

Государственный медицинский университет г. Семей

Кафедра: Детские инфекции

СРО

тема: Паротитные инфекции

Выполнил: Бектемиров А.
М.

433 гр. ОМФ

Проверила: Сутормина А.В.

г. Семей-2016 год

План

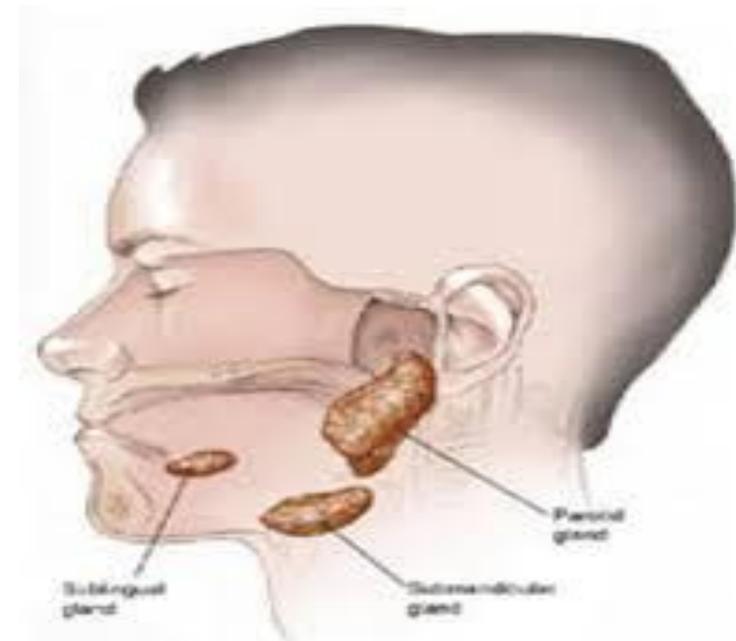
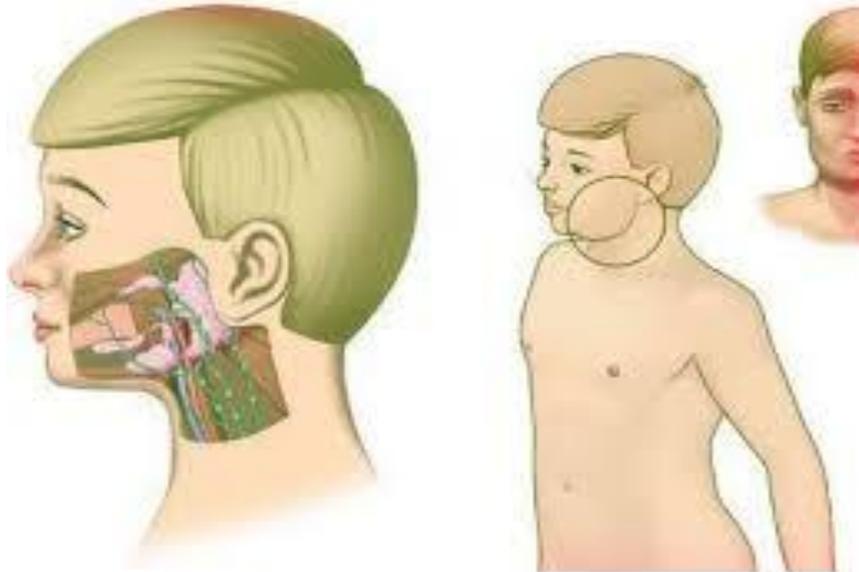
- **Введение**
- **Основная часть**
- ✓ Определение
- ✓ классификация
- ✓ этиология
- ✓ Патогенез
- ✓ Клинические проявления
- ✓ Диагностика
- ✓ Дифференциальная диагностика
- ✓ Лечение
- ✓ Профилактика
- **Заключение**
- **Список литературы**

Введение:

- Эпидемический паротит - болезнь, которую в народе чаще называют свинкой, — это острое инфекционное вирусное заболевание, входящее в ту же группу «детских» инфекций, что корь, ветрянка или краснуха. Особенность свинки в том, что она поражает, прежде всего, железистую ткань организма. Поэтому характерными проявлениями эпидемического паротита являются воспалительные процессы желез: воспаление околоушных слюнных желез, иногда также слюнных желез под языком и у нижней челюсти, а в редких случаях и поджелудочной железы.

Определение:

Паротитная инфекция(В26)– острое инфекционное заболевание вирусной этиологии с воздушно-капельным путем передачи, с преимущественным поражением железистых органов и нервной системы.

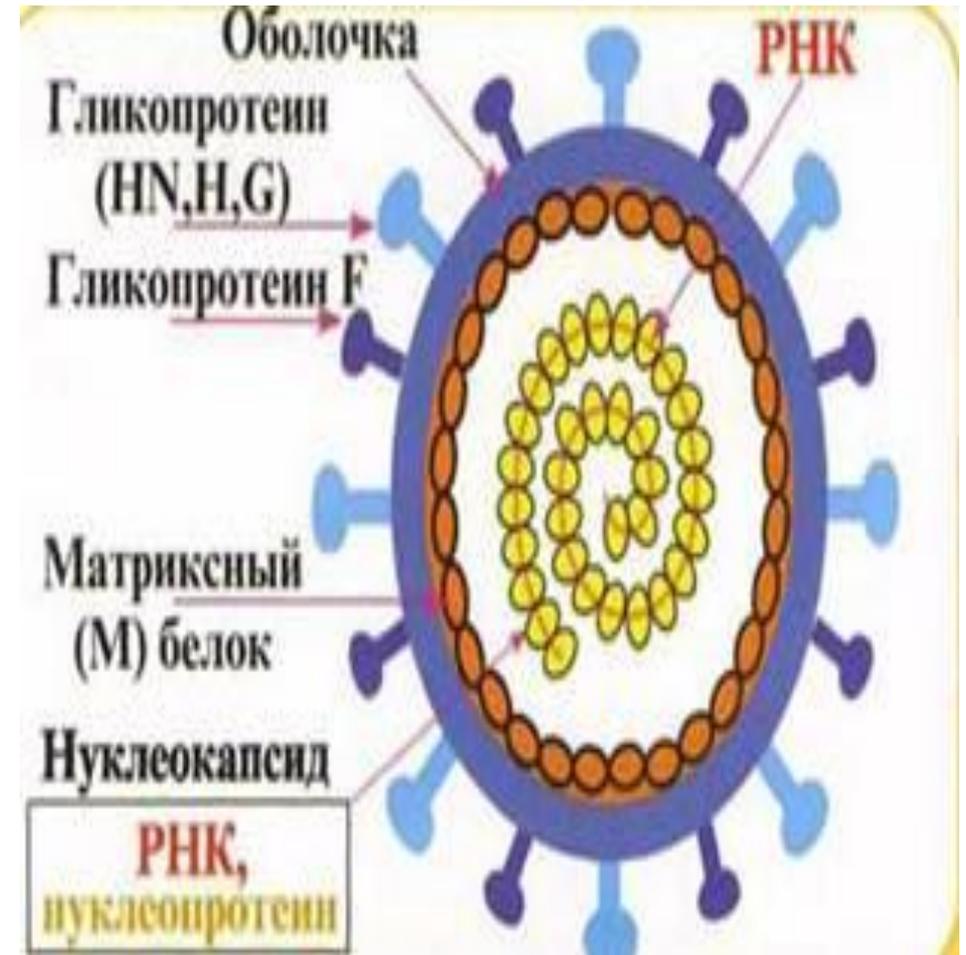


По МКБ-10 различают:

- В26.0- паротитный отит
- В26.1-паротитный менингит
- В26.2- паротитный энцефалит
- В26.3- паротитный панкреатит
- В26.8- эпидемический паротит с другими осложнениями(артрит, миокардит, нефрит, полиневропатия)
- В26.9- эпидемический паротит не осложненный

Этиология:

- Возбудителем инфекции является вирус, который относится к семейству Парамиксовирусов. Его вирион содержит в своем составе РНК, вокруг которой находится белково-липидная оболочка. В ней локализованы белковые компоненты – гемагглютинины, нейраминидаза, лецитиназа и некоторые ферменты. Вирус имеет размер 150-180 нм. Он чувствителен к факторам окружающей среды, инактивируется под воздействием ультрафиолетового облучения, дезинфицирующих растворов, при высыхании.



Эпидемиология:

- Паротитная инфекция относится к антропонозам.
- Путь передачи: воздушно-капельным путем при разговоре допускается через предметы обихода
- Больной становится заразным за несколько часов до начала клинических проявлений. Наибольшая заразность приходится на первый дни болезни(3-5-й день).
- Восприимчивость составляет около 85%. Наибольшая заболеваемость отмечается у детей от 3 до 6 лет. В последнее время заболеваемость от 1 до 10 лет снизилась, но увеличился удельный вес больных подростков и взрослых.

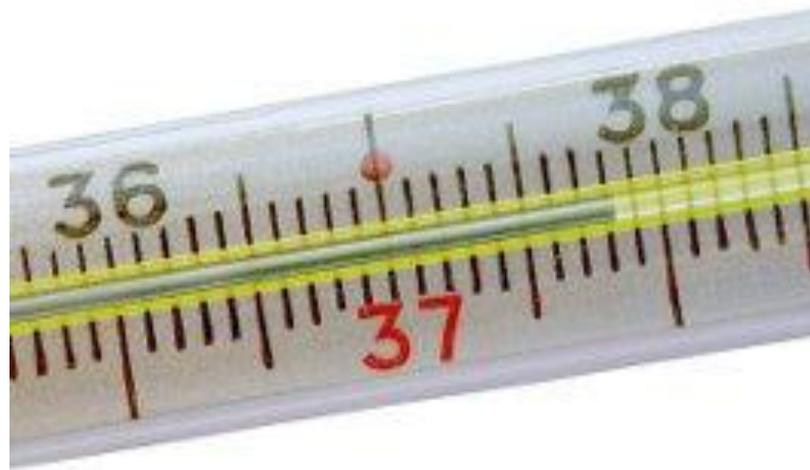
Патогенез:

- проникновение вируса через слизистые ротоглотки и верхних дыхательных путей -->
- первичная репликация в эпителиоцитах слизистых -->
- гематогенная диссеминация по организму -->
- фиксация клетками железистых органов (прежде всего слюнных желез и поджелудочной железы, в меньшей степени яичек и яичников, щитовидной, молочных) -->
- серозное воспаление органов с гибелью секреторных клеток -->
- быстрое формирование специфического иммунитета -->
- элиминация вируса из организма

Клинические варианты течения паротитной инфекции:

Типичная форма:

- 1) **изолированная** – имеется только паротит:
- **А) инкубационный период** (15-19 дней)
- **Б) начальный период** (1-2 дня) - может наблюдаться недомогание, вялость, головная боль, нарушение сна, однако чаще заболевание начинается остро с лихорадки



- **В) период разгара:**

- - жалобы на боль при открывании рта, жевании, реже в области мочки уха, шеи
- - увеличение вначале одной околоушной слюнной железы, а через 1-2 дня и второй; на стороне поражения возникает тестоватая или эластическая припухлость впереди уха (вдоль восходящей ветви нижней челюсти), под мочкой уха, сзади ушной раковины, так что мочка уха находится в центре «опухоли», кожа над ней напряжена, цвет ее не изменен; увеличенная околоушная слюнная железа при пальпации безболезненная или умеренно болезненная
- - при значительном увеличении околоушной слюнной железы ушная раковина оттесняется вверх и кпереди, сглаживается конфигурация ретромандибулярной ямки - между ветвью нижней челюсти и сосцевидным отростком

Паротит у детей

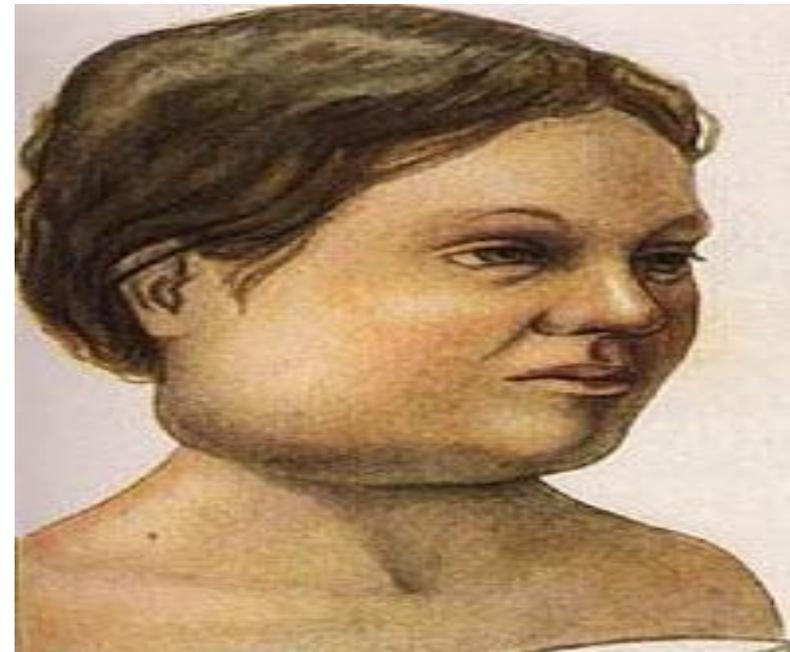
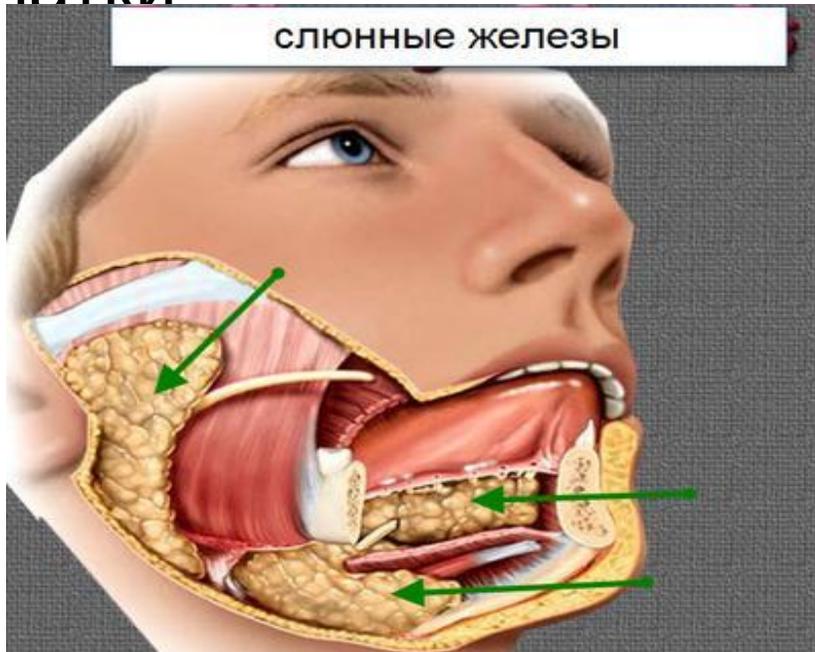
Наиболее частым проявлением паротита является поражение околоушных желез.



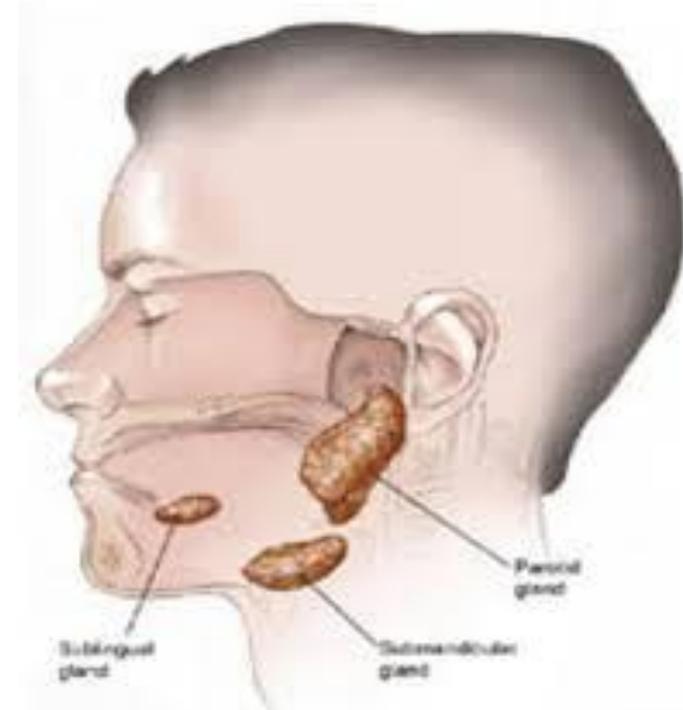
- - при резком увеличении околоушных слюнных желез может развиваться отек подкожной клетчатки, распространяющийся на шею, надключичную и подключичную области
- - определяются «болевы́е точки Филатова»: болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки
- - характерны изменения на слизистой полости рта: отечность и гиперемия вокруг наружного отверстия выводного протока околоушной слюнной железы (симптом Мурсона)
- - увеличение пораженных слюнных желез обычно отмечается в течение 5-7 дней
- **Г) период реконвалесценции** - температура тела нормализуется, самочувствие улучшается, к концу 3-4-ой недели функциональная активность слюнных желез восстанавливается



- **Комбинированная** - имеется паротит с поражением других железистых органов или ЦНС (паротит + субмандибулит; паротит + орхит; паротит + серозный менингит и др.)
- **А) поражение подчелюстных слюнных желез (субмандибулит)** – чаще двустороннее, кнутри от края нижней челюсти определяется продолговатая или округлая, несколько болезненная «опухоль»; возможен отек подкожной клетчатки



- **Б) поражение подъязычных слюнных желез (сублингвит)** – в подбородочной области и под языком определяется тестоватая болезненная припухлость; возможно развитие отека глотки, гортани, языка



- **В) поражение поджелудочной железы (панкреатит)** - встречается у половины больных, у большинства развивается одновременно с поражением околоушных слюнных желез, реже – на 1-ой неделе болезни; клинически резкие схваткообразные боли в левом подреберье, нередко опоясывающего характера, повышение температуры тела с возможными колебаниями до 1,0-1,5 °С (сохраняется до 7 дней и более), тошнота, повторная рвота, анорексия, икота, запоры, редко диарея, стул плохо переваренный, с наличием белых комочков; при тяжелых формах возможно развитие коллапса



- **Г) поражение мужских половых желез (орхит)** – чаще характерен для подростков и взрослых, развивается остро на 3-10-й день болезни, может предшествовать увеличению околоушных слюнных желез («первичный» орхит), развиваться одновременно с паротитом («сопутствующий» орхит) и быть единственным проявлением болезни («автономный» орхит); характерно преимущественно одностороннее поражение семенных желез с резким ухудшением общего состояния, выраженной интоксикацией, лихорадкой до 39-41°С и двугорбой температурной кривой, болями в тестикулах, иррадиирующих в поясницу, промежность, усиливающихся при вставании с постели, движениях; местно объем яичка увеличен, гиперемия, болезненность, истончение или отек кожи мошонки; признаки орхита максимально выражены в течение 3-5 дней, затем постепенно уменьшаются и исчезают

- **Д) поражение женских половых желез (оофорит)** – чаще у девочек в период полового созревания, характерно ухудшение общего состояния, резкая болезненность в подвздошной области, высокая температура тела; обратная динамика быстрая (5-7 дней), исход чаще благоприятный



- **Е) маститы** – встречаются как у мальчиков, так и у девочек, характерны повышение температуры тела, болезненность, уплотнение молочных желез



- **Ж) поражения ЦНС** в виде серозного менингита (внезапное начало, резкое повышение температуры тела, повторная рвота, не связанная с приемом пищи и не приносящая облегчение, головная боль, вялость, сонливость, положительные менингеальные симптомы, характерные изменения в ликворе: давление повышено, прозрачный, умеренный плеоцитоз лимфоцитарного характера), реже – менингоэнцефалита с поражением черепных нервов и др. очаговой симптоматикой (парезами и параличами, судорогами, и др.), полирадикулоневрита с дистальными вялыми параличами и парезами в сочетании с корешковым болевым синдромом и выпадением чувствительности по дистально-периферическому типу и др.

- **3) поражения других органов:** дыхательной, мочевыделительной (уретриты, геморрагические циститы), сердечно-сосудистой (миокардиодистрофия, миокардиты) и др. систем



- **Б. Атипичные формы** – протекают без увеличения околоушных слюнных желез.
- **1) изолированная** – поражается один орган / система
- **2) комбинированная** – поражаются два или более органа / системы (панкреатит + сублингвит; панкреатит + энцефалит и др.)
- **3) стертая** – с эфемерным поражением околоушной железы в виде определяемого пальпаторно уплотнения, которое затем быстро исчезает
- **4) бессимптомная** - клинические признаки отсутствуют; диагностируется в очагах инфекции по нарастанию титра специфических АТ в динамике исследования.

Диагностика паротитной инфекции:

- 1. Клинические опорно-диагностические признаки: контакт с больным эпидемическим паротитом; подъем температуры тела; жалобы на боль при жевании; припухлость в области околоушных слюнных желез; болевые точки Филатова; симптом Мурсона; полиорганность поражения (паротит, субмандибулит, сублингвит, панкреатит, орхит, серозный менингит и др.)
- 2. Серологические методы: определение IgM-АТ методом ИФА – используется для ранней диагностики, РН, РСК, РТГА – используются для ретроспективной диагностики, т. к. возрастание титра АТ в 4 раза выявляется только при исследовании парных сывороток, взятых с интервалом 2-3 нед

Дифференциальный диагноз паротитной инфекции:

- **А) острые гнойные паротиты**, возникающие на фоне тяжелого общего заболевания (брюшной тиф, септицемия) или местной гнойной инфекции (некротический или гангренозный стоматит) - увеличение околоушных слюнных желез сопровождается резкой болезненностью и значительной плотностью железы, кожа в области пораженной железы быстро становится гиперемированной, затем появляется флюктуация, в ОАК лейкоцитоз нейтрофильного характера (при ЭП – лейкопения и лимфоцитоз)
- **Б) токсические паротиты** – профессиональные заболевания (при острых отравлениях йодом, ртутью, свинцом), характеризуются медленным развитием, другими признаками, типичными для отравления (темная кайма на слизистой оболочке десен и зубах и т. д.), поражением почек, пищеварительного тракта, ЦНС
- **В) слюннокаменная болезнь** - развивается вследствие закупорки выводных протоков слюнных желез, встречается чаще у взрослых и детей старше 13 лет, характеризуется постепенным развитием при нормальной температуре тела, имеет рецидивирующее течение; в зависимости от степени закупорки выводного протока размеры слюнной железы меняются - припухлость периодически увеличивается и уменьшается, отмечается перемежающаяся боль («слюнная колика»), усиливающаяся при приеме пищи; процесс чаще односторонний, поражение других органов и систем не характерно; диагноз подтверждают сиалографией с контрастным веществом

Лечение:

- 1. В домашних условиях лечатся только больные с изолированным поражением околоушных слюнных желез, протекающим в легкой или среднетяжелой формах. Показания для госпитализации: 1) дети с тяжелой формой эпидемического паротита; 2) поражение ЦНС, половых желез; 3) сочетанное поражение органов и систем; 4) мальчики старше 12 лет (с целью предупреждения развития паротитного орхита)
- 2. Постельный режим в течение всего острого периода болезни (до 7 дней при изолированном паротите, до 10 дней при орхите, до 14 дней при серозном менингите или менингоэнцефалите), питание теплой, жидкой или полужидкой пищей, если обычная вызывает болезненность при жевании (протертые супы, жидкие каши, картофельное пюре, яблочное пюре, паровые котлеты, куриное мясо, овощные пудинги, фрукты, рыбу); исключают продукты, оказывающие выраженный сокогонный эффект (соки, сырые овощи), а также кислые, острые и жирные блюда.
- 3. С целью предупреждения гингивита и гнойного воспаления околоушных слюнных желез необходимо полоскать рот после еды кипяченой водой или слабым раствором перманганата калия, фурациллина
- 4. Местно на область слюнных желез сухое тепло (шерстяной платок, разогретую соль, парафиновые аппликации, электрическая грелка и др.) до исчезновения опухоли. Компрессы противопоказаны!
- 5. При легкой и среднетяжелой формах изолированного поражения околоушных слюнных желез назначают: поливитамины, НПВС (анальгин, парацетамол), по показаниям - десенсибилизирующие средства (кларитин, супрастин, тавегил). При тяжелой форме ЭП - этиотропные ЛС: менингит, менингоэнцефалит, орхиты – рибонуклеаза, ИФН лейкоцитарный человеческий, рекомбинатные ИФН (реаферон, виферон).

Профилактика:

- больного ЭП изолируют до исчезновения клинических признаков (не менее чем на 9 дней от начала болезни)
- дезинфекции после изоляции больного не требуется, достаточно влажной уборки и проветривания
- в детском учреждении объявляют карантин на 21 день; карантину подлежат не болевшие ранее ЭП и неиммунизированные против данной инфекции дети; при точно установленном сроке контакта с больным ЭП, контактировавшие дети могут первые 9 дней посещать детские учреждения
- дети в возрасте до 10 лет, имевшие контакт в семье, в детском учреждении не допускаются с 10-го по 21-й день с момента изоляции больного; с 10-го дня контакта проводят систематическое медицинское наблюдение для раннего выявления болезни
- в очаге проводят экстренную вакцинацию ЖПВ всех контактных, не привитых и не болевших эпидемическим паротитом (после регистрации первого случая заболевания)
- специфическую профилактику проводят живой паротитной вакциной в 12-15 мес; ревакцинацию - в 6 лет

Заключение

- Единственно надежным методом профилактики является активная иммунизация. Прививку против паротита делают в возрасте 12 - 15 месяцев с ревакцинацией в возрасте 6 лет. Вакцину вводят однократно подкожно под лопатку или в наружную поверхность плеча. Вакцина мало реактогенна. Прямых противопоказаний к введению паротитной вакцины нет. Прививка входит в обязательный календарь профилактических прививок именно из-за опасности осложнений во время паротита

Список литературы

- https://health.mail.ru/disease/epidemicheskii_parotit/#consultation
- Детский инфекционист: Инфекционные заболевания у детей: Паротитная инфекция | Медицинские справочники серии
www.dovidnyk.org
- В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева «Инфекционные болезни»