

**Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
Департамента здравоохранения города Москвы
“Медицинский колледж №5”**

Работу выполнила студентка
202л Прохорова Екатерина
Преподаватель – Ильина Елена
Сергеевна

Эпидемический паротит или Свинка

Это острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением железистых органов и ЦНС.

Возбудитель – РНК-вирус из семейства парамиксовирусов, он может быть обнаружен в слюне, крови и цереброспинальной жидкости в первые 3-4 дня болезни.

В практике различают :

1. Эпидемический паротит – вызывается вирусом
2. Неэпидемический паротит – причиной может быть травма, переохлаждение и инфекция, попавшая в ранку в ротовой полости

Эпидемиология

Наиболее высока заболеваемость в осенне-зимний период.

Источник инфекции – больной человек, путь передачи – воздушно-капельный или при контакте с больным.

Чаще болеют дети дошкольного и младшего возраста.

После болезни вырабатывается стойкий иммунитет.

Патогенез

Вирус проникает в организм через слизистую оболочку полости носа, рта и глотки, вначале циркулирует в крови, а затем в следствии тропизма к ЦНС и железистым органам проникает в них.

Классификация

- Неосложнённый: поражение только слюнных желёз, одной или нескольких.
- Осложнённый: поражение слюнных желёз и других органов.

По тяжести течения:

- Легкая : протекает с субфебрильной температурой тела, с отсутствием или слабо выраженными признаками интоксикации, без осложнений.
- Среднетяжёлая : протекающие с фебрильной температурой (38-39,9°С), длительной лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации, значительным увеличением слюнных желез, чаще — двусторонним паротитом, наличием осложнений.
- Тяжелая : протекающие с высокой температурой (40°С и выше), длительным её повышением (до 2 нед. и более), резко выраженными признаками общей интоксикации.

Клиника

Клиническими проявлениями вирусемии служат симптомы интоксикации, увеличение железистых органов и поражение ЦНС.

Инкубационный период эпидемического паротита колеблется от нескольких дней до месяца, в среднем он составляет 18-20 дней.

У некоторых больных за 1–2 дня до развития типичной картины эпидемического паротита наблюдаются предболезненные явления в виде разбитости, недомогания, болей в мышцах, головной боли, познабливания, нарушения сна и аппетита.

С развитием воспалительных изменений слюнной железы синдром интоксикации становится более выраженным, отмечаются признаки, связанные с поражением слюнных желез, – сухость во рту, боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре. В типичных случаях лихорадка достигает максимальной выраженности на 1–2-й день болезни и продолжается 4–7 дней.

Характерный признак эпидемического паротита – поражение слюнных желез (у большинства больных – околоушных). Область увеличенной железы болезненна при ощупывании. Боль особенно выражена в некоторых точках: впереди мочки уха, позади мочки уха и в области сосцевидного отростка.

При увеличенной слюнной железе отмечается и поражение кожи над ней (в зависимости от степени увеличения). Кожа становится напряженной, лоснится, припухлость может распространиться и на шею.

Увеличение слюнной железы быстро нарастает и в течение 3 дней достигает максимума. На этом уровне припухлость держится 2–3 дня и затем постепенно (в течение 7–10 дней) уменьшается.

Выраженный отек железы может значительно деформировать овал лица, придавая ему грушевидную форму и приподнимая мочку уха. Кожа над воспаленной железой остается нормального цвета, натянута, с трудом образует складки, лоснится. Как правило, заболевание поражает обе околоушные железы с промежутком в 1-2 дня, в некоторых случаях воспаление остается односторонним.



Осложнение

Обычно острый период эпидемического паротита протекает легко, но позднее могут обнаружиться такие осложнения, как серозный менингит (иногда – менингоэнцефалит), орхит (припухлость боли в яичке, отек мошонки), панкреатит (боли в области эпигастрия и левом подреберье).

Диагностика

Основывается на данных анамнеза и характерной клинической картине, при бессимптомных формах для подтверждения диагноза применяют – серологические методы : выявление высоких титров антител в парных сыворотках в реакции нейтрализации, а также антител класса IgM в крови методом ИФА. Специфические антитела класса IgG сохраняются пожизненно.

Общий анализ крови - лейкопения, лимфоцитоз.

Обнаружение антител к антигенам вируса: РСК, РТНГА (диагностический титр 1:80 и выше). При оценке результатов исследования учитывают возможную поствакцинальную реакцию.

Выделение вируса: традиционная изоляция вирусов из биоматериала слизи носоглотки.

Аллергологический метод: постановка внутрикожной аллергической реакции с паротитным диагностикумом; в настоящее время используют редко.

Дифференциальная диагностика

Типично протекающий эпидемический паротит обычно не вызывает особых диагностических сомнений. Они могут возникать при наличии идентичных клинических признаков, присущих другим нозологическим формам. Отек в области подчелюстных лимфоузлов, распространяющийся на шею и ниже ключицы, напоминает дифтерию. Отличительным признаком является появление трудно снимаемых налетов на миндалинах при дифтерии. Припухлость в области шейных лимфатических узлов, напоминающая эпидемический паротит, может наблюдаться у больных периодонтитом, для которого характерны инфильтрация и отечность в области челюсти. За эпидемический паротит может быть ошибочно принят гнойный лимфаденит, отличающийся резкой болезненностью и плотностью при пальпации, покраснением кожи над участком поражения, высокой температурой, лейкоцитозом. Вторичный гнойный паротит может возникнуть как осложнение основного заболевания — тифа, лептоспироза и других инфекций, сопровождающихся пониженной саливацией. При дифференциальной диагностике следует также помнить о дифтерии, туберкулезе, периостите, паратонзиллите, токсическом паротите при отравлениях ртутью, свинцом, йодом.

Лечение

Неосложненный эпидемический паротит лечат на дому, госпитализация показана только в случаях тяжелых осложнений, либо в карантинных целях.

В период лихорадки рекомендован постельный режим вне зависимости от самочувствия, желательно первые дни употреблять жидкую и полужидкую пищу, чаще пить воду или чай. Необходимо тщательно следить за гигиеной рта, полоскать кипяченой водой или слабым раствором соды, тщательно чистить зубы.

На область воспаленных желез накладывают сухие согревающие компрессы, можно применять физиотерапевтические методики – УФО (светолечение лучами ультрафиолетового диапазона), УВЧ - это метод физиотерапии, при котором на организм пациента влияют с помощью высокочастотных электромагнитных полей.



Лечение осложнений

При подозрении на менингит выполняют спинномозговую пункцию, которая имеет не только диагностическое, но и лечебное значение. Снижение давления в спинномозговом канале после пункции уменьшает рвоту и головную боль, улучшает самочувствие больного ребенка

Панкреатит обычно протекает благоприятно. При выраженной клинической симптоматике показаны обильное питье, капельное вливание глюкозы, растворы Рингера, альбумины человека, плазмозаменителей. В начальном периоде применяют спазмолитики, болеутоляющие средства, ингибиторы протеолиза.

При развитии орхита назначают строгий постельный режим, для снятия болевого синдрома – анальгетики, в качестве противовоспалительных средств – глюкокортикоиды коротким курсом в течении 3-4 дней, используют суспензий в течении 2-3 недель.

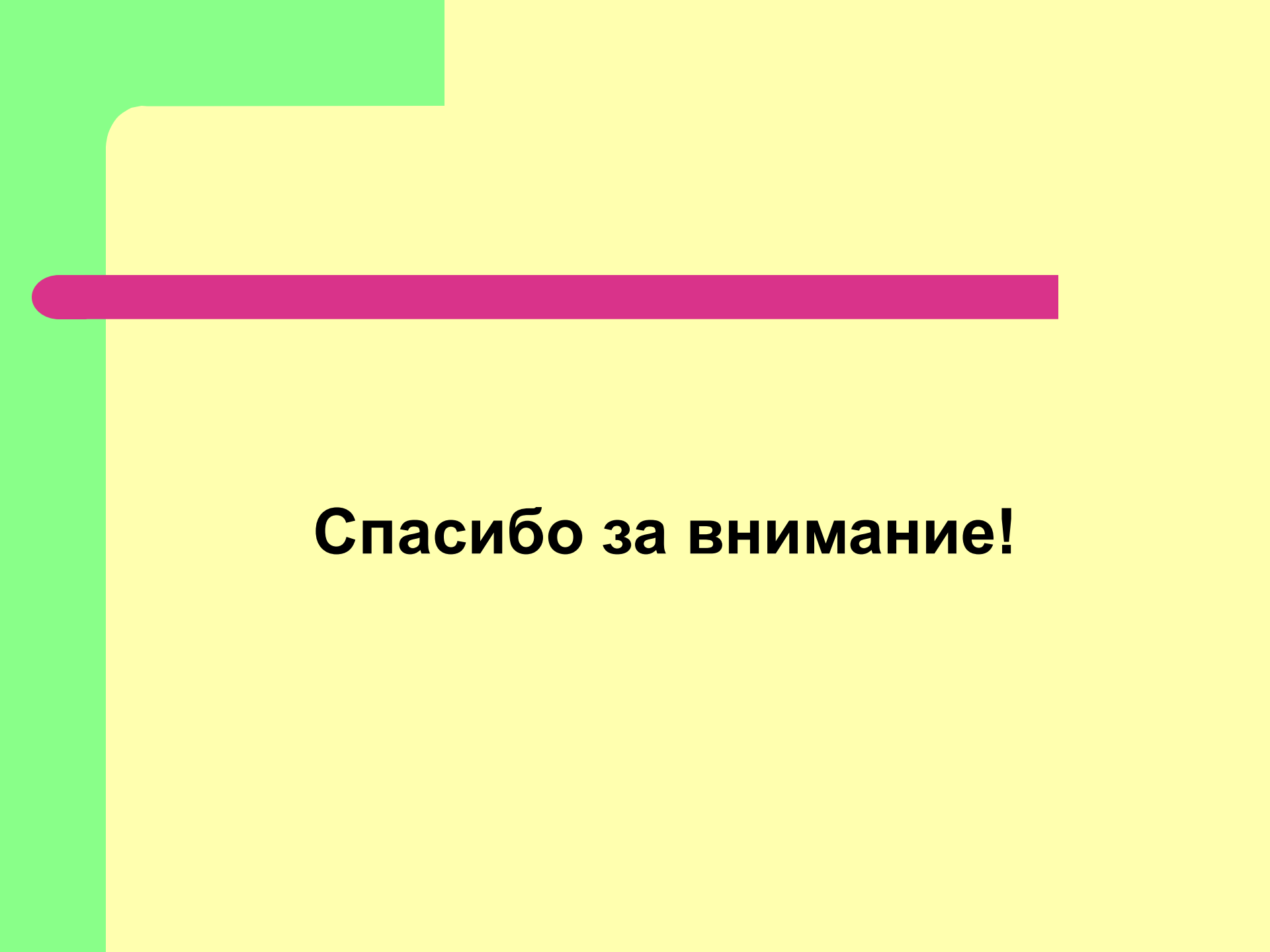
Профилактика

Ранняя изоляция больных.

Изоляцию находившихся в контакте детей (при точно известной дате общения с больным) проводят с 11-го по 21-й день после контакта.

Активную иммунизацию осуществляют в возрасте 15-18 месяцев живой ослабленной вакциной одновременно с вакцинацией против кори.

Прогноз – благоприятный.



Спасибо за внимание!