



ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

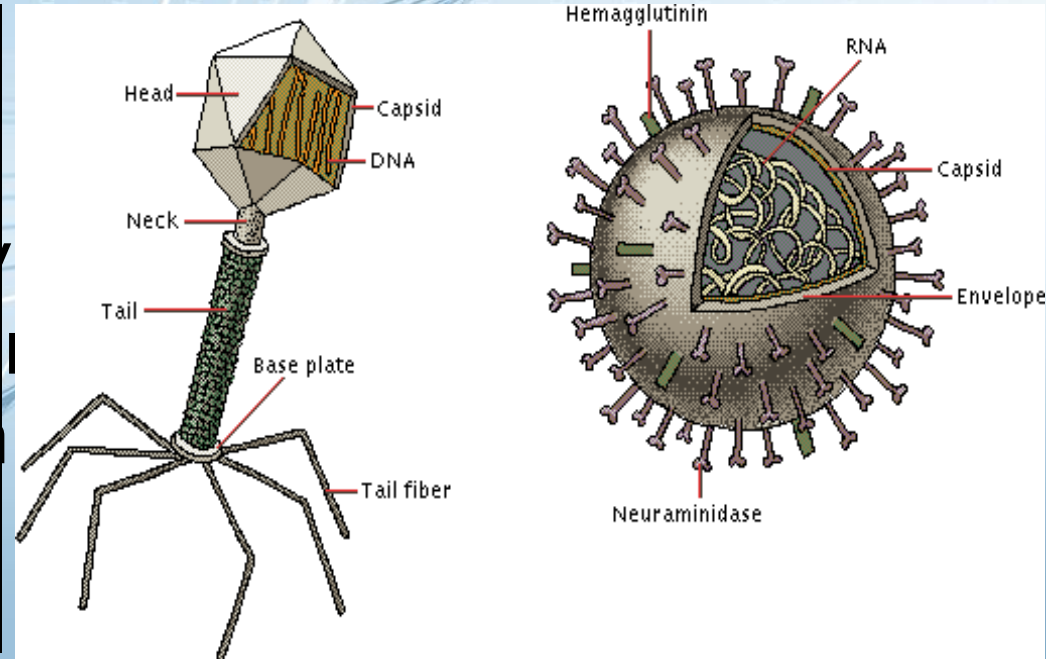
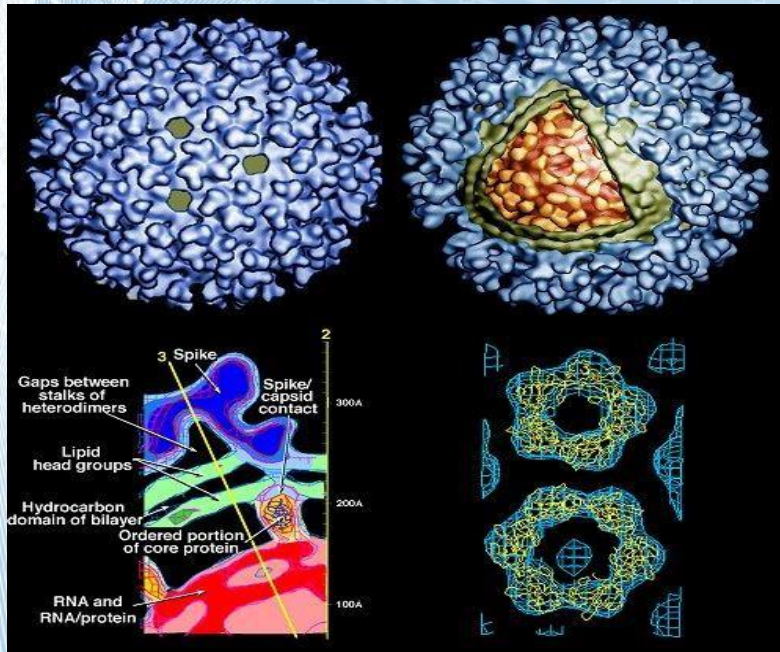
Син.: свинка, заушница

Эпидемический паротит (Parotitis epidemica) — острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других железистых органов и нервной системы.

Исторические сведения. Эпидемический паротит был описан еще Гиппократом в V в. до н.э. Гамильтон (1790) выделил симптомы поражения ЦНС и орхит как частые проявления заболевания. В конце XIX в. были обобщены данные об эпидемиологии, патогенезе и клинической картине паротита. Большой вклад в изучение этой проблемы внесли отечественные ученые И.В.Троицкий, А.Д.Романов, Н.Ф.Филатов.

В 1934 г. была доказана вирусная этиология заболевания.

Возбудитель



(впервые был выделен в 1934 г. Джонсоном и Э.У. Гудпасчером).

История

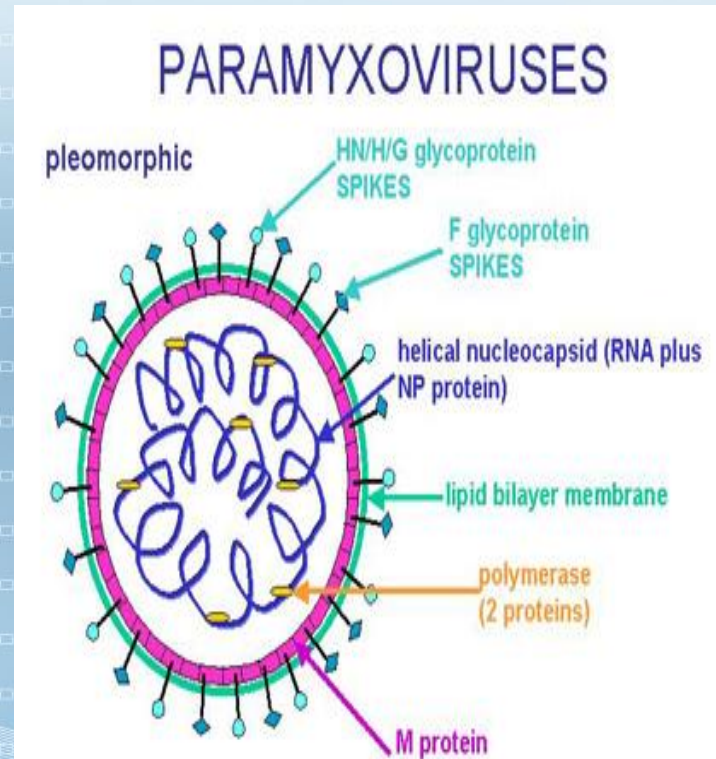
- В 60-е годы были сделаны попытки создать живую паротитную вакцину (ЖВП), и в 1967 г. она была впервые лицензирована в США, где в настоящее время используется в виде тривакцины вместе с коревым и краснушным компонентами.
- В 1980 г. приказом МЗ СССР ЖВП была введена в календарь прививок: иммунизации подлежали дети в возрасте от 18 месяцев до 7 лет, ранее не болевшие паротитом.
- Начиная с 1983 года в России наблюдается постоянное снижение заболеваемости, при этом заметно увеличились межэпидемические периоды, а пик заболеваемости снизился в 5-7 раз.
- В 1998 г. с целью улучшения эпидемической ситуации в стране в отношении эпидемического паротита была введена в календарь прививок вторая доза ЖВП для детей 6-7 лет.

Этиология

Возбудитель паротитной инфекции относится к семейству Paramyxoviridae, роду Paramyxovirus, имеет размер 120 x 300 нм. Вирус содержит РНК, обладает гемагглютинирующей, нейраминидазной и гемолитической активностью.

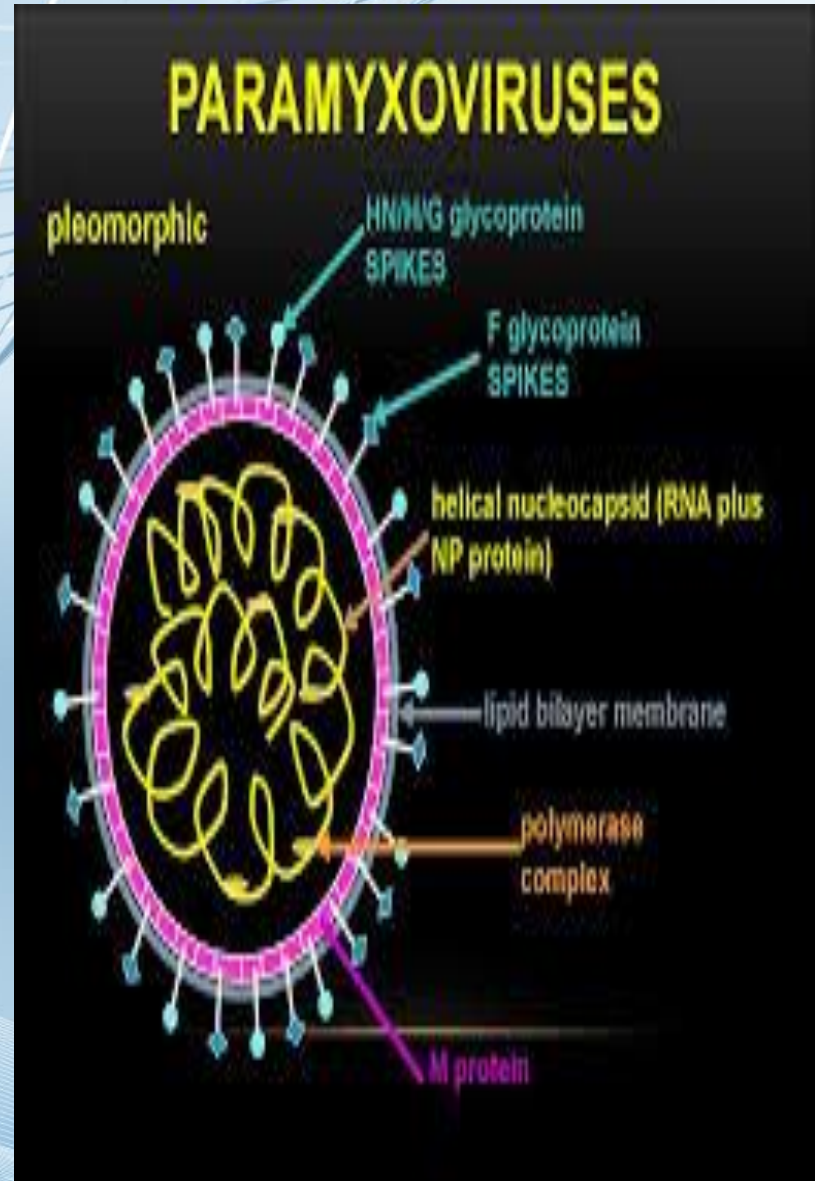
Антигенная структура вируса стабильна.

Устойчивость. Вирус нестоек, инактивируется при нагревании (при температуре 70 °С в течение 10 мин), ультрафиолетовом облучении, воздействии растворов формалина и лизола малой концентрации. Хорошо сохраняется при низких температурах (–10–70 °С).



ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель - РНК-геномный вирус рода *Paramyxovirus* с семейства *Paramyxoviridae*. Все известные штаммы принадлежат к одному серотипу. У вирусов выделяют V-антиген и S-антиген.



Антигены

- ❑ Парамиксовирусы содержат два видоспецифических антигена: **внутренний S-антиген** (нуклеопротеин) и **наружный V-антиген** (гликопротеины шиповидных отростков).
- ❑ Антитела формируются к обоим аг
- ❑ Антитела к **V-аг** обнаруживаются через месяц, но сохраняются годами

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек, в том числе стертой и бессимптомной формой паротита. Больной заразен в последние дни инкубационного периода, в продромальном периоде и в первые 5 дней разгара заболевания. Реконвалесценты не являются источниками инфекции.

Заражение происходит воздушно-капельным путем, вирус выделяется со слюной. Допускается передача инфекции через инфицированные предметы обихода, игрушки. В отдельных случаях описано внутриутробное заражение вирусом эпидемического паротита — вертикальный путь передачи.

Типичен сезонный подъем заболеваемости в конце зимы — весной (март — апрель). Заболевание встречается как в виде спорадических случаев, так и эпидемических вспышек.

Паротитная инфекция одна из самых распространенных вирусных болезней, которая встречается во всех странах мира.

После перенесенного заболевания остается прочный специфический иммунитет.

Источник инфекции:

- Больной человек, который наиболее заразен за 1-2 дня до первых клинических проявлений заболевания и в течение 9-ти дней от начала заболевания.

Механизмы передачи инфекции:

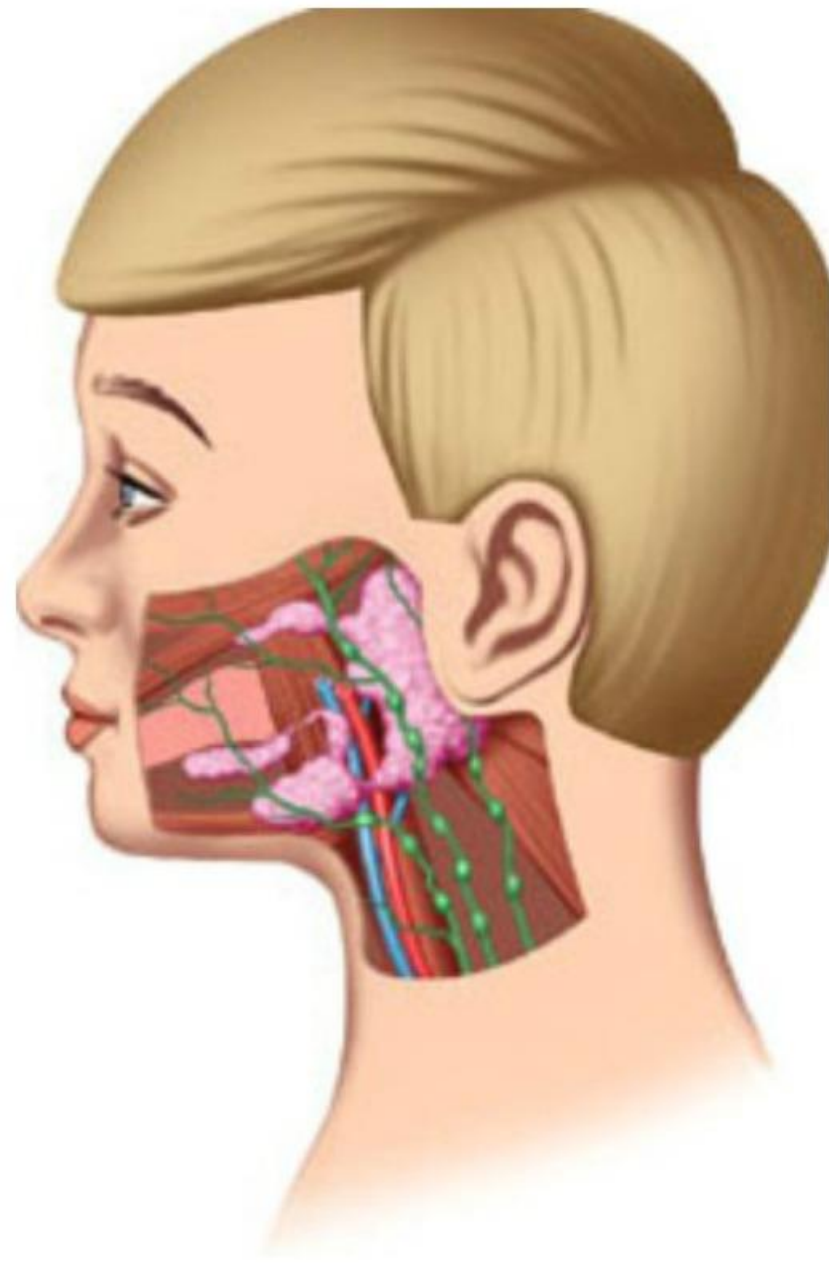
- аэрозольный;
- контактно-бытовой;
- трансплацентарный (редко).

Пути передачи инфекции:

- воздушно-капельный;
- контактный (через игрушки, предметы обихода, инфицированные слюной).

Эпидемиология

- Лица мужского пола болеют паротитом чаще, чем женщины. Эпидемические вспышки можно наблюдать в любое время года, но чаще всего повышение заболеваемости приходится на осень и зиму, т.е. в период скученности детей и подростков в закрытых помещениях. *Естественная восприимчивость людей* высокая. Дети до года болеют нечасто вследствие редких контактов с больными и наличия материнских антител. Постинфекционный иммунитет длительный и стойкий.

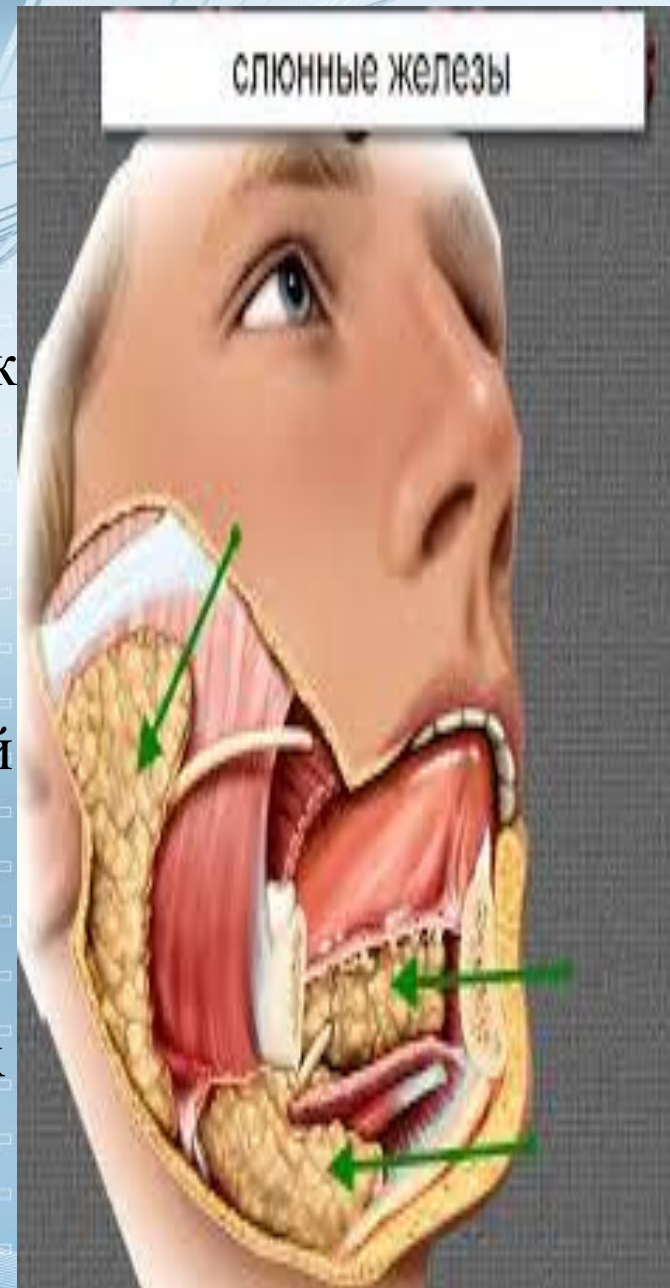


Опухание слюнных желез - один из главных симптомов паротита



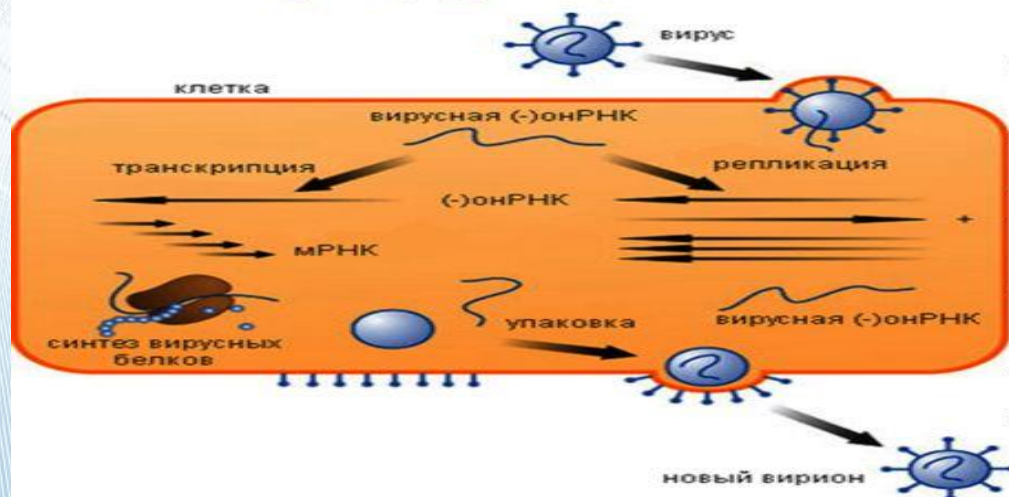
Патогенез

Воротами инфекции служат слизистые оболочки верхних дыхательных путей и, возможно, ротовой полости, а также конъюнктивы. После репродукции возбудителя в клетках слизистых оболочек развивается вирусемия. Гематогенная диссеминация и тропность вируса к интерстициальной ткани железистых органов приводят к его осаждению в слюнных железах, яичках, поджелудочной железе, нервной системе. В указанных органах и тканях вирус также репродуцируется, следствием чего становятся воспалительные реакции в них (прежде всего паротит; также возможны орхит, панкреатит, серозный менингит и менингоэнцефалит).



Патогенез

Репродукция



исходит **путем рецепторного**

ит в цитоплазме

ются за счет встраивания в
копротеинов, а с

очной мембраны по
ортируются вирусные

ся путем почкования
к образуются **ацидофильные**

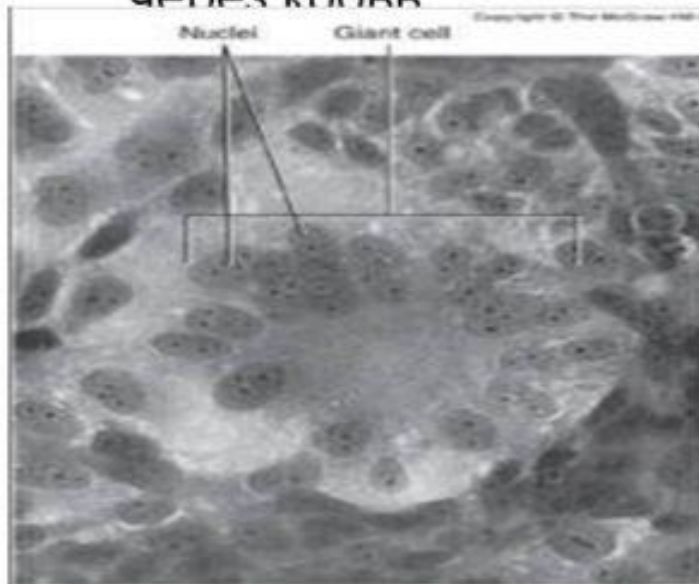
репродукция вируса, но существенно менее интенсивная. Как правило, поражение других железистых органов (яички, поджелудочная железа) и нервной системы развивается не с первых дней заболевания, что связано с медленной репликацией в них вируса, а также вторичной вирусемией, которая является следствием интенсивного размножения вируса и его выхода в кровь из воспаленных околоушных слюнных желез. В раз-

Патогенез

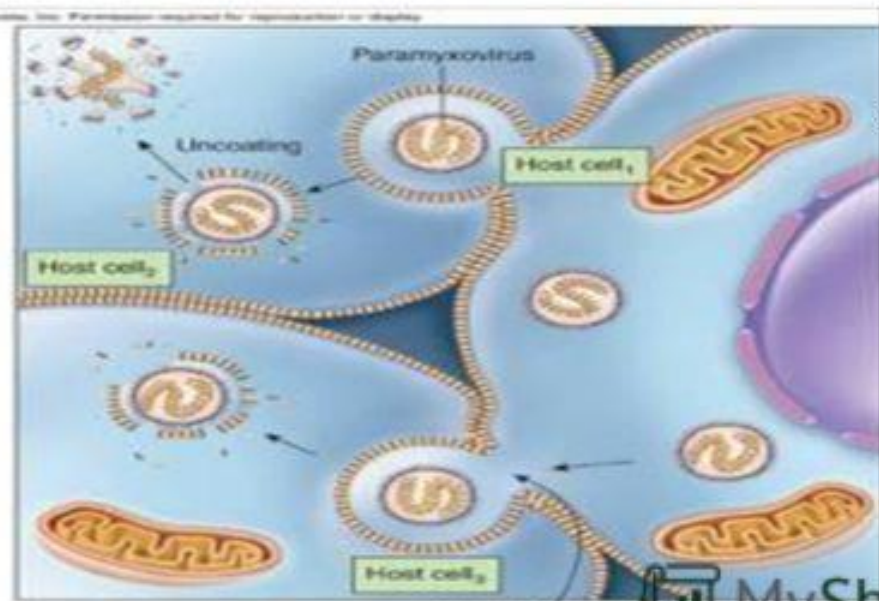
- Возбудитель внедряется в слизистые оболочки, размножается, проникает в кровь и разносится по всему организму.
- Характерная особенность вируса – лимфо- и нейротропность, т. е. он избирательно повреждает ЦНС и лимфоидные железы.
Накапливаясь в поражённых органах, он вызывает их воспаление (менингит, паротит, орхит, панкреатит, мастит и т.д.)

Патогенез

- ❑ Воспалительный процесс локализуется около слюнных выводных протоков и кровеносных сосудов.
- ❑ Кроме слюнных желез могут быть поражены другие железы: поджелудочная, яички, яичники и др.
- ❑ Также наблюдается поражение ЦНС, куда вирус заносится через кровь



(a)



(b)

Патогенез

- ❑ Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки полости рта, носоглотки, носа, где происходит первичная репродукция.
- ❑ Далее вирус паротита проникает в кровь, возникает первичная вирусемия, и с кровью он разносится по всему организму.
- ❑ Гематогенным путем вирус проникает в первую очередь в слюнные железы (околоушные, подчелюстные, подъязычные), где он активно размножается.
- ❑ В слюнных железах отмечается воспалительный отек интерстициальной ткани и образование серозно-фибринозного экссудата.

Цитомегаловирус

**Virus enters
respiratory tract**

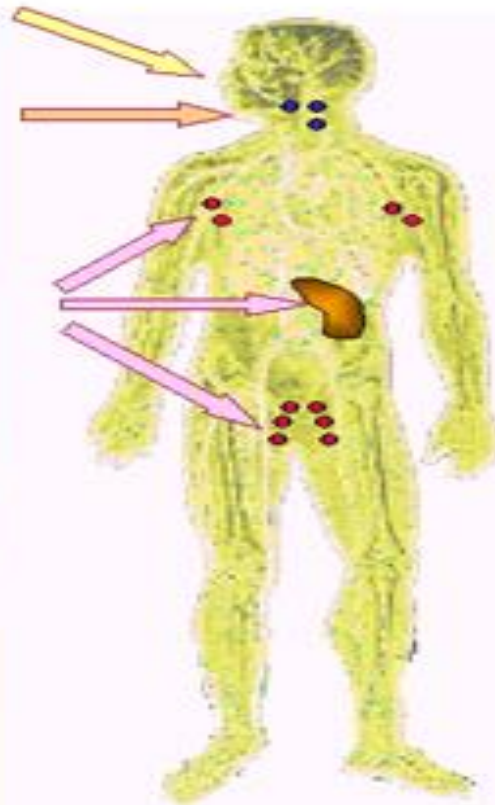
**Virus grows in
salivary glands and
local lymphoid
tissue**

**Virus spreads to
spleen and distant
lymphoid tissue**

Viremia

**Virus spreads
throughout body to
testes, ovary,
pancreas, thyroid,
salivary glands**

DISEASE



7-10 days

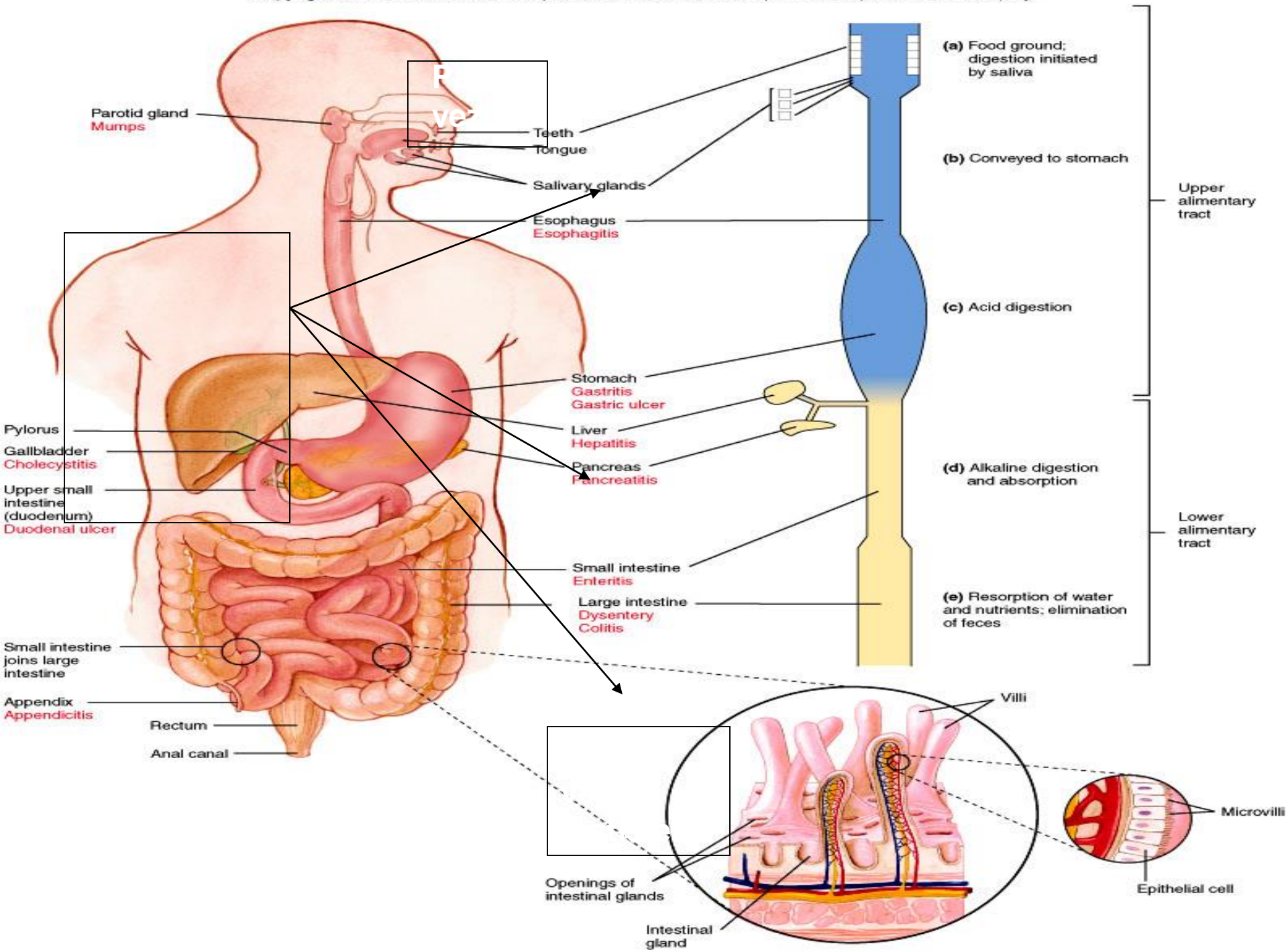
**Approx
15 days**

**18 days
and after**

Патологоанатомическая картина неосложненного эпидемического паротита изучена недостаточно в связи с доброкачественным течением заболевания. Ткань околоушной железы сохраняет ацинозное строение, но вокруг слюнных протоков отмечаются отек и инфильтрация лимфоцитами. Основные изменения локализуются в протоках слюнных желез — от незначительного отека эпителия до полной его десквамации и обтурации протока клеточным детритом. Нагноительные процессы встречаются исключительно редко.

Методом биопсии яичка при паротитном орхите установлены лимфоцитарная инфильтрация интерстициальной ткани, очаги геморрагий. Нередко наблюдаются очаги некроза железистого эпителия с закупоркой канальцев клеточным детритом, фибрином и лейкоцитами. В тяжелых случаях, после воспаления может наступить атрофия яичника. Воспалительно-дегенеративные процессы описаны в яичниках.

Изменения поджелудочной железы изучены недостаточно. Имеются данные о возможности развития некротического панкреатита с поражением как эндокринной, так и экзокринной ткани железы, в тяжелых случаях с последующей ее атрофией. Поражения ЦНС имеют неспецифический характер.



Классификации клинических форм

А. Манифестные формы:

1. Неосложненные: поражение только слюнных желез, одной или нескольких.
2. Осложненные: поражение слюнных желез и других органов (менингит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, мастит, миокардит, артриты, нефрит).

По тяжести течения:

- легкие (в том числе стертые и атипичные);
- среднетяжелые;
- тяжелые.

Б. Инаппарантная форма инфекции.

В. Резидуальные явления эпидемического паротита:

- атрофия яичек;
- бесплодие;
- диабет;
- глухота;
- нарушение функций центральной нервной системы.

Классификации клинических форм

Таблица 4. Классификации клинических форм паротитной инфекции

Тип	Тяжесть
Типичные формы	
1. Железистая изолированное поражение только железистых органов (околоушной, подчелюстной железы, яичек и др.) 2. Нервная изолированное поражение только ЦНС (серозный менингит, менингоэнцефалит) 3. Комбинированная - поражение ЦНС и железистых органов (серозный менингит + паротит или субмаксиллит + панкреатит + менингоэнцефалит и другие комбинации)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая 1. Показатели тяжести Степень выраженности поражения желез припухлость, отечность, болезненность 2. Поражение ЦНС (выраженность менингеальных и менингоэнцефалических симптомов) 3. Степень общей интоксикации (высота температуры тела, нарушение общего состояния)
1. Атипичные формы Стертая 2. Бессимптомная	

Атипичные формы

- К атипичной паротитной инфекции относят только **стертые и бессимптомные формы**. В зависимости от степени поражения желез и ЦНС, а также от выраженности общей интоксикации любая из типичных форм паротитной инфекции может быть легкой, среднетяжелой и тяжелой. Атипичные формы эпидемического паротита (стертые и бессимптомные) характеризуются легким течением. По данным ряда авторов, атипичные формы встречаются в 20-40% случаев.

Стертые формы

- При стертой форме температура тела обычно нормальная, общее состояние заметно не страдает. Отмечается незначительная припухлость одной или обеих околоушных или подчелюстных желез. Стертые формы болезни ввиду слабой выраженности клинических проявлений часто не распознаются, и больные не изолируются, являясь источником распространения инфекции в коллективе.

Клиническая картина. Продолжительность инкубационного периода колеблется от 11 до 23 дней (чаще 15—19 дней). Проромальный период встречается редко. В течение 1—2 дней больные жалуются на недомогание, общую слабость, разбитость, познабливание, головную боль, боли в мышцах и суставах, снижение аппетита.

В типичных случаях наблюдается острое начало заболевания с повышения температуры тела до 38—40 °С и развития признаков общей интоксикации. Лихорадка чаще достигает максимальной выраженности на 1—2-й день болезни и продолжается 4—7 дней с последующим литическим снижением.



В типичных случаях лихорадка достигает максимальной выраженности на 1-2-й день болезни и продолжается 4-7 дней, снижение температуры чаще происходит литически. Характерный симптом болезни - поражение слюнных желез (у большинства больных околоушных). Область увеличенной железы болезненна при пальпации. Боль особенно выражена в некоторых точках: впереди мочки уха, позади мочки уха (**симптом Филатова**) и в области сосцевидного отростка. Большое диагностическое значение имеет **симптом Мурсу** - воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока пораженной околоушной железы. 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 прогрессирует и в течение 3 дней достигает максимума. На этом уровне припухлость держится 2-3 дня и затем постепенно (в течение 7-10 дней) уменьшается.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Наблюдается поражение устья стенонова протока в виде синева-красной точки, вокруг него отёчный валик слизистой (**симптом Мурсу**);
- Болезненность за мочкой уха (симптом Филатова).
- Заболевание носит двусторонний характер.

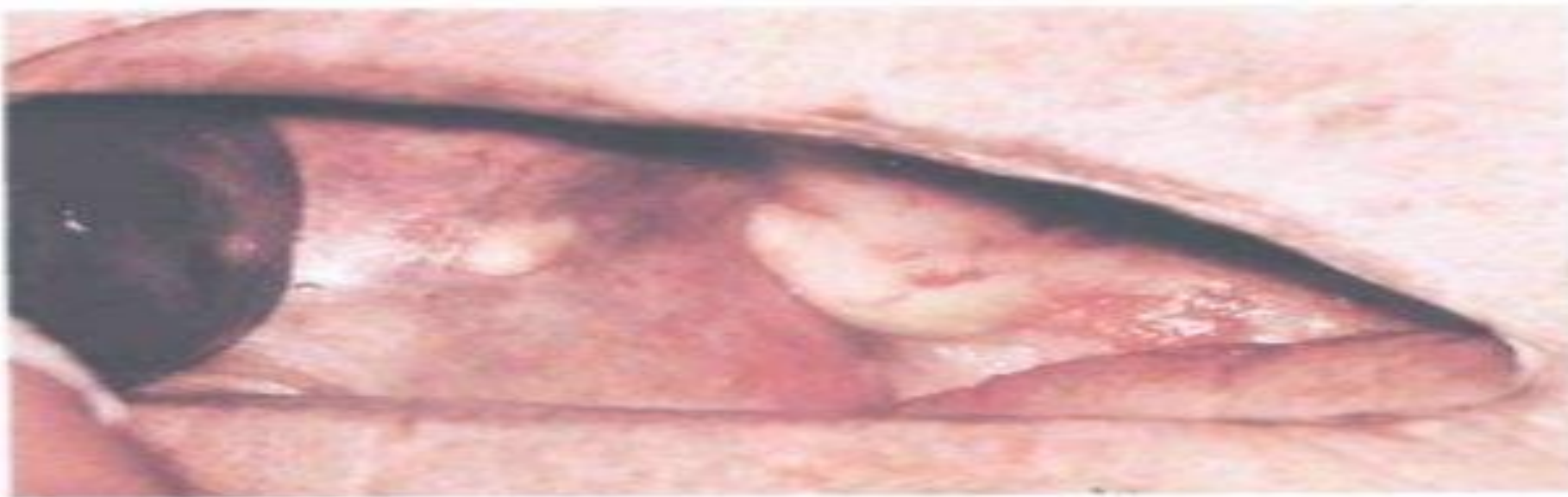
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ



365



366

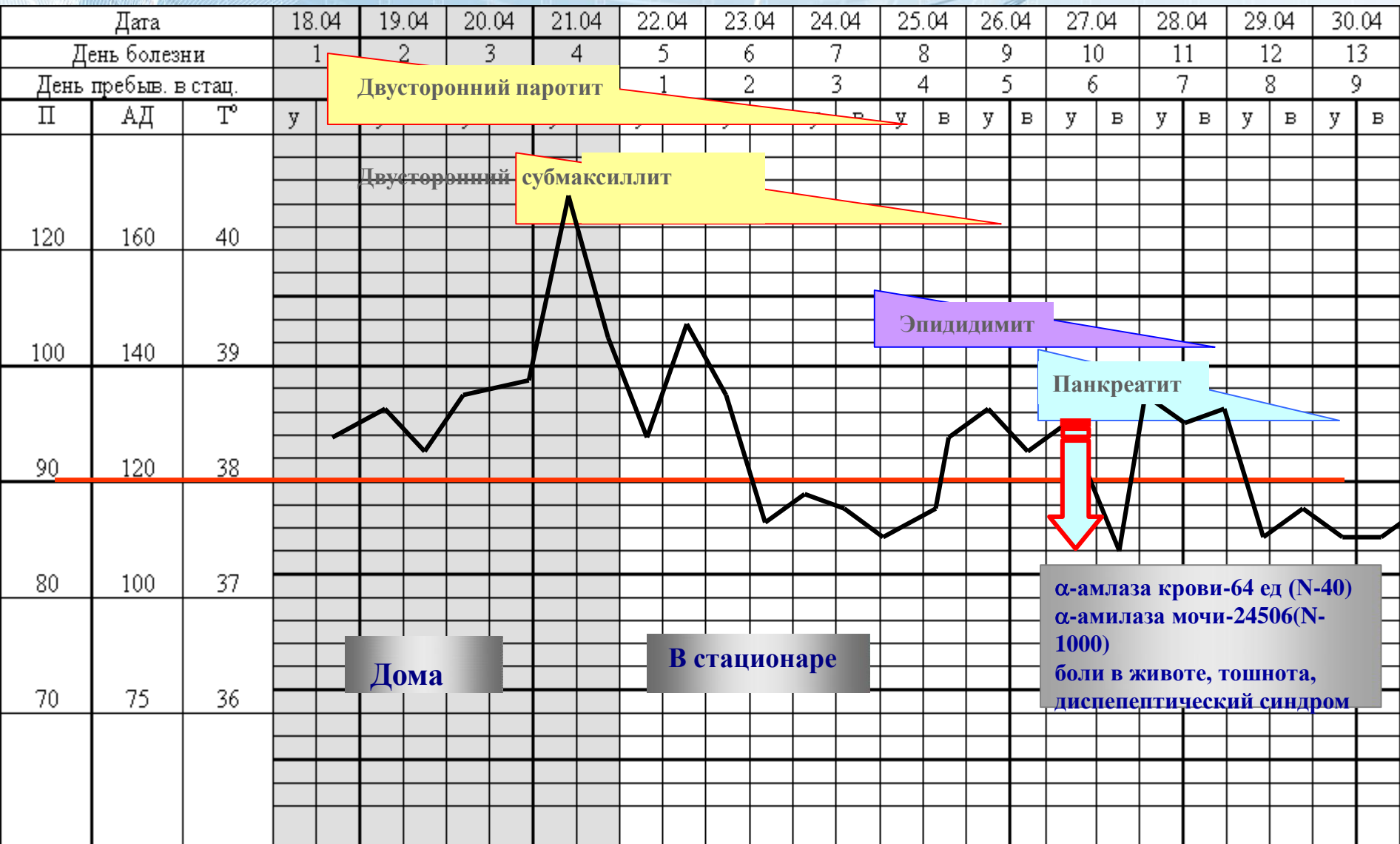


367

Клинические проявления

. Один из ранних признаков заболевания - болезненность за мочкой уха (**симптом Филатова**). Припухлость околоушной железы чаще появляется к концу суток или на второй день болезни сначала с одной стороны, а через 1-2 дня у 80-90% больных - с другой. При этом обычно отмечают шум в ушах, боли в области уха, усиливающиеся при жевании и разговоре, возможен тризм. Увеличение околоушной железы хорошо заметно. Железа заполняет ямку между сосцевидным отростком и нижней челюстью. При значительном увеличении околоушной железы ушная раковина оттопыривается и мочка уха поднимается кверху (отсюда народное название "свинка"). Отёк распространяется в трёх направлениях: кпереди - на щёку, вниз и кзади - на шею и вверх - на область сосцевидного отростка. Отёчность особенно заметна при осмотре больного со стороны затылка. Кожа над поражённой железой напряжена, обычной окраски, при пальпации железа имеет тестовую консистенцию, умеренно болезненна. Максимальной степени отёчность достигает на 3-5-й день заболевания, затем постепенно уменьшается и исчезает, как правило, на 6-9-й день (у взрослых на 10-16-й день).

Температурный лист больного С-ва, 19 лет



Артриты развиваются примерно у 0,5% заболевших, чаще у взрослых, причем у мужчин чаще, чем у женщин. Наблюдаются они впервые 1-2 нед после поражения слюнных желез, хотя возможно появление их и до изменения желез. Поражаются чаще крупные суставы (лучезапястные, локтевые, плечевые, коленные и голеностопные). Суставы опухают, становятся болезненными, в них может появиться серозный выпот. Длительность артрита чаще 1-2 нед, у отдельных больных симптомы артрита сохраняются до 1-3 мес.

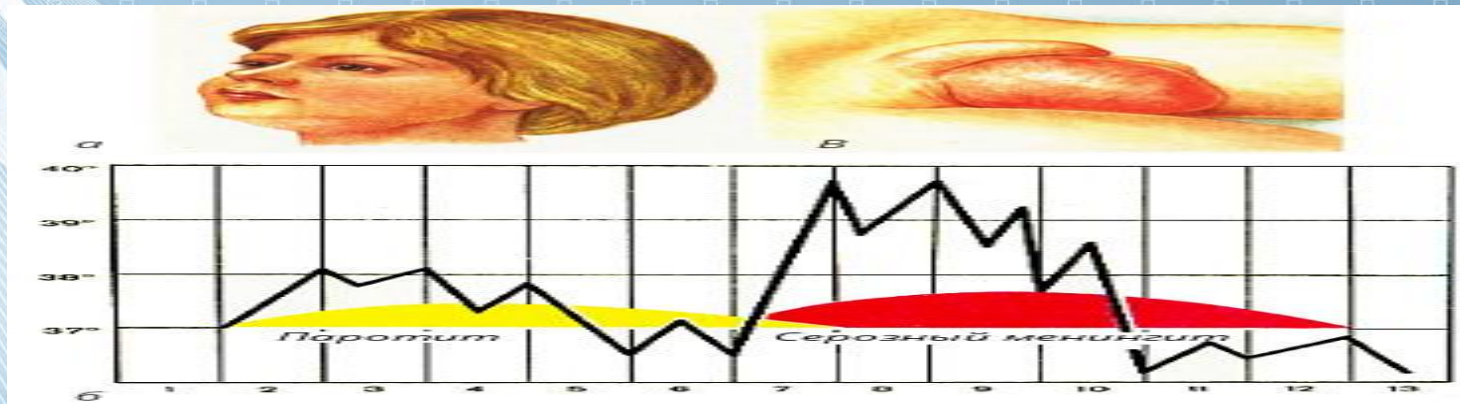
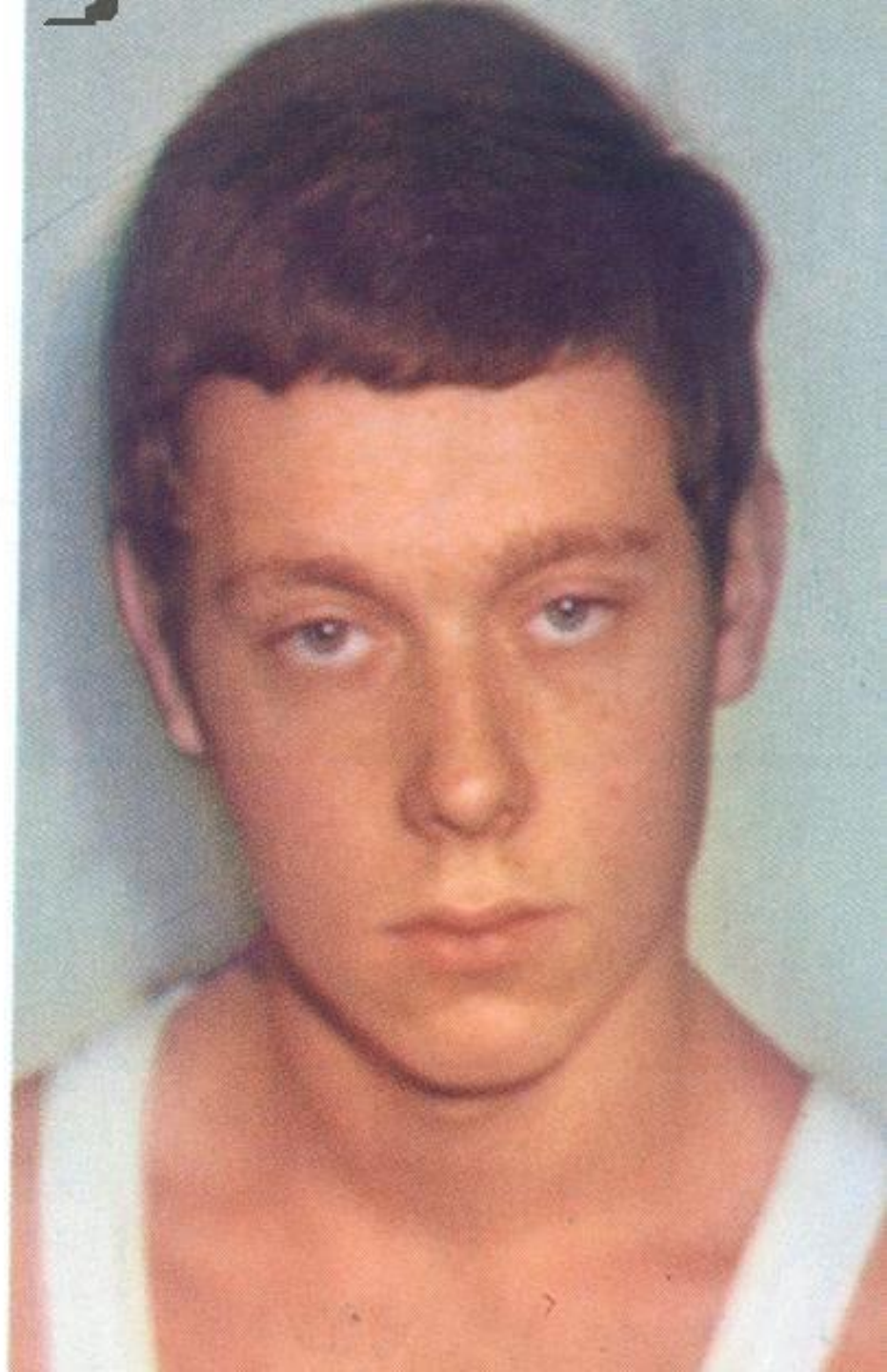


Рис. 17. Эпидемический паротит. Возможная локализация патологического процесса. а - субмаксиллит; б температурная кривая, в - орхит.

В период разгара

- Нарастают симптомы интоксикации, появляются :
- Боль при жевании и раскрывании рта;
- Увеличиваются околоушные слюнные железы, определяется их тестоватая припухлость и отёчность перед ушной раковиной, под мочкой уха, отёк распространяется на область сосцевидного отростка, болезненная при пальпации, лицо принимает характерный вид.



- Кожа над припухшей железой лоснится, но цвет её не изменяется;
- Беспокоит шум в ушах, снижение слуха из-за сдавления слухового прохода и евстахиевой трубы;
- Нарушено слюноотделение (периодически то усиливается, то уменьшается);
- Одновременно или последовательно в процесс вовлекаются другие железы – подчелюстные (субмаксилит) и подъязычные (сублингвит).

К легким формам паротита относятся заболевания, протекающие с субфебрильной температурой тела, с отсутствием или слабо выраженными признаками интоксикации, без осложнений.

Среднетяжелые формы эпидемического паротита характеризуются фебрильной температурой (38-39,9°С), длительной лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации (озноб, головная боль, артралгия и миалгия), значительным увеличением слюнных желез, чаще - двусторонним паротитом, наличием осложнений.

Тяжелые формы эпидемического паротита характеризуются высокой температурой тела (40°С и выше), длительным ее повышением (до 2 нед и более), резко выраженными признаками общей интоксикации: астенизация, резкая слабость, тахикардия, снижение АД, нарушение сна, анорексия и др. Паротит почти всегда двухсторонний, осложнения, как правило, множественные. Токсикоз и лихорадка протекают в виде волн, каждая новая волна связана с появлением очередного осложнения. Иногда тяжелое течение наблюдается не с первых дней болезни.



Классификации клинических форм

В классификации манифестных форм эпидемического паротита использовано два критерия: наличие или отсутствие осложнений и тяжесть заболевания. Далее указана возможность инapparантного (бессимптомного) течения инфекции и впервые выделены в классификации резидуальные явления, которые длительно (чаще пожизненно) сохраняются после элиминации вируса паротита из организма больного. Необходимость этого раздела определяется тяжестью последствий паротита (бесплодие, глухота и др.), о которых практические врачи часто забывают.

К неосложненным формам отнесены те случаи болезни, когда поражены только слюнные железы (одна или несколько). При осложненных формах поражение слюнных желез также является обязательным компонентом клинической картины, но, кроме того, развивается поражение других органов, чаще желез (половых, поджелудочной, молочных и др.), а также нервной системы (менингит, энцефалит, синдром Гийена-Барре), миокарда, суставов, почек.

Критерии тяжести течения болезни связаны с выраженностью лихорадки, признаков интоксикации, а также наличием или отсутствием осложнений. Неосложненный эпидемический паротит протекает обычно легко, реже бывает средней тяжести, а при тяжелых формах всегда отмечаются осложнения (нередко множественные).



Поражение органа слуха иногда приводит к полной глухоте. Первым признаком служит появление шума и звона в ушах. О лабиринтите свидетельствуют головокружение, рвота, нарушение координации движений. Обычно глухота бывает односторонней (на стороне поражения слюнной железы). В периоде реконвалесценции слух не восстанавливается.

- У подростков при паротитной инфекции часто развивается орхит. Обычно поражается одно яичко. Орхит характеризуется увеличением яичка, резкой его болезненностью с иррадиацией болей в паховую область и поясницу. Отмечается отёчность мошонки.
- У девочек в процесс могут вовлекаться грудные железы (мастит) и (или) яичники (оофорит).

Паротитный орхит - воспаление яичек.

- Чаще возникает на 5-6 день болезни у подростков и молодых мужчин до 30 лет на фоне уменьшающегося воспаления околоушной железы:
- состояние ухудшается, резко повышается температура до 38-39°C, появляются головная боль, рвота, озноб;
- беспокоят интенсивные боли в паховой области;

Орхит и эпидидимит наиболее часто встречаются у подростков и взрослых. Они могут развиваться как изолированно, так и совместно. Орхит наблюдается, как правило, через 5—8 дней от начала заболевания и характеризуется новым подъемом температуры тела, появлением сильных болей в области мошонки и яичка, иногда с иррадиацией в нижние отделы живота. Вовлечение в процесс правого яичка иногда стимулирует острый аппендицит. Пораженное яичко значительно увеличено, становится плотным, кожа над ним отекает и краснеет. Увеличение яичка сохраняется 5—8 дней, затем его размеры уменьшаются, боли проходят. В дальнейшем (через 1—2 мес) у части больных могут появиться признаки атрофии яичка.

- кожа мошонки отечна, гиперемирована, иногда с синюшным оттенком (процесс чаще односторонний)
- яичко увеличивается в размере, становится болезненным и плотным.

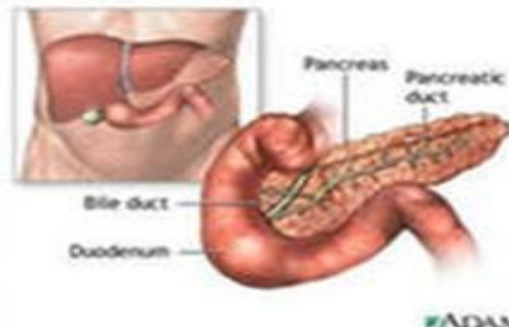


Оофорит редко осложняет эпидемический паротит, сопровождается болями внизу живота и признаками аднексита.

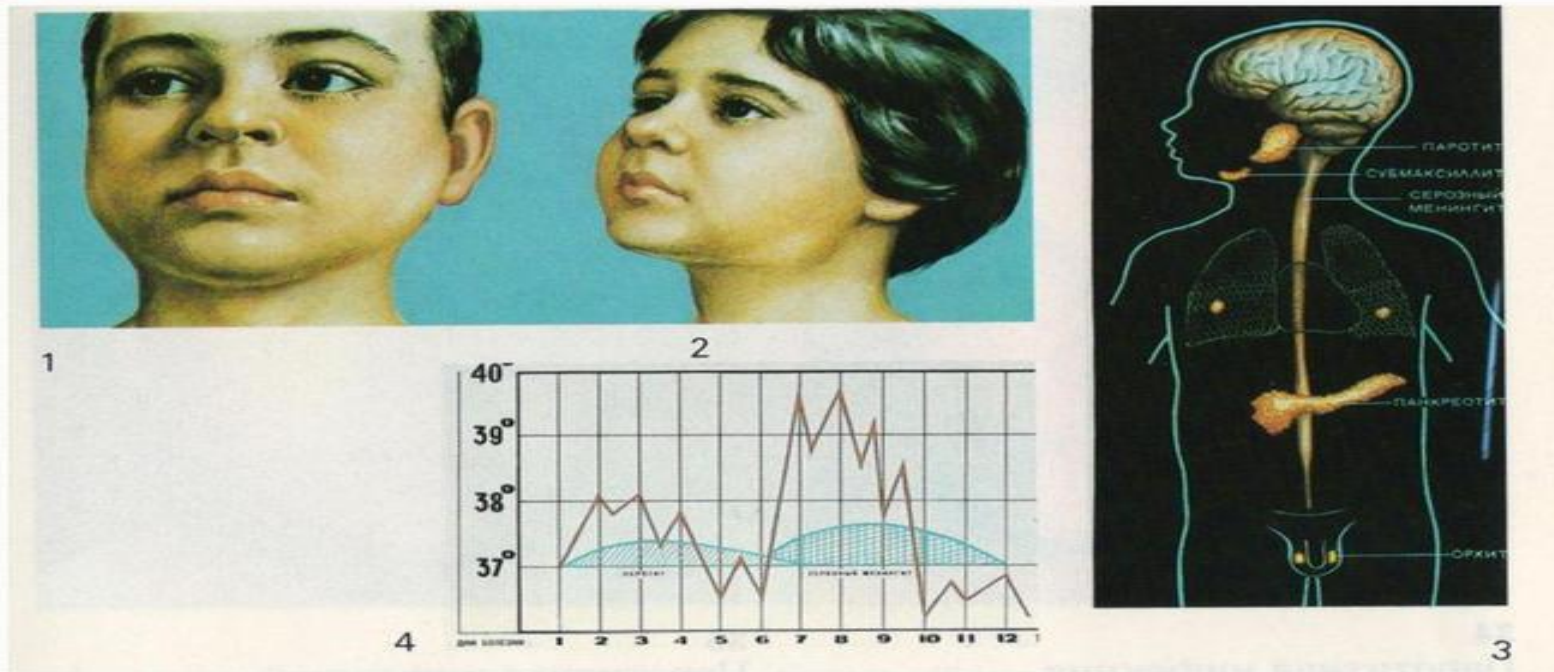
Острые панкреатиты развиваются на 4—7-й день болезни. Основные симптомы: резкие боли в области живота с локализацией в мезогастрии, чаще схваткообразного или опоясыва-

Панкреатит – воспаление поджелудочной железы, клинические проявления:

- фебрильная температура;
- тошнота, рвота;
- опоясывающие сильные боли в животе, иррадирующими в спину, правое подреберье;
- диарейный симптом;
- изменение биохимических показателей крови: повышением содержания амилазы, липазы, трипсина;
- одновременно отмечается повышение активности диастазы в моче.



Форма тяжести заболевания определяется на основании выраженности синдрома интоксикаций. При тяжелой форме наряду с признаками интоксикации, гипертермией у больных появляются тошнота, рвота, диарея как следствие поражения поджелудочной железы; увеличение печени и селезенки менее характерно. Чем тяжелее течение заболевания, тем чаще оно сопровождается различными осложнениями.

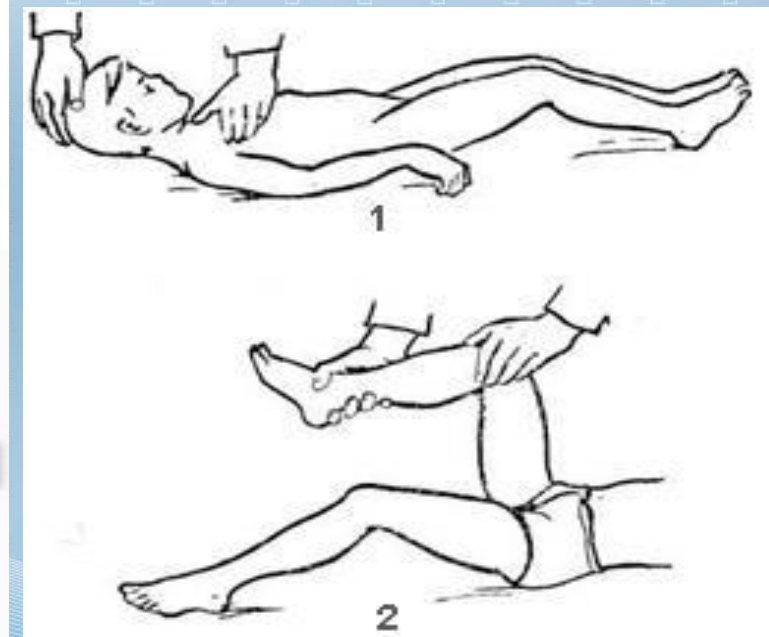


Серозный менингит:

- состояние ребенка резко ухудшается, повышается температура тела до высоких цифр;
- появляется резкая головная боль, многократная рвота, бессонница;
- выражена ригидность затылочных мышц;
- выявляются положительные симптомы Кернига, Брудзинского;
- возможны судороги, нарушение сознания;
- изменяются показатели спинномозговой жидкости: ликвор прозрачный, но вытекает струей или частыми каплями, содержание белка несколько повышено, лимфоцитоз.

Менингит начинается остро, с появления озноба, повторного повышения температуры тела (до 39 °С и выше). Больных беспокоят сильная головная боль, рвота, развивается выраженный менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, Брудзинского). Цереброспинальная жидкость прозрачная, бесцветная, вытекает под по-

У части больных развиваются клинические признаки *менингоэнцефалита*: нарушение сознания, вялость, сонливость, неравномерность сухожильных рефлексов, парезы лицевого нерва, вялость зрачковых рефлексов, пирамидные знаки, геми-



Осложнения

- Отит, стоматит, пневмония, сахарный диабет, бесплодие.

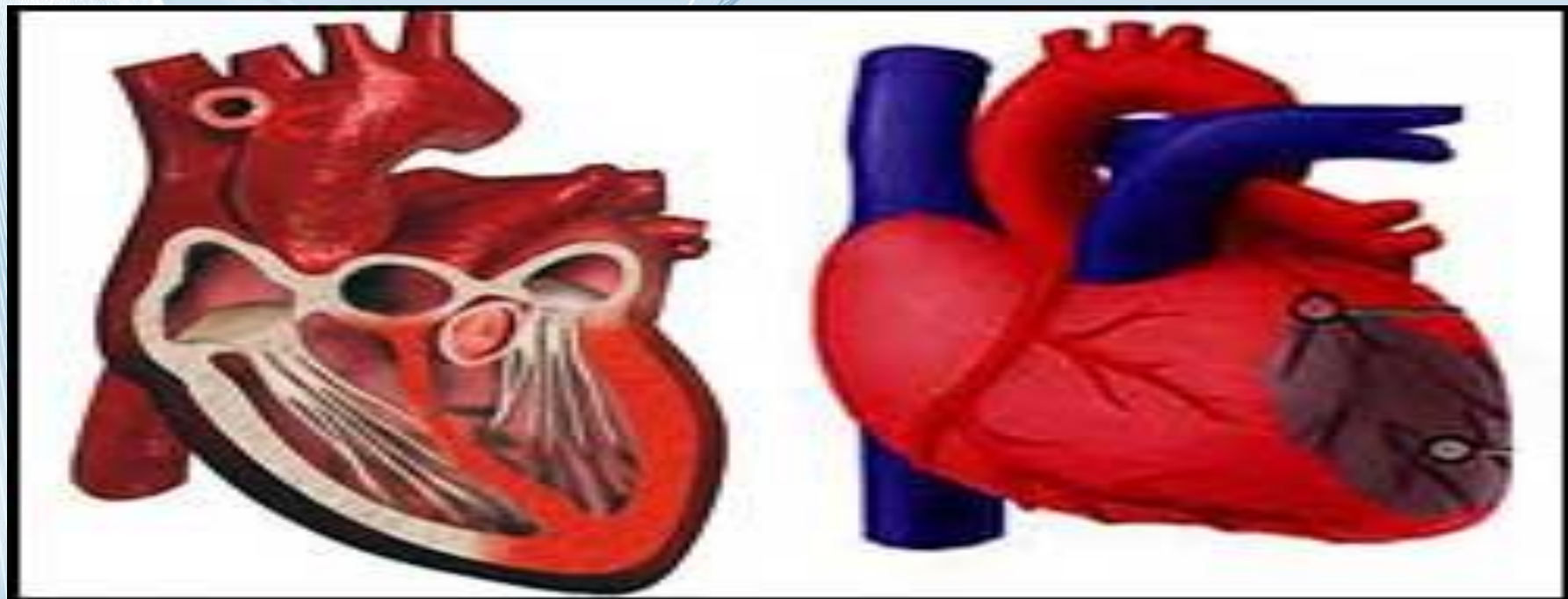
В настоящее время установлено, что вирус паротита у беременных может обусловить поражение плода. В частности, у детей отмечается своеобразное изменение сердца - так называемый первичный фиброэластоз миокарда.

Другие осложнения (простатиты, оофориты, маститы, тиреоидиты, бартонилиты, нефриты, миокардиты, тромбоцитопеническая пурпура) наблюдаются редко.

К редким осложнениям относятся миокардиты, артриты, маститы, тиреоидиты, бартолиниты, нефриты и др.

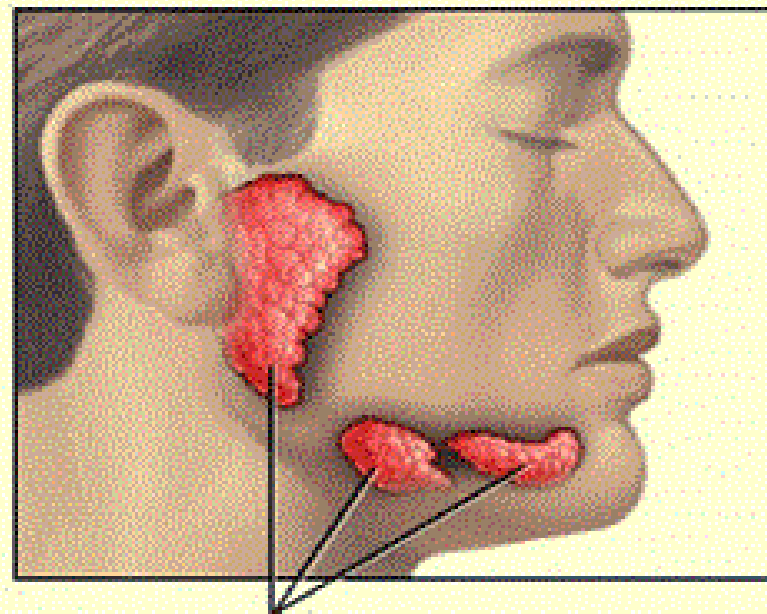
Прогноз. Обычно благоприятный.

Благоприятный, летальные исходы редки (1 на 100 тыс. заболевших эпидемическим паротитом). У некоторых больных возможно развитие эпилепсии, глухоты, сахарного диабета, снижение потенции, атрофии яичек с последующим развитием азоспермии.



Диагностика. Основана на характерной клинической симптоматике. Важное значение имеет эпиданамнез — указание на предшествующий заболеванию контакт с больным. Данные клинических лабораторных исследований неспецифичны. Обычно в гемограмме выявляется лейкопения с относительным лимфоцитозом. При развитии осложнений может быть лейкоцитоз. У большинства больных в крови повышен уровень амилазы. У больных паротитным менингитом при исследовании цереброспинальной жидкости выявляют признаки серозного менингита.

Наиболее важные и ранние признаки паротита - появление выраженной болезненности при надавливании позади мочки уха (симптом Филатова), гиперемия и отёк слизистой оболочки вокруг отверстия стенонова протока (симптом Мурсу).



Слюнные железы

Лабораторная диагностика

- **Исследуемые материалы:** слюна, ликвор, моча, сыворотка крови
- **Вирусологический метод:** проводят заражение развивающихся куриные эмбрионы или культуры клеток. Индикация по ЦПД. Идентификацию выделенного вируса осуществляют при помощи РТГА, МИФ, РСК.
- **Серологический метод:** проводят с парными сыворотками больного, взятыми с интервалом в 10 дней. Нарастания титра антител в 4 раза указывает на паротитную инфекцию.

Дифференциальная диагностика

- гнойного (вторичного) паротита, болезни Микулича;
- камнем стеноза протока, вследствие чего происходит обтурация выводного протока, паратонзиллярным абсцессом туберкулеза, новообразований слюнных желез;
- острого воспаления височно-нижнечелюстного сустава, глубокой флегмоны шейной клетчатки, инфекционного мононуклеоза, лимфогранулематоза, токсической дифтерии глотки.

Дифференциальная диагностика

- Для эпидемического паротита характерно острое начало с озноба, повышения температуры тела и других признаков интоксикации, появление болезненной (больше в центре) тестообразной припухлости в проекции околоушных, реже подчелюстных или подъязычных слюнных желёз с чувством напряжения и боли. Поражение чаще носит двусторонний характер. Наиболее важные и ранние признаки паротита - появление выраженной болезненности при надавливании позади мочки уха (симптом Филатова), гиперемия и отёк слизистой оболочки щек вокруг отверстия стенонова протока (симптом Мурсу).

гнойного (вторичного) паротита, Микулича

- Эпидемический гнойный (вторичный) паротит наблюдается одновременно или после каких то заболеваний. Очень остро с высокой температурой начинается и характерно гнойным воспалительным процессом. Структура желез твердая болезненная. Гной может перейти в абсцес кожи щечки наружное ухо. В крови нейтрофильный лейкоцитоз и СОЕ ускоренный
- Это встречается у взрослых после 20-30 лет и протекает длительно. Двухсторонняя поражения околоушных и слезных желез. процесс постепенно начинается, с сухости во рту, интоксикационные явления отсутствуют.

гнойного (вторичного) паротита болезни Микулича

- Болезнь Микулича характеризуется медленно прогрессирующим симметричным увеличением слезных и слюнных желез, вызванным системным заболеванием лимфатического аппарата.
- Пациент во время болезни Микулича жалуется на сухость во рту, иногда возникает сухой конъюнктивит, а также множественный кариес зубов. В самых типичных случаях заболевания увеличивается селезенка и печень, отмечается лимфоцитоз и лейкоцитоз. Из-за увеличения отдельных групп лимфатических узлов заболевания по клинической картине напоминает лимфаденоз.
- Для диагностики болезни Микулича широко применяется пункционная гистобиопсия..

камень, туберкулез, новообразований слюнных желез

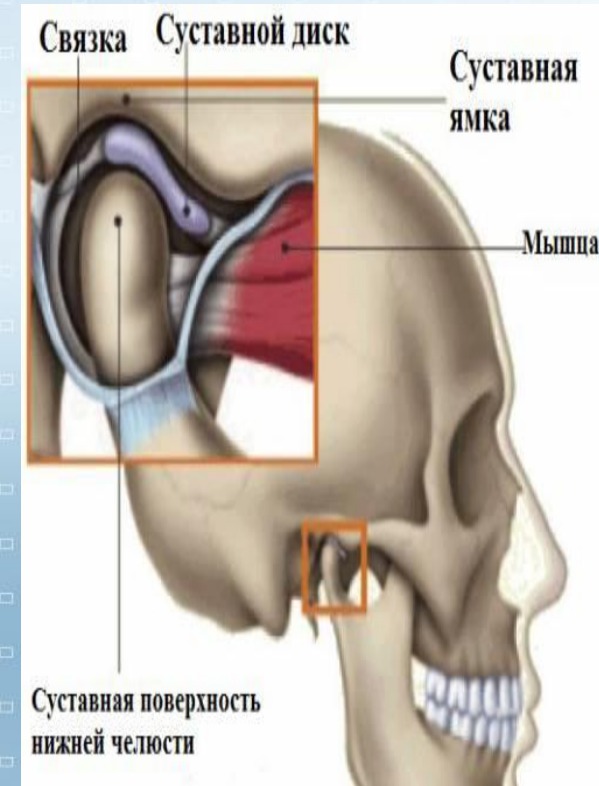
При закупорке протока слюнных желез **камнем** сл желез увеличивается но болезнено Обычно камень может располог при выхоте слюн проток Если проток открывается процес исчезает

туберкулез слюнных желез наблюдается восполит процес в легких .Железки постепенно увеличивается в размере но болезнено.Процес бывает односторонной. Впервые 5-7 дней при эпид паротите размер желез уменьшается но при туберкулезе еще больше увеличивается и в центре может образовыватся некроз В слюне можно обнаружить туберкулезных полочек

При **новообразованиях** следствии давлении слюнных проток железки опухает увеличивается и бывает незначительно больезнено.Железки бывают твердые и иногда наблюдается узельки. При помощи сканировании, компьютерной томографии ставится правиьльный диагноз

Височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

- Острая боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) обычно появляется при его воспалении (артрите). Боли могут быть односторонними или двусторонними, острыми или хроническими (длительными). Довольно часто данное заболевание сопровождается усилением болезненности при открывании рта, трудностями при приеме пищи и другими симптомами. В случае хронических болей такие расстройства могут наносить серьезный вред как физическому, так и эмоциональному состоянию человека



острого воспаления височно-нижнечелюстного сустава (*ВНЧС*)

- При острых восп процессе или инфекциями связано возникает. Характеризуется болями при разговоре и при жевании. Боли длительное время протекает и распространяется разные стороны. Височной части вокруг ухо гиперемия, отечность передняя стороне ухо наблюдается
- Если острое воспаления височно-нижнечелюстного сустава могут возникать от туберкулеза, сифилиса, актиномикоза, то диагноз ставится характерных явлений этих заболеваний
- Шейные лимфатические узлы могут поражаются от др опухолей, лимфосаркомы. При этом постепенное увеличение их отсутствие лихорадки, боли отрицает эпидемический паротит

лимфогранулематоза и токсическая дифтерия глотки

- Лимфатические узлы уплотняются ,без болезнено или несколько болезнено. До появления увеличен лимфат узлов у больных наблюд без причин слабость, лихорадка и потливость. Признаки прогресируется,железки увеличиваются,боли появляются и лихорадочная стадия удлиняется.Диагноз подтверждается биопсионным материалом лимфатичес узлов.
- При **токсической дифтерии глотки** интоксикац явления высок температура и отечность вокруг ухо, шеи похоже с паротитом. Раняя лечения при дифтерии состояния больных заметно улучшается

Дифференциальная диагностика

- *Токсические пародиты* - это профессиональные заболевания взрослых. У детей они встречаются исключительно редко. Токсические пародиты возникают при острых и хронических отравлениях ртутью, свинцом. Развиваются они медленно; наряду с пародитом нередко выявляются другие типичные для того или иного отравления поражения (например, изменения со стороны зубов и десен).

паратонзиллярный абсцессом

Паратонзиллярным абсцессом называют воспаление, возникающее в околоминдалинной клетчатке. Его также называют перитонзиллярным абсцессом или флегмонозной ангиной.

Причиной его становится попадание стрептококковой, стафилококковой или другой инфекции в околоминдалинную клетчатку. Заболевание обычно проявляется в случае снижения иммунитета. В большинстве случаев паратонзиллярный абсцесс развивается в качестве осложнения хронического тонзиллита (воспаление небных миндалин). По сути, он являет собою нагноение рыхлой клетчатки и образование нарыва около миндалины. Заболеванию подвержены преимущественно молодые люди, так как они чаще болеют тонзиллитами и ангиной.

Наблюдается боль в глотке, которая усиливается при глотании, повороте головы и кашле. Пациент испытывает затруднения при открывании рта, которое сопровождается резкой болью.

Отмечается тризм (невозможность полностью открыть рот) жевательной мускулатуры. Больной вынужден отказываться от приема пищи и питья, боль мешает его

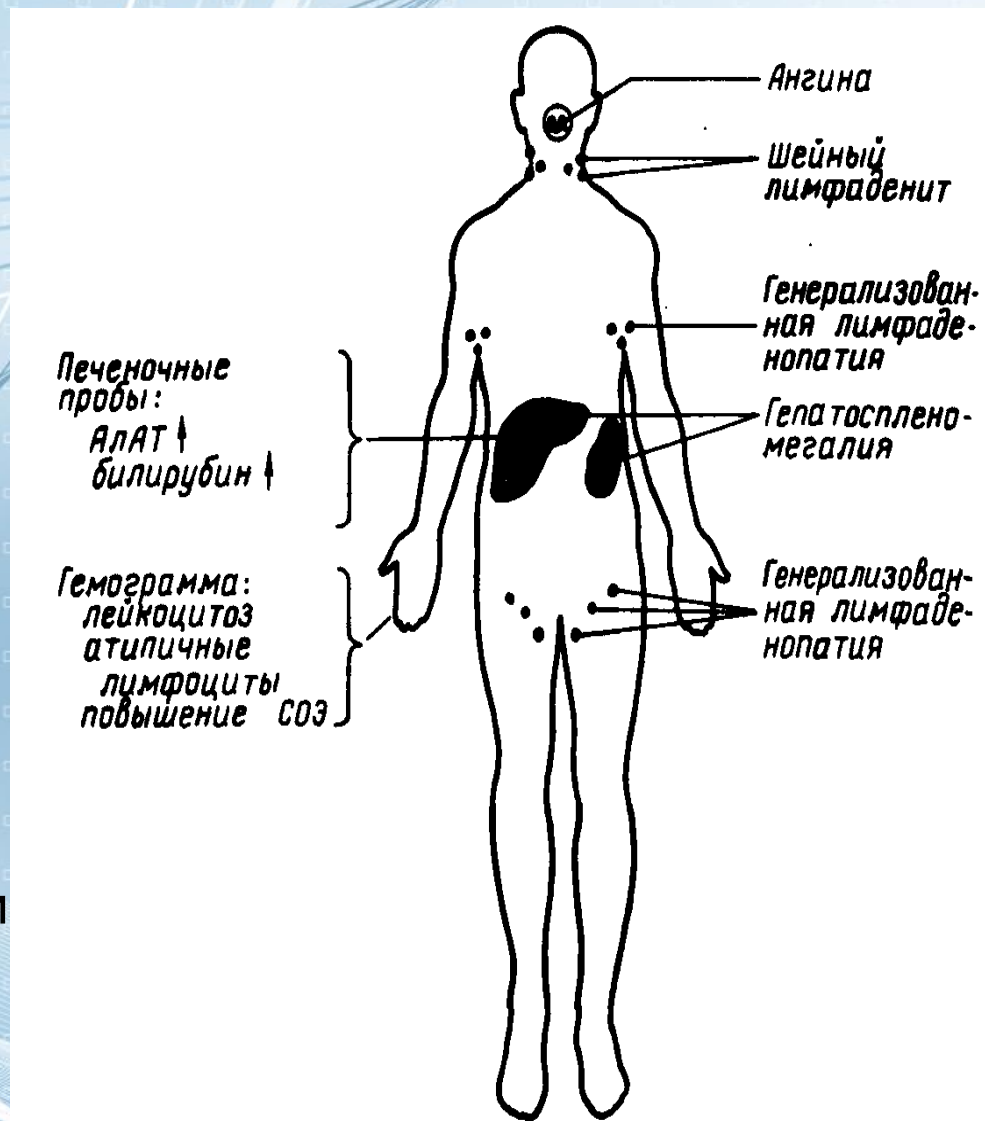


Дифференциальная диагностика

- Большие трудности представляет дифференциальный диагноз изолированного серозного менингита паротитной этиологии и *серозного менингита другой вирусной этиологии (энтеровирусная инфекция, полиомиелит)*. В этих случаях большое значение имеют эпидемиологические данные (контакт с больным эпидемическим паротитом), наличие других клинических проявлений энтеровирусной инфекции, а также лабораторные методы диагностики (РСК, РЗГА и кожная аллергическая проба).

Инфекционный мононуклеоз (ИМ, болезнь Филатова, моноцитарная ангина)

- острая антропонозная инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя, вызываемая вирусом Эпштейна-Барр, характеризующаяся циклическим течением, лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, гепатолиенальным синдромом и характерными изменениями гемограммы.



Наибольшую опасность представляют случаи, когда отёк подкожной клетчатки шеи и лимфаденит, встречающийся при токсических формах дифтерии ротоглотки (иногда при инфекционном мононуклеозе и герпесвирусных инфекциях). врач принимает за паротит.

Паротитный менингит дифференцируют с серозными менингитами энтеровирусной этиологии, лимфоцитарным хориоменингитом, иногда туберкулёзным менингитом

Паротитный орхит дифференцируют с туберкулёзным, гонорейным, травматическим и бруцеллёзным орхитом.

Паротитный серозный менингит следует дифференцировать от серозных менингитов другой этиологии, прежде всего от туберкулезного и энтеровирусного. Помогает в диагностике тщательное обследование слюнных желез и других железистых органов (исследование амилазы мочи), наличие контакта с больным эпидемическим паротитом, отсутствие заболевания паротитом в прошлом. **Туберкулезный менингит** характеризуется наличием продромальных явлений, относительно постепенным началом и прогрессирующим нарастанием неврологической симптоматики. Энтеровирусные менингиты встречаются в конце лета или начале осени, когда заболеваемость эпидемическим паротитом резко снижена.

Дифференциальная диагностика

Серозный менингит паротитной этиологии прежде всего следует дифференцировать *от туберкулезного менингита*. Острое развитие менингеального синдрома, часто сочетающееся с болями в животе, быстрая обратная динамика, нормальное или несколько повышенное содержание сахара в спинномозговой жидкости типичны для серозного менингита паротитной этиологии, в отличие от медленного, постепенного, но прогрессирующего развития болезни при туберкулезном менингите. Образование фибриной сетки, снижение содержания сахара в спинномозговой жидкости характерно для туберкулезного менингита.

Бруцеллезный орхит

- Встречается 30%. При хронических формах у обоих забол орхит начинается остро с высок темпер, общ интокс явлен, увеличени яичек и болезненность
- При Бруцеллезе диагноз став на оснавании анам Райт Хедделсон и проба Бюрне

Лечение. Этиотропной терапии нет. Для предупреждения осложнений заболевания рекомендуются соблюдение постельного режима в течение 7—10 дней, щадящая диета. Важное значение имеет гигиена слизистой оболочки полости рта. Широко используют симптоматические средства — жаропонижающие и обезболивающие. Показано сухое тепло на поврежденную железу (согревающие повязки). При выраженной ин-



Постельный режим- основное условие полного выздоровления





жающие и обезболивающие. Показано сухое тепло на поврежденную железу (согревающие повязки). При выраженной интоксикации проводят дезинтоксикационную инфузионную терапию, при орхитах — общее и местное лечение. Используют глюкокортикостероидные препараты (преднизолон в таблетках), сухое тепло, суспензорий. При менингитах показана дезинтоксикационная и дегидратационная терапия, включающая глюкокортикостероиды.

Лечение

- Госпитализации подлежат дети с осложнённым течением паротита и по эпидпоказаниям.
- Постельный режим на 7 дней (период разгара)
- Диетическое питание – легкоусвояемая, жидкая или полужидкая пища, не вызывающая затруднений при жевании, глотании, подкисленное питьё. При панкреатите на 1-2 дня – «голодные» разгрузочные дни, далее расширение диеты, но ограничение углеводов, животных жиров, через 10-12 дней – диета №5.

- При панкреатите – дезинтоксикационная терапия: обильное питьё, щелочное питьё (минеральная вода), в/в капельно – ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол). Для снятия болей – спазмолитики (но-шпа, папаверин), анальгетики.
- Для улучшения переваривания – ферменты (панкреатин, панзинорм, фестал)

- Препараты интерферонового ряда
- Витамины
- Симптоматическая терапия
- Сухое тепло на поражённую железу – компресс или лампа – соллюкс.
- При орхите – покой, теплоподдерживающий суспензорий, противовоспалительная терапия. Кортикостероидные препараты не более 7-10 дней.

Лечение

При менингите показана спинномозговая пункция не только с диагностической целью, но и как лечебное мероприятие, снижение внутричерепного давления облегчает состояние ребенка: уменьшается головная боль, прекращается рвота. Необходимо провести дегидратационную терапию: внутримышечно вводят 25% раствор сульфата магния, внутривенно - 20-40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой и витамином В₁. Имеется положительный опыт лечения больных с нервными формами паротитной инфекции человеческим лейкоцитарным интерфероном [Тимофеева Г. А. и др., 1984]. Авторы отмечают быстрое улучшение состояния ребенка, снижение температуры тела, нормализацию неврологического статуса и санацию ликвора. Интерферон вводят внутримышечно с интервалом 12 ч в течение 5-7 дней (активность интерферона 10 000 ЕД/мл). При лечении серозных менингитов паротитной этиологии получен хороший эффект от применения аморфной панкреатической рибонуклеазы. После перенесенного паротитного менингита осуществляется диспансерное наблюдение невропатологом.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге паротитной инфекции:

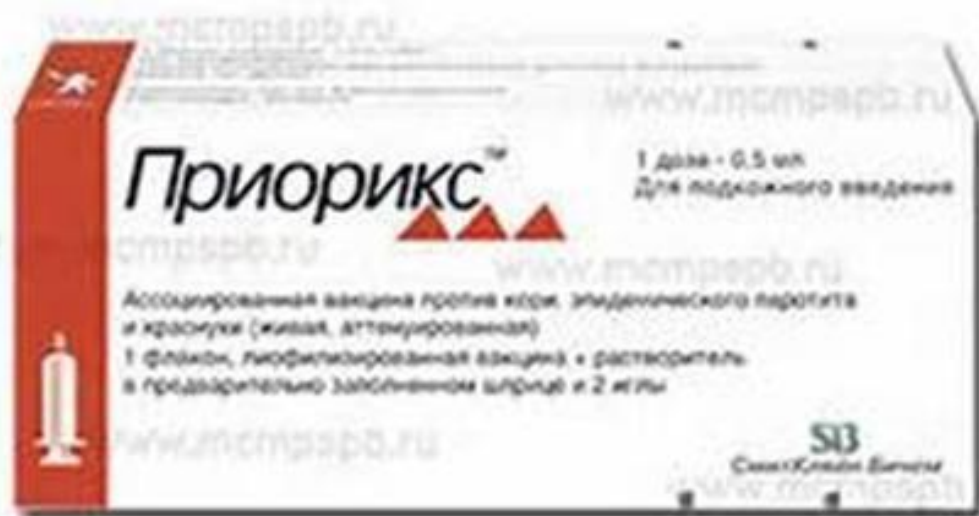
- Ранняя диагностика и изоляция больного до 10 дня от начала клинических проявлений заболевания.
- На очаг накладывается карантин на 21 день с момента разобщения с заболевшим ребенком.
- Ежедневный осмотр контактных, начиная с 11 по 21 день: термометрия 2 раза в день, осмотр слизистых полости рта, околоушных слюнных и других желез, медицинское документирование.
- Тщательное проветривание и влажная уборка помещения с использованием дезинфицирующих средств.

Специфическая профилактика

- Осуществляют **живой вакциной из аттенуированного штамма Л-3**, выращенного в первичной культуре клеток эмбрионов японских перепелов.
- Вакцину вводят, согласно национальному профилактическому календарю прививок **в 12-ти месячном возрасте**, ревакцинацию - **в 6 лет**.
- А также комбинированной вакциной **«MMR»** и **«Приорикс»** - против паротита, кори, краснухи.



- Проведение специфической профилактики (плановая иммунизация), путем введения живой паротитной вакцины (ЖПВ) детям в возрасте 15-18 месяцев.



***Благодарим
за
внимание!!!***

Спасибо за внимание!

