исчезают.



Сравнительная частота отдельных симптомов и поражений органов при паротитной инфекции у взрослых и детей (в %)

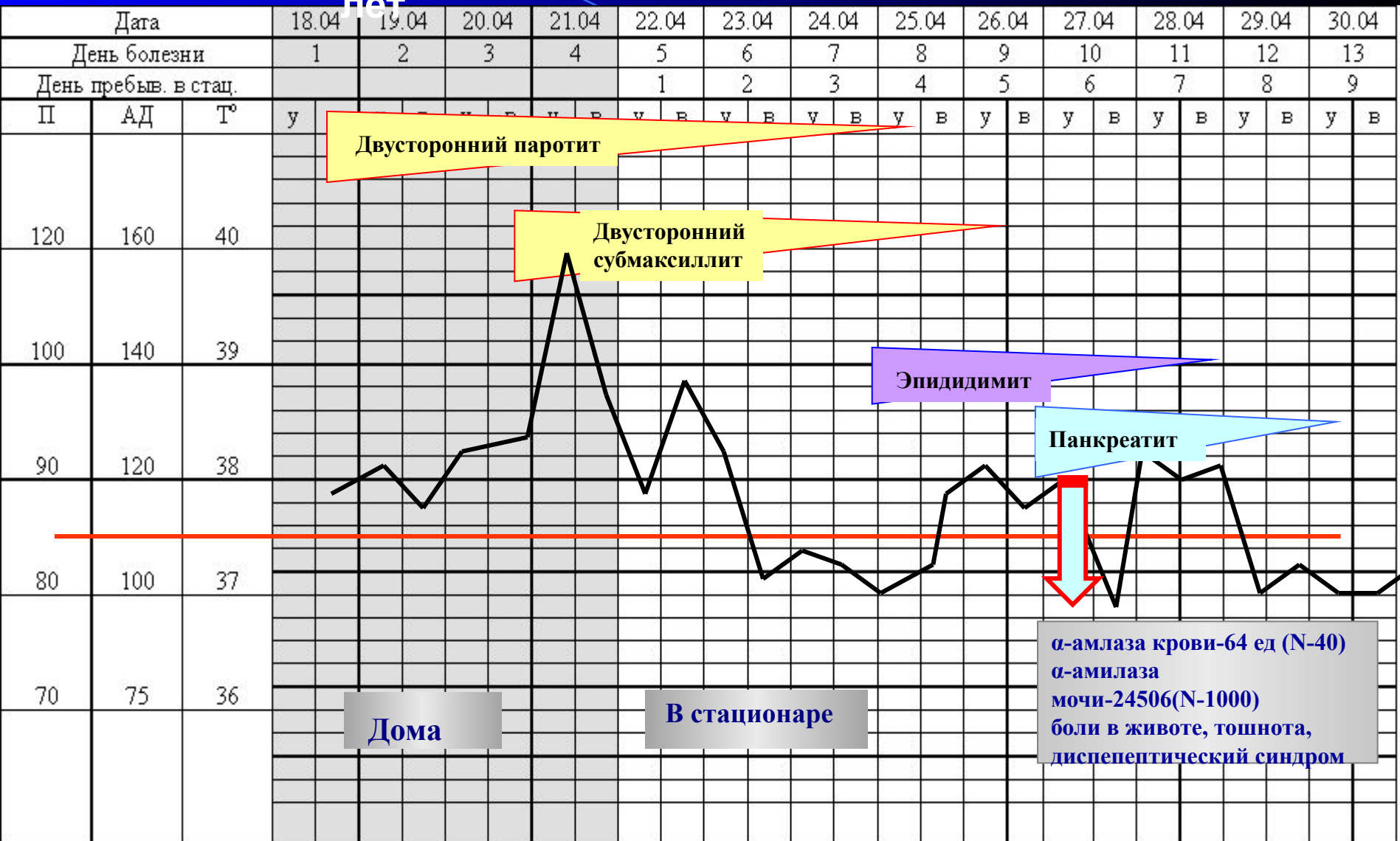
Симптомы и поражения	Взрослые		Дети
	Собственные наблюдения кафедры	Сводные данные ряда авторов	Сводные данные ряда авторов
Лихорадка	85,3	89,9 – 93,3	61 – 88,7
Лихорадка бол. 8дн.	6,8	22	3
Паротит одностор.	16,9	25 - 58	19 - 20
Паротит двустор.	79,7	42 – 73,2	37,6 - 80
Симптом Мурсу	82	86,9	90
Боли в области слюнных желез	98,1	94,5 - 100	77,5
Головная боль	37	45	49
Тошнота, рвота	6,7	12	
Сухость во рту	26,9	2,38	

Клиническая картина 3:

- При поражении **поджелудочной железы** наблюдается повышение температуры тела, отмечаются боли в верхней части живота, у некоторых больных они распространяются на левое и правое подреберье и носят опоясывающий характер. Наблюдается также снижения аппетита, тошнота, рвота. Изредка при выраженном болевом синдроме возникает картина острого живота. Но в целом течение панкреатита при данной инфекции имеет доброкачественный характер и через 5-10 дней заканчивается выздоровлением. Латентно протекающий панкреатит выявляется с помощью лабораторных методов диагностики. Повышение активности α -амилазы крови является кратковременным, поэтому большее значение придается исследованию фермента в моче.
- Ввиду тропности возбудителя к нервным клеткам при эпидемическом паротите часто поражается **центральная нервная система**. Наблюдающиеся при этой болезни серозные менингиты и менингоэнцефалиты характеризуются повышением температуры тела, резкой головной болью, рвотой и положительными менингеальными симптомами. У отдельных больных вследствие отека и набухания вещества головного мозга в первые дни паротитного менингита могут возникнуть энцефалитические реакции: нарушения сознания, судороги, бред, психомоторное возбуждение. Вместе с тем, течение менингита обычно доброкачественное.

Температурный лист больного С-ва, 19

лет



Диагностика:

- Диагностика эпидемического паротита основана на:
 - эпидемиологическом анамнезе,
 - клинической картине,
 - лабораторных данных,
 - данных дополнительных методов обследования.

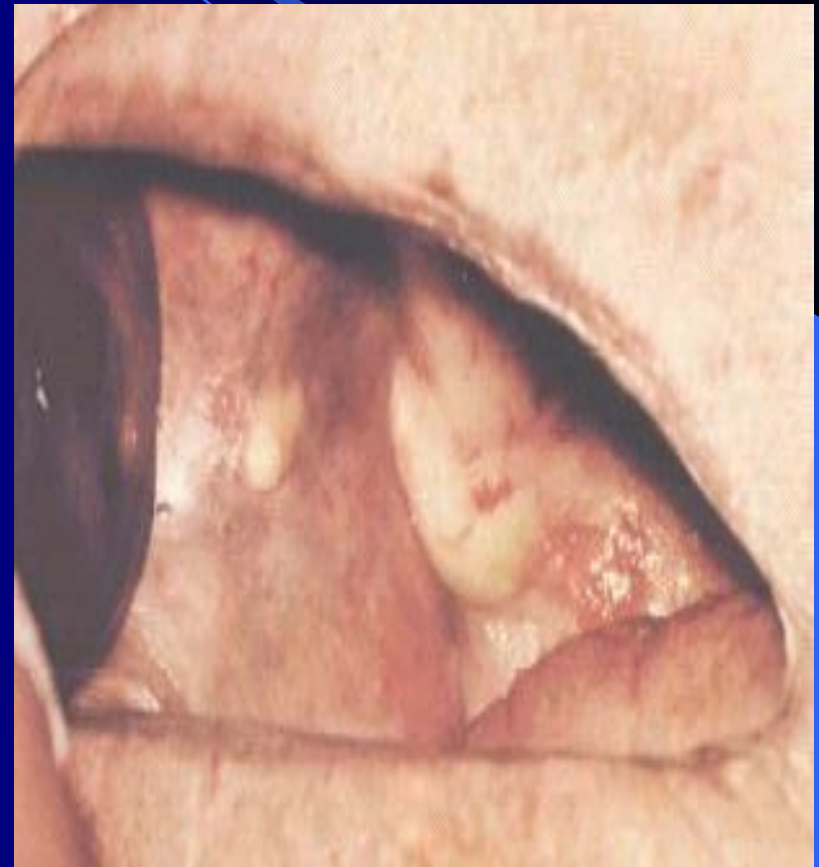
Диагностика 1:

- Изменения в общем анализе крови незначительны, чаще в виде лейкопении, относительного лимфоцитоза.
- Изменения со стороны мочевыделительной системы кратковременны и проявляются лихорадочной альбуминурией и лейкоцитурией.
- Специфическая лабораторная диагностика в повседневной врачебной практике не применяется, но в тяжелых диагностических случаях используются различные серологические реакции по определению специфических антител (ИФА, РСК, РТГА и др.)
- Для диагностики панкреатита используется определение активности амилазы и диастазы в крови и в моче.

Дифференциальная диагностика:

- Эпидемический паротит следует дифференцировать с гнойным поражением слюнных желез, камнем стеноза протока, вследствие чего происходит обтурация выводного протока, паратонзиллярным абсцессом, инфекционным мононуклеозом, дифтерией и тд.

Дифференциальная диагностика.



Лечение:

- Комплекс терапевтических мероприятий для больных с поражением только слюнных желез включает соблюдение постельного режима, обеспечение соответствующего питания, назначение симптоматических средств, витаминов, индометацина (НПВС), как противовоспалительного и анальгезирующего средства, полоскание полости рта, физиотерапевтические процедуры в течение 5 дней.
- При возникновении орхита проводимую терапию дополняет назначение глюкокортикоидов (преднизолон). В отечественной и зарубежной литературе нет единого подхода: мнения расходятся от отсутствия необходимости применения гормональной терапии или назначение начальной суточной дозы не более 30 мг преднизолона до применения более высоких доз – 60-80 мг в сутки. **Наилучший эффект достигается при применении преднизолона в начальной дозе 60-80 мг в сутки коротким курсом – 5 –6 дней, иногда больше.**

Лечение 1:

- При развитии панкреатита больные в первые сутки должны голодать, ограничивается прием жидкости (1-1,5 л). В последующие дни диета расширяется. Вместе с инфузионной дезинтоксикационной терапией внутривенно вводятся ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал, трасилол, гордокс).
- При подозрении на паротитный менингит всем больным производится люмбальная пункция, которая имеет не только диагностическое, но и лечебное значение: у больных уменьшается головная боль, улучшается общее самочувствие. Проводится общепринятая при подобной патологии дезинтоксикационную и дегидратационную терапию. Преднизолон применяется только при тяжелом течении менингита. Развития менингоэнцефалитов паротитной этиологии крайне редко, но в подобных случаях назначение глюкокортикоидных гормонов обязательно.

Лечение 2:

- В последние годы при лечении больных паротитной инфекцией, особенно в педиатрии, стали применять препараты интерферонового ряда. Это вполне оправданно, т.к. интерфероны (ИФН) как естественные факторы неспецифической защиты и медиаторы иммунитета обладают довольно широким спектром действия. В настоящее время в основном применяют препараты рекомбинантного ИФН-а – Виферон, Анаферон и тп.

Продолжительность курса около 5 суток.

Профилактика:

- Неспецифическая профилактика проводится преимущественно в детских коллективах и основывается в соблюдении общегигиенических правил.
- Специфическая профилактика заключается в проведении вакцинации живой паротитной вакциной. Прививкам подлежат все дети в 12 месяцев с ревакцинацией в 6 лет