

Эпидемический паротит

Лекция

Доц. Л.Ю. Гришкина



Эпидемический паротит

острое инфекционное заболевание, характеризующееся наличием симптомов интоксикации, лихорадки, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других железистых органов и центральной нервной системы

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ, Утверждены на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015 г.

Эпидемический паротит, паротитная инфекция, свинка заушница

- para – (греч.) около
- otos - ухо
- inficere – (лат.) заражать
- epidemos - распространение

Школьная болезнь

Солдатская болезнь

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита»

Эпидемический паротит относится к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи и характеризуется общей интоксикацией (слабость, недомогание, лихорадка) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее) - **паротит**;
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины - **панкреатит**;
- у мужчин – сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка - **орхит**;
- у женщин – болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) – **оофорит**;
- Лихорадка до 39°C и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского – **серозный менингит**.

История

- Гиппократ 400 лет до н. э.
- Партолонго 1752 г.
- Гамильтон 1759 г.
- Блюм 1829 г.
- Романовский 1849 г.
- Филатов 1895 г.
- Джонсон и Гудпасчер 1934 г.

История

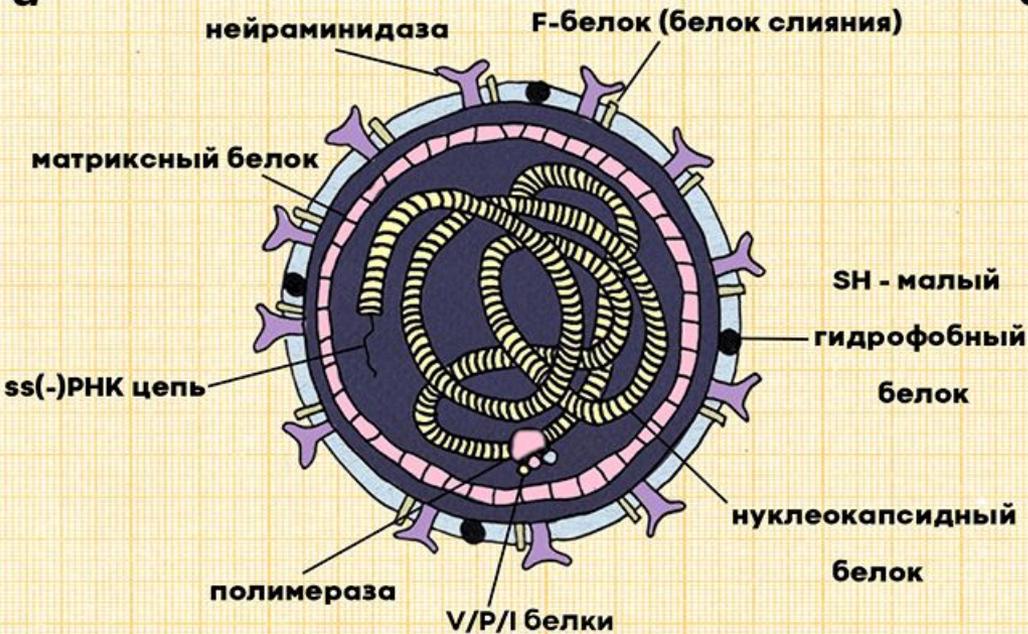
Вклад отечественных ученых:

- Смородинцев А. А.
- Шубладзе А. К., Селимов М. А. 1950 г. – впервые в нашей стране выделение вируса на куриных эмбрионах
- Троицкий И. В., Мельник М. Н., Лихторович С. А., Шатило В. А., Казанцев А. П.
- Жамеричев С. С. – лимфогематогенная гипотеза патогенеза

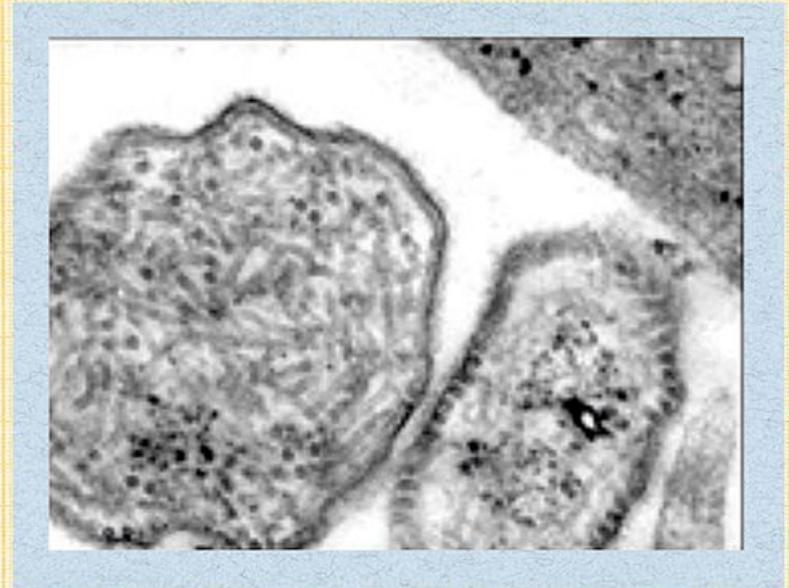
Этиология

Семейство Paramyxoviridae род Paramyxovirus

а



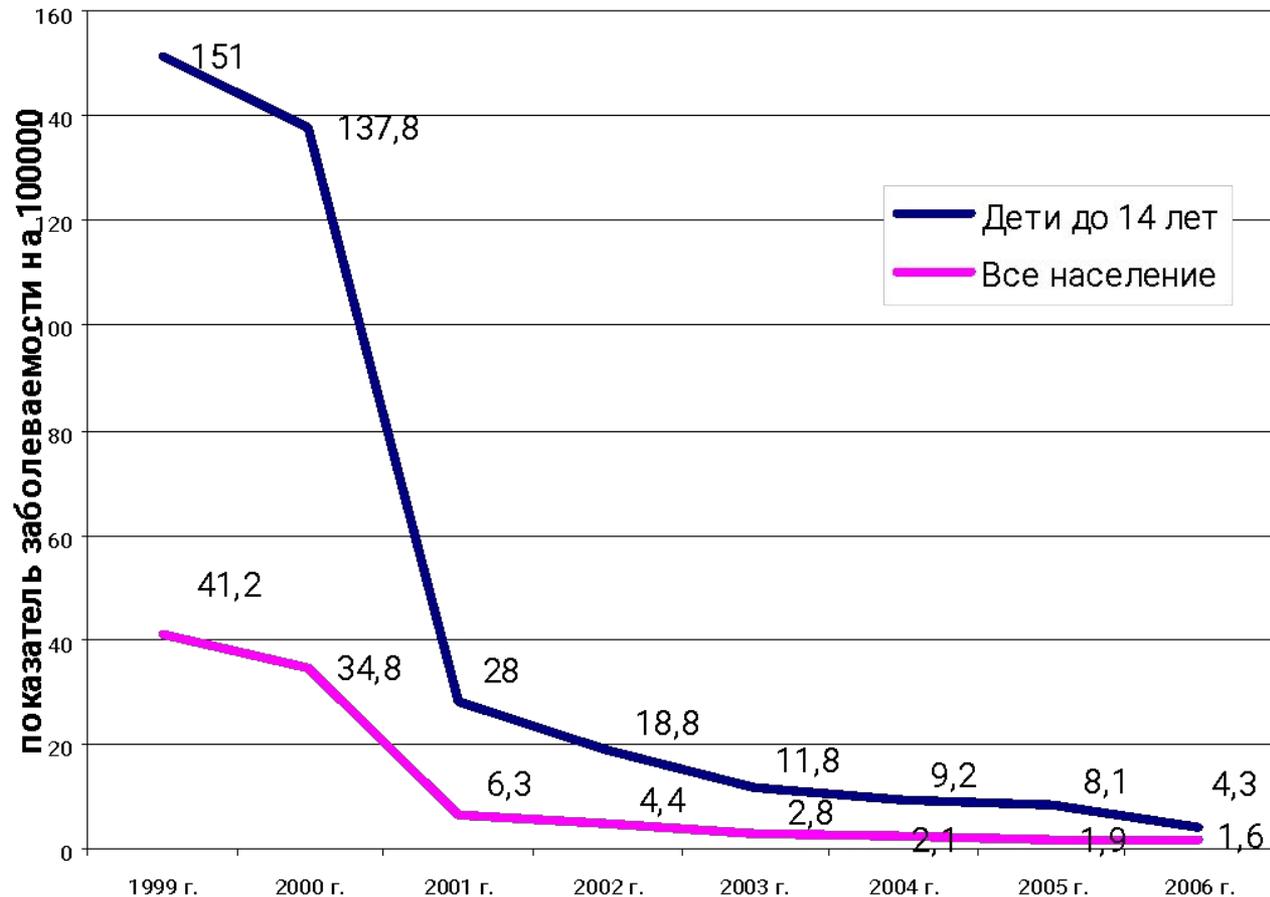
б



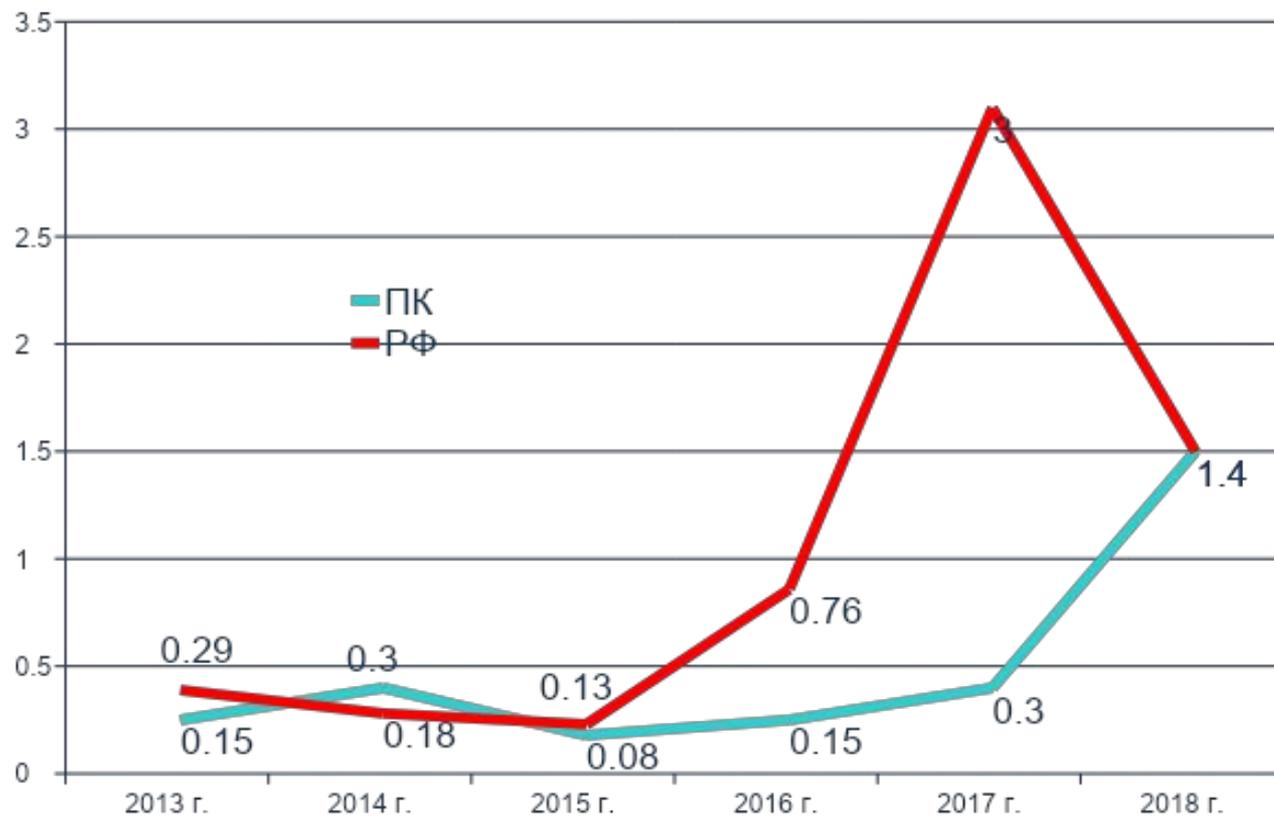
Вирус эпидемического паротита
РНК
ГА, ГЛ, Н-даза
1 серотип
18-20°C 4-6 дней
-2°C - 3 мес.

При более низких температурах до 6-8 мес.
Инактивируется 1% р-ром лизола,
2% р-ром формалина
УФО

Заболееаемость паротитной инфекцией в Пермском крае



Заболееваемость эпидемическим паротитом в Пермском крае на 100 тыс. населения



Эпидемиология

Источник – больной, который заразен в последние 1-2 дня инкубации и 9 дней от начала болезни

- Вирус выделяется со слюной, мочой, есть в крови, мозге

Пути передачи

- основной – воздушно-капельный - 1-2 м
 - контактно-бытовой - через предметы обихода, игрушки, инфицированные слюной больного
 - внутриутробный - связь с фиброэластозом эндокарда
- Индекс контагиозности – 70-85%

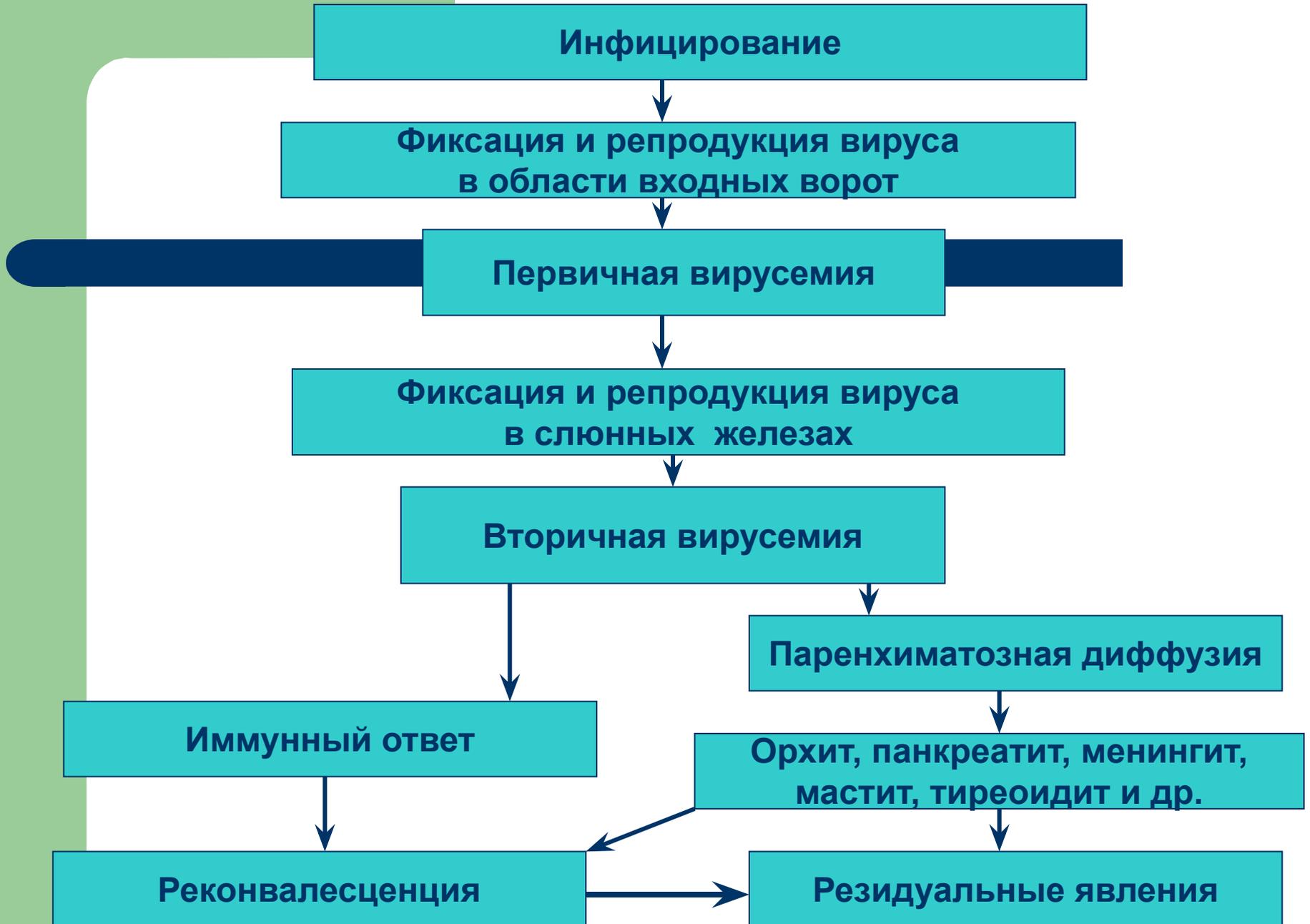
Восприимчивый контингент

- Мальчики болеют в 1,5 раза чаще, чем девочки
- Наиболее часто болеют дети в возрасте 8-11 лет
- Дрейф эпидпроцесса на подростков и младшие возрастные группы взрослого населения (57% - старше 15 лет)
- До 1 года болеют редко
- Иммунитет стойкий пожизненный

Сезонность – осенне-зимняя

Периодичность - 3-5 лет

Патогенез



Особенности патогенеза

- Нет иммуносупрессии
- Персистенция вируса в ЦНС
- Аутоиммунные повреждения

Патоморфология

- Морфологические изменения в *интерстициальной ткани*
- В яичках - некроз *железистой ткани*
- Отек головного мозга, гиперемия и инфильтрация лимфоцитами мозговых оболочек, серозно-фибринозный выпот
- В тяжелых случаях – некроз в экзо- и эндокринной ткани pancreas.

Клиника

- I Инкубационный период - 11-**21** день
- II Период продромальных явлений
- III Период выраженных клинических проявлений
- IV Период реконвалесценции

Период продромальных явлений

- Общая слабость, разбитость, недомогание
- Ломящие боли в мышцах и суставах
- Снижение аппетита



СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

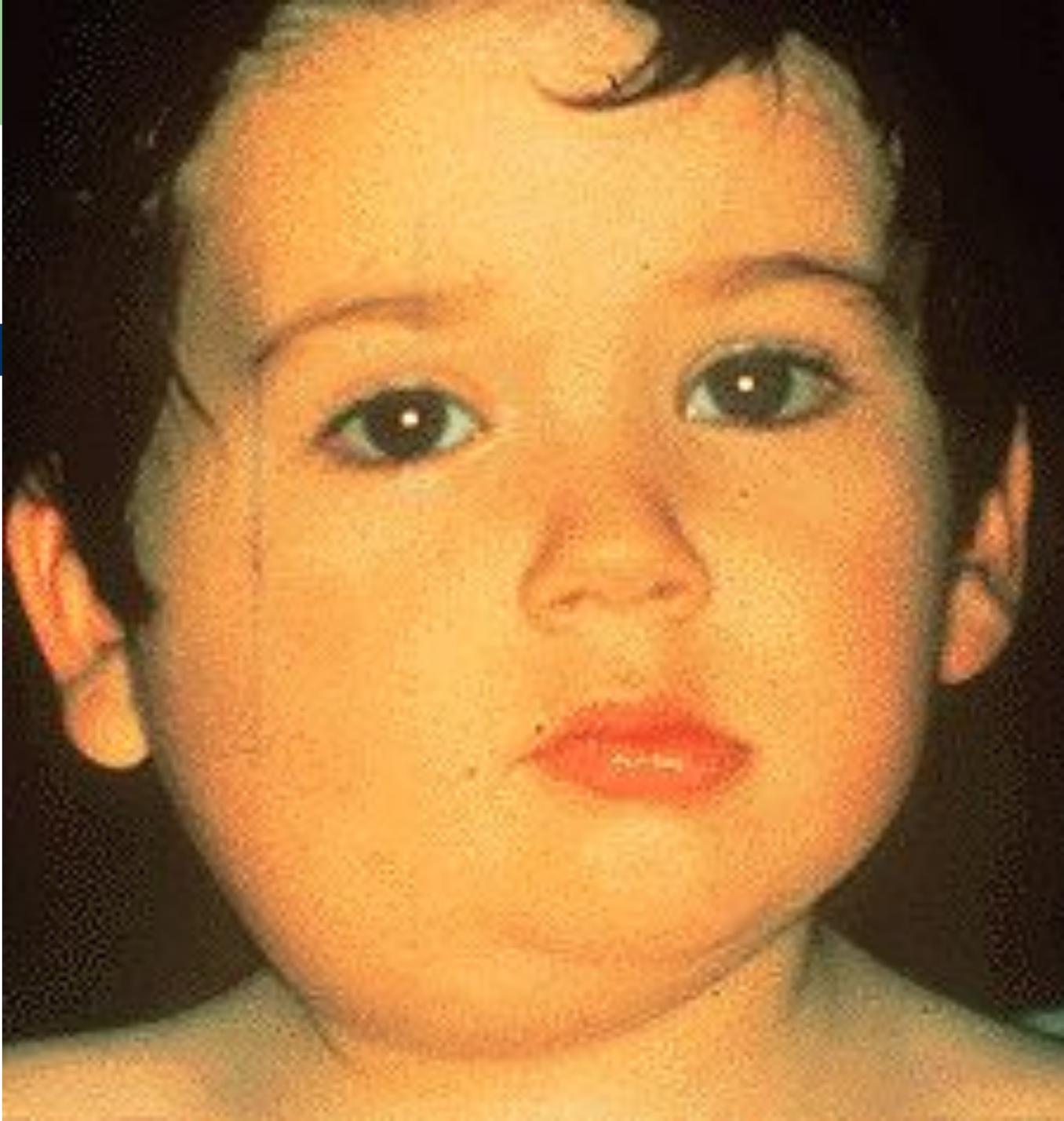
I степень характеризуется небольшим увеличением слюнной железы или обеих слюнных желез. Изменения железы выявляются лишь **пальпаторно**. При осмотре припухлости в области околоушной железы не заметно. Слюнная железа мягкая, тестоватой консистенции; болезненность при пальпации выражена слабо или даже отсутствует.

СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

II степень увеличения околоушной железы может быть выявлена уже **при осмотре** больного. Увеличение железы лучше заметно при осмотре больного спереди или сзади. Кожа над увеличенной железой растянута, блестящая, но нормальной окраски (без гиперемии). Консистенция слюнной железы значительно плотнее, чем при увеличении I степени. Болезненность при пальпации умеренная или даже резко выраженная.

СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

III степень увеличения околоушной железы характеризуется значительной припухлостью в ее области, хорошо заметной в любом ракурсе. Опухоль захватывает не только область слюнной железы, но и **шею, которая становится конусовидной**. Кожа над припухлостью очень растянута, напряжена, лоснится, однако гиперемии кожи никогда не бывает. Даже при значительном увеличении околоушных слюнных желез не отмечается заметной реакции лимфатических узлов. Не бывает гнойного расплавления слюнных желез.





БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ (по Н. Ф. Филатову)

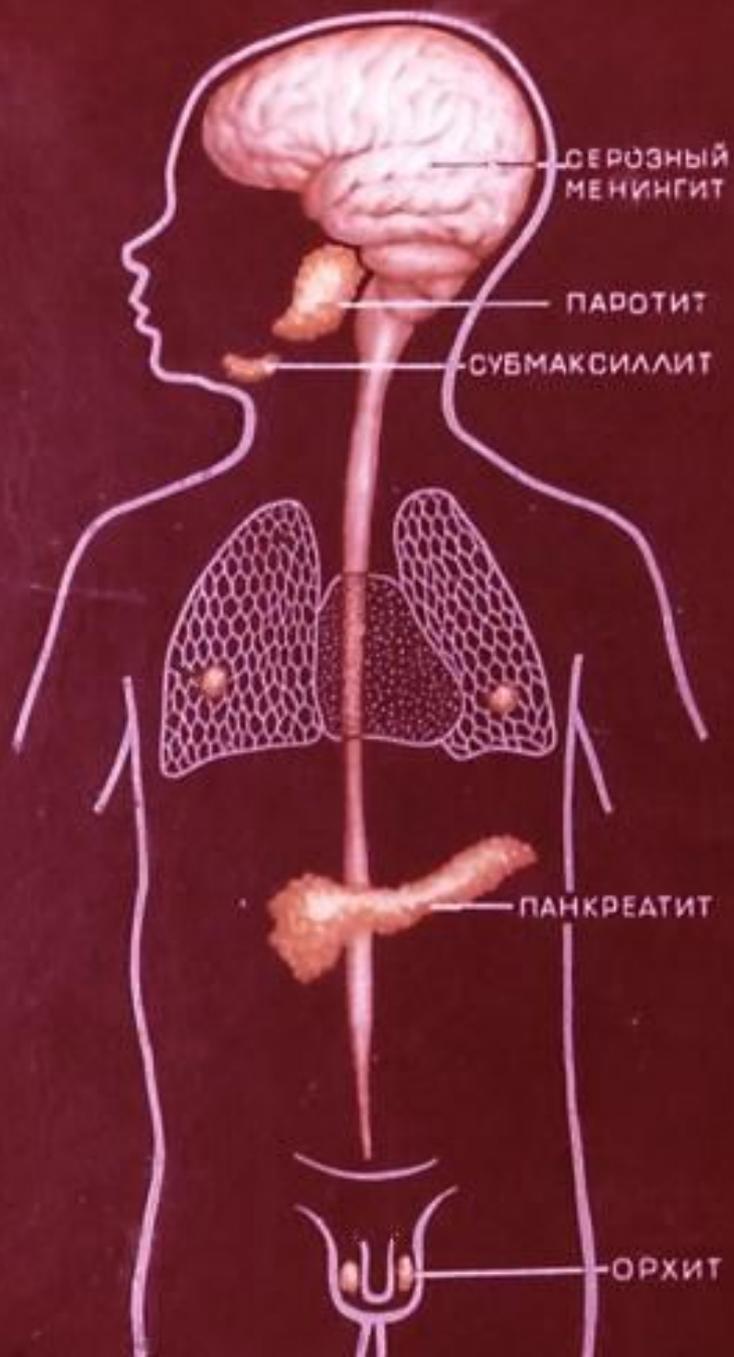
- **Точка, расположенная впереди мочки уха (у 25% больных). Болезненна при значительном увеличении околоушной железы.**
- **Болезненность при надавливании в области верхушки сосцевидного отростка на пораженной стороне (у 25 -30% больных). Болезненна иногда даже при небольшом увеличении околоушной железы.**
- **Болевая точка в области вырезки нижней челюсти (у 40% больных). Считается наиболее типичной для эпидемического паротита.**

Симптом Moursou (Мурсу)

гиперемия и инфильтрация слизистой щеки в области сосочка околоушной слюнной железы







СЕРОЗНЫЙ
МЕНИНГИТ

ПАРОТИТ

СУБМАКСИЛЛИТ

ПАНКРЕАТИТ

ОРХИТ

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Тип	Степень тяжести	Течение
<p>Типичные формы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. НЕОСЛОЖНЕННАЯ - поражение только слюнных желез 2. ОСЛОЖНЕННАЯ - поражение других органов и систем 3. ИЗОЛИРОВАННАЯ <ul style="list-style-type: none"> • ЖЕЛЕЗИСТАЯ - изолированное поражение только железистых органов • НЕРВНАЯ - изолированное поражение только ЦНС (серозный менингит, менингоэнцефалит) 4. КОМБИНИРОВАННАЯ - поражение ЦНС и железистых органов <p>Атипичные формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стертая 2. Инаппарантная 	<p>Легкая Средняя Тяжелая</p>	<p>Гладкое Негладкое: с осложнениями; с наложением вторичной инфекции; с обострением хронических заболеваний</p>

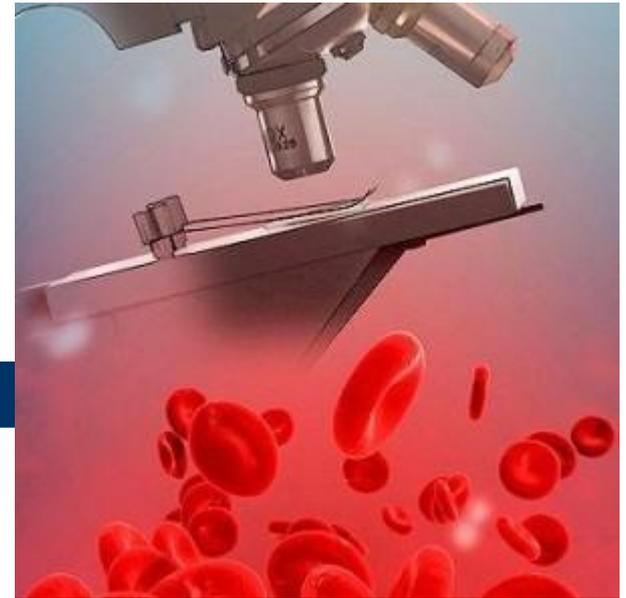
Критерии оценки степени тяжести заболевания

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или слабо выражена	Выражена, 4-7 дней	Длительная. волнообразная
Выраженность и продолжительность лихорадки	Субфебрильная, длительность 1-2 дня	Фебрильная, длительность 4-7 дней	Высокая, длительность до 2 недель и более.
Выраженность местных изменений	Умеренно выражены	Выражены	Ярко выражены
Синдром поражения железистых органов	Поражение слюнных желез	Возможно поражение др. железистых органов	Множественные поражения железистых органов
Синдром поражения центральной и периферической нервной системы	Отсутствует	Возможен	Имеется
Осложнения	Отсутствуют	Возможны	Имеются

Осложнения

- мастит,
 - бартолинит,
 - тиреоидит,
 - нефрит,
 - уретрит,
 - геморрагический цистит,
 - миокардит,
 - дакриоцистит,
 - поражение дыхательной системы,
 - отек глотки, гортани, языка
- наблюдаются редко.**

Диагностика



- ОАК: $L \downarrow$, $L \uparrow$, СОЭ N
- Выделение вируса
- ИФА, РСК, РТГА,
2 пробы крови (по 1 мл) из пальца больного: первая – в день постановки первичного диагноза, вторая – через 2-3 недели (нарастание титра в 4 раза, 1:80 и более)
- ПЦР
- Б/хим. анализ - амилаза крови \uparrow (N 12-32 г/л) и мочи \uparrow (N до 160 г/л)
- Люмбальная пункция:
давление \uparrow (N < 60 кап. в мин., до 100-120 мм вод. ст.), белок \uparrow до 1,98 г/л (N 0,15-0,30 г/л), лимфоцитарный плеоцитоз (кол-во клеток – десятки или сотни – N 7-10 в мкл)

Клинический пример

С. Сережа, 6 лет 11 мес.

**Диагноз: паротитная инфекция, осложненная
комбинированная форма, средней тяжести**

**Острое начало, повышение температуры до 39°,
появление припухлости околоушных желез.**

**На 5-ый день болезни вновь подъем
температуры, рвота, менингеальные знаки.**

ОАК: л ↑

**ЛП: давление ↑, белок 0,66 г/л, цитоз 1332/3,
л 82%, с 18%**

Дифференциальный диагноз

- Гнойный паротит
- Слюннокаменная болезнь
- Инфекционный мононуклеоз
- Токсическая форма дифтерии
- Лимфаденит
- Менингиты (энтеровирусный, туберкулезный, орнитозный)
- Полиомиелит
- Лимфогранулематоз
- Лейкоз
- Флегмона полости рта

Лечение

Показания к госпитализации

- эпидпоказания
- тяжелые формы
- менингит, менингоэнцефалит
- орхит
- панкреатит

Лечение

- Постельный режим до 10 дней при менингите – до 3 недель при панкреатите – до нормализации температуры
- Диета при панкреатите - голодные 1-2 дня через 10 -12 дней диета №5

Лечение



- Сухое тепло на пораженные слюнные железы (теплая повязка, УВЧ-диатермия, соллюкс, УФО)
- Полоскание полости рта 2% р-ром соды или 0,2% р-ром фурацилина
- Виферон 500000 МЕ 2 раза в день, 5 дней
- Анаферон детский
- Тилорон

Лечение

- Иммуноглобулин 1,5 – 3 мл
- Антигистаминные средства (по показаниям)
цетиризин до 2 лет 5 кап. (0,01/мл) 1р.,
2-6 лет 10 кап. 1р., старше 6 лет 20 кап.
или 1 таб. (0,01) 1р. в день
- Дезинтоксикационная терапия – в тяжелых случаях

Лечение при менингите

- Мочегонные препараты – лазикс 1-3 мг/кг, маннитол, диакарб 5 мг/кг,
- Люмбальная пункция
- Кавинтон
- Пирацетам
- Седативные препараты – н-ка валерианы, пустырника

Лечение при менингите

- Противосудорожные средства – диазепам, седуксен 0,3-0,5 мг/кг, ГОМК 50-100 мг/кг
- Дексазон 3-5 дней
- Цитофлавин 0,6 мл/кг в/в кап.
- При вестибулярном неврите – беллоид, беллоспон
- При неврите – кокарбоксилаза или вит. В₁, 15-25 дней, никотиновая кислота

Лечение при орхите

- Постельный режим 2-3 недели
- Суспензорий 2-3 недели
- Холод на 20-30 мин. каждые 2-3 часа
- Глюкокортикоидные гормоны 1-3 мг/кг по преднизолону 7-10 дней
- Анальгетики
- Супрастин (хлорпирамин) 1-2 мг/кг, пипольфен, фенкарол
- Хирургическое лечение – рассечение белочной оболочки

Лечение при панкреатите

- Холод на живот
- В тяжелых случаях в/в инфузия с ингибиторами фибринолиза: апротинин (гордокс, контрикал, трасилол 20000 КИЕ/кг/сут.)
- Спазмолитики – но-шпа, папаверин 2% р-р 0,1 мл/год - разовая доза (0,2-0,3 мг/кг)

Анальгетики

- Антигистаминные препараты
- Ферменты – трипсин, фестал, креон, ликреаза

Диспансерное наблюдение

Форма заболевания	Специалисты	Длительность и кратность наблюдения
Нервные формы	Врач-невролог, врач-педиатр, врач-инфекционист	2 года: 1 раз в квартал
Панкреатит	Врач-эндокринолог, врач-педиатр	2 года: 1 раз в квартал
Орхит	Врач-эндокринолог, врач-уролог, врач-педиатр	1 год: 1 раз в квартал
Цистит, нефрит	Врач-нефролог, врач-педиатр	1 год: 1 раз в квартал

Мероприятия в отношении контактных

- Экстренное извещение в Госсанэпиднадзор
- Влажная уборка с использованием дезсредств
- В ДДУ и школах проводятся ежедневно осмотры контактных детей.
- За не привитыми (или однократно привитыми) и не болевшими эпидемическим паротитом устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления первого случая заболевания (возможно использование серологических методов исследования).

Мероприятия в отношении контактных

В очаге **не позднее 7-го дня** с момента выявления первого больного проводится **вакцинация (ревакцинация)** контактными лицами:

- **не болевшим** эпидемическим паротитом и ранее **не привитым** против него;
- **не болевшим** эпидемическим паротитом и **однократно привитым** против него (если с момента прививки прошло не менее 6 месяцев);
- лицам с **неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом**;
- лицам, у которых при серологическом обследовании **не выявлены антитела** в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита.

Мероприятия в отношении контактных

- Контактным детям, имеющим медицинские отводы от профилактических прививок или не достигшим прививочного возраста, вводится *иммуноглобулин* не позднее 5 дня с момента контакта с больным.

Активная иммунизация

- Живая паротитная вакцина (ЛЗ) 0,5 мл п/к под лопатку или в наружную область плеча
- Вакцина паротитно-коревая культуральная живая сухая
- MMR II
- Приорикс

В 12 месяцев и 6 лет,



Литература

- **Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей, 2002 г.**
- **Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В.. Инфекционные болезни у детей : учебник. - М. ; ГЭОТАР-Медка, 2011.**
- **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ, 2015 г. Утверждены на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г.**
- **Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 N 108"Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита»**
- **niidi.ru**

