

Клинические рекомендации
«Эпидемический паротит»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): А-36.0 – А -36.9

Возрастная категория: дети, взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений:.....	3
Термины и определения.....	4
1.Краткая информация.....	7
1.1 Определение.....	7
1.2 Этиология и патогенез.....	7
1.3 Эпидемиология:.....	8
1.4 Кодирование по МКБ-10:.....	8
1.5 Классификация.....	9
1.6. Клиническая картина.....	10
2. Диагностика:.....	15
2.1 Жалобы и анамнез:.....	15
2.2. Физикальное обследование:.....	15
2.3 Лабораторная диагностика.....	18
2.4 Инструментальная диагностика:.....	18
2.5 Иная диагностика:.....	19
3.Лечение:.....	21
3.1 Консервативное лечение.....	27
3.2 Хирургическое лечение:.....	27
3.3 Иное лечение:.....	25
4. Реабилитация.....	27
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	28
6.Организация медицинской помощи.....	35
Критерии оценки качества медицинской помощи:.....	36
Список литературы.....	37
Приложение А1. Состав Рабочей группы.....	38
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	39
Приложение Б. Алгоритмы действий врача:.....	41
Приложение В. Информация для пациента.....	392
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте клинических рекомендаций.....	46

Список сокращений

ВОП – врач общей практики;
Ig A – иммуноглобулины класса A;
IgG – иммуноглобулины класса G;
IgM – иммуноглобулины класса M;
ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови;
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;
ИФА – иммуноферментный анализ;
МЕ – международные единицы;
МКБ – международная классификация болезней;
МРТ – магнитно-резонансная томография;
НСГ – нейросонография;
ОАК – общий анализ крови;
ОАМ – общий анализ мочи;
ПЦР – полимеразная цепная реакция;
РПГА – реакция прямая гемагглютинации;
РСК – реакция связывания комплемента.

Термины и определения

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Исходы заболеваний - медицинские и биологические последствия заболевания.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Клиническая ситуация - случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Нозологическая форма - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе

состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Осложнение заболевания - присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Последствия (результаты) - исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

Симптом - любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

Синдром - состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Функция органа, ткани, клетки или группы клеток составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Эпидемический паротит (parotitis epidemica) – вирусное инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, характеризующееся преимущественным поражением слюнных желез, реже – других железистых органов (поджелудочная железа, яички, яичники и др.), а также центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит), сопровождающееся симптомами умеренно выраженной интоксикации и обладающее склонностью к эпидемическому распространению.

1.2 Этиология и патогенез

1.2.1 Этиология

Возбудителем является РНК-содержащий вирус, который относится к семейству Paramyxoviridae, роду Paramyxovirus. Для вируса характерна гемагглютинирующая, нейраминидазная, гемолитическая активность. Вирус неустойчив во внешней среде, чувствителен к воздействию химических и дезинфицирующих средств, погибает при нагревании, высушивании. Вирус устойчив к действию низких температур. Антигенная структура вируса стабильна. Атенуированный штамм вируса (Ленинград 3) используется в качестве живой вакцины. Содержит антигены, способные вызвать образование нейтрализующих и комплементсвязывающих антител, а также аллерген. Вирус эпидемического паротита и его РНК можно выделить из биологических жидкостей (кровь, слюна, молоко, ликвор) и тканей (костный мозг, слюнные и поджелудочная железы, тестикулярная ткань).

1.2.2 Патогенез

Местом внедрения (входными воротами) вируса эпидемического паротита является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. После первоначальной фиксации и накопления в области входных ворот, вирус проникает в кровь (первичная вирусемия) и разносится по всему организму, попадая гематогенным путем в слюнные железы и другие железистые органы, нервную систему. Излюбленная локализация вируса – слюнные железы, где происходит его накопление и репродукция. Вирусемия поддерживается повторным выбросом возбудителя из пораженных желез (вторичная

вирусемия), сохраняется около 5 дней и обуславливает последовательное вовлечение в процесс многочисленных органов и систем. Длительная циркуляция возбудителя в крови способствует проникновению его через гематоэнцефалический барьер. Поражение нервной системы и других железистых органов может наступать не только после поражения слюнных желез, но и одновременно, раньше и даже без поражения их (очень редко). При эпидемическом паротите в организме вырабатываются специфические антитела (нейтрализующие, комплементсвязывающие и другие), обнаруживаемые в течение нескольких лет, и развивается аллергическая перестройка организма, сохраняющаяся очень долго (возможно, в течение всей жизни). Установлено, что преобладает поражение соединительной ткани, а не железистых клеток. При этом для острого периода типично развитие отёка и лимфоцитарной инфильтрации интерстициального пространства железистой ткани, однако вирус эпидемического паротита одновременно может поражать и саму железистую ткань. В ряде исследований показано, что при орхите, помимо отёка, поражается и паренхима яичек. Это обуславливает уменьшение выработки андрогенов и приводит к нарушению сперматогенеза. Сходный характер поражения описан и для поражения поджелудочной железы, результатом чего может быть атрофия островкового аппарата с развитием сахарного диабета. 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.).

1.3 Эпидемиология

Эпидемический паротит - типичная антропонозная инфекция. Источником является больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 1-2 дня инкубационного периода и 9 дней от начала болезни. Особенно заразен больной в первые 3-5 суток заболевания. Источником инфекции могут быть больные стертой и бессимптомной формой эпидемического паротита. Механизм передачи – воздушно-капельный, контактно-бытовой. Путь передачи – воздушно-капельный, контактно-бытовой (через загрязненные предметы). **Восприимчивость** всеобщая, чаще болеют дети от 1 года до 15 лет. Индекс контагиозности – 70-85%. Лица мужского пола болеют в 1,5 раза чаще, чем женского. Характерна зимне-весенняя сезонность заболевания. После перенесенного заболевания иммунитет стойкий пожизненный. Заболевание встречается преимущественно в виде спорадических случаев при условии высокого охвата вакцинопрофилактикой декретированного контингента детей. Вспышки характеризуются медленным, постепенным распространением заболевания, волнообразностью.

1.4 Кодирование по МКБ-10:

В 26 – Эпидемический паротит

В 26.0 – Паротитный орхит

В 26.1 - Паротитный менингит

В 26.2 - Паротитный энцефалит

В 26.3 - Паротитный панкреатит

В 26.8 - Эпидемический паротит с другими осложнениями

В 26.9 - Эпидемический паротит без осложнений

1.5 Классификация

I. По типу:

А. Типичные формы:

- **неосложненные:** поражение только слюнных желез, одной или нескольких;
- **осложненные:** поражение слюнных желез и других органов (менингит, миокардит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, мастит, артриты, нефрит).

Они могут быть изолированными, когда имеется только паротит (железистая форма) или поражение центральной нервной системы (нервная форма), и комбинированными – сочетанное поражение железистых органов и центральной нервной системы.

Б. Атипичные формы: стертая; иннапарантная. Атипичная форма протекает без увеличения околоушных слюнных желез – стертая (слабо выраженные симптомы болезни) и бессимптомная (иннапарантная) (диагностируется в очагах инфекции по нарастанию титра специфических антител в динамике исследования).

В. Резидуальные явления эпидемического паротита: атрофия яичек; бесплодие; сахарный диабет; глухота; нарушение функций центральной нервной системы.

II. По степени тяжести:

- легкой степени тяжести;
- средней степени тяжести;
- тяжелой степени тяжести;

Критериями тяжести являются выраженность интоксикации и лихорадки, местных проявлений, наличие осложнений. Изолированное поражение околоушных слюнных желез (паротит) протекает, как правило, в легкой и среднетяжелой форме. Тяжелые формы болезни обусловлены вовлечением в патологический процесс других органов и систем (центральной и периферической нервной системы, поджелудочной железы, половых желез). Эпидемический паротит легкой степени тяжести протекает с субфебрильной температурой тела, отсутствием или слабо выраженными признаками интоксикации, без

осложнений. При среднетяжелой степени тяжести эпидемического паротита отмечаются выраженная и длительная лихорадка (38-39,9°C), выраженный интоксикационный синдром (озноб, головная боль, артралгия и миалгия), значительное увеличение слюнных желез, наличие осложнений. Тяжелая степень тяжести эпидемического паротита характеризуется высокой и длительной лихорадкой (40°C и выше на протяжении недели и более), резко выраженными симптомами интоксикации (астенизация, резкая слабость, тахикардия, снижение артериального давления, нарушение сна, анорексия). Паротит почти всегда двухсторонний, осложнения, как правило, множественные. Интоксикация и лихорадка протекают в виде волн, каждая новая волна связана с появлением очередного осложнения. Иногда тяжелое течение наблюдается не с первых дней заболевания.

1.6. Клиническая картина:

1.6.1 Наиболее частые симптомы и синдромы эпидемического паротита

Инкубационный период от 11 до 21 дней (чаще 15-19 дней). Первые 9 дней от контакта с больным эпидемическим паротитом инфицированный не заразен и может находиться в детском коллективе. У детей продромальные явления наблюдаются редко, появляются за 1-2 дня до развития типичной картины болезни в виде недомогания, миалгии, головной боли, озноба, нарушения сна и аппетита. Заболевание начинается остро с повышения температуры, появления симптомов интоксикации, болезненности в области околоушной слюнной железы. С развитием воспалительных изменений слюнной железы все симптомы интоксикации становятся более выраженными, отмечаются признаки, связанные с поражением слюнных желез (сухость во рту, боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре), которые прогрессируют в течение 3-5 дней с последующим угасанием, на этом фоне в процесс могут вовлекаться другие железистые органы и нервная система.

Характерные синдромы:

1. Интоксикационный синдром: недомогание, слабость, головная боль, снижение аппетита, иногда боль в мышцах и суставах. Температура повышается от субфебрильных цифр (при легкой степени тяжести) до 38,0-40,0°C и может сохраняться в течение 10-14 суток при тяжелой степени тяжести заболевания. Интоксикация и лихорадка при осложненном течении эпидемического паротита протекают в виде волн, каждая новая волна связана с появлением очередного осложнения. При поражении поджелудочной железы возможна рвота.

2. Синдром поражения железистых органов.

Поражение околоушных слюнных желез (паротит). Нередко первыми симптомами болезни являются болевые ощущения в области околоушной слюнной железы, особенно во время жевания или разговора. К концу 1-2 суток околоушная слюнная железа увеличивается и приобретает тестоватую консистенцию. При значительном увеличении слюнной железы появляется отечность окружающей клетчатки, распространяющаяся на щеку, височную область и область сосцевидного отростка. Местная температура и цвет кожных покровов в области пораженной железы не изменяются. В течение последующих двух-трех дней последовательно или одновременно в процесс могут вовлекаться другие слюнные железы (околоушные, с другой стороны, сублингвальные, субмандибулярные).

Характерны положительный симптом Филатова (отечность и болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки), симптом Мурсона (отечность и гиперемия вокруг наружного отверстия выводного протока околоушной слюнной железы). Поражение подчелюстных слюнных желез (субмандибулит) чаще бывает двусторонним, сочетается с поражением околоушных желез, иногда может быть единственным проявлением паротитной инфекции и регистрируется в 10-15% случаев. Железа тестоватой консистенции, несколько болезненная при пальпации, определяется кнутри от края нижней челюсти. Возможен отек подкожной клетчатки шеи. Поражение подъязычных слюнных желез (сублингвит) встречается в 5% случаев, обычно бывает в сочетании с паротитом или субмандибулитом. Припухлость и болезненность тестоватой консистенции определяются в подбородочной области и под языком. При выраженном увеличении подчелюстных и подъязычных слюнных желез возможно развитие отека глотки, гортани, языка.

Поражение поджелудочной железы (панкреатит) возникает на 4-6 день болезни в 20-40% случаев. Крайне редко панкреатит является единственным симптомом болезни. Возможно развитие панкреатита до увеличения околоушных слюнных желез. Клинически панкреатит проявляется болью в верхней части живота, тошнотой, рвотой, анорексией, запорами. Отмечается повышение активности амилазы крови и мочи. Исходом эпидемического паротита с поражением поджелудочной железы может стать развитие хронического панкреатита (до 13%), сахарного диабета, ожирения.

Поражения половых желез (орхит) развивается остро на 6-8 день болезни, реже в более поздние сроки. Поражение преимущественно одностороннее, чаще поражается правое яичко. Наиболее часто встречается среди мужчин молодого возраста (16-66%). Орхит может предшествовать увеличению околоушных слюнных желез ("первичный" орхит), развиваться одновременно с паротитом ("сопутствующий" орхит) и быть единственным проявлением болезни ("автономный" орхит). Орхит сопровождается

повторным подъемом температуры, болью в пораженном яичке, иррадиирующей в паховую и бедренную область. Яичко уплотняется, увеличивается в размерах в течение 3-5 дней. Симптомы полностью исчезают через 7-12 дней. Исходы: атрофия яичек, опухоли тестикул, "хронический орхит", гипогонадизм, приапизм, бесплодие, импотенция; гинекомастия. Нарушение сперматогенеза может быть и после эпидемического паротита, протекавшего без клинических симптомов воспаления яичек.

Поражение предстательной железы (простатит) наблюдается, в основном, у подростков и взрослых. Отмечаются неприятные ощущения, боли в области промежности и заднего прохода. Увеличение предстательной железы обнаруживают с помощью пальцевого исследования прямой кишки. Поражение женских половых желез. Оофорит (5%) отмечается у девочек в период полового созревания и проявляется болезненностью в подвздошной области, высокой температурой тела, наличием интоксикации. Обратная динамика, как правило, быстрая (5- 7 дней). Исходы оофоритов чаще благоприятные, однако, оофорит может быть причиной бесплодия, ранней менопаузы (преждевременная яичниковая недостаточность), карциномы яичника, атрофии яичников, нарушений менструального цикла, ювенильных маточных кровотечений.

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы.

Серозный менингит возникает, как правило, на 6-8 день болезни, реже позже 10-го дня. Может быть единственным проявлением паротитной инфекции. Наиболее часто паротитный менингит возникает у детей в возрасте от 3 до 9 лет. Начало острое (иногда – внезапное), отмечается резкое повышение температуры тела, повторная рвота, возможны судороги, бред, потеря сознания. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) выражены умеренно и возникают с первых часов заболевания. Диссоциация менингеального симптомокомплекса наблюдается в 60-70% случаев. Плеоцитоз умеренный (до 500-1000 клеток в 1 мкл) лимфоцитарного характера (лимфоцитов 96-98%), давление ликвора повышено, жидкость прозрачная или опалесцирующая, содержание белка нормальное или незначительно повышено (0,6 г/л), концентрация хлоридов в пределах нормы. Возможен атипичный вариант паротитного менингита с отсутствием или скудной клинической симптоматикой, который развивается на 8-15 день заболевания. Синдром менингизма возникает только в первые 5 дней заболевания и проявляется умеренно выраженной менингеальной симптоматикой.

Менингоэнцефалит встречается редко (2-4%), развивается на 6-10 день заболевания, чаще у детей до 6 лет. В патологический процесс вовлекаются черепные нервы, пирамидная и вестибулярная системы, мозжечок. Состояние больных крайне тяжелое, отмечаются высокая температура тела, сильная головная боль, многократная рвота,

вялость, сонливость, нарушение сознания, бред, тонические и клонические судороги, парезы черепных нервов, гемипарезы, мозжечковая атаксия. Исходы: нарушение общего состояния (повышенная утомляемость, головные боли, плаксивость, агрессивность, ночные страхи, нарушение сна, снижение успеваемости), эпилепсия, глухота, слепота (редко). У 70% реконвалесцентов развивается церебрастения и неврозы, у 10-15% – гипертензионный синдром. Поражение черепных нервов (моновевриты) встречается редко, преимущественно у детей старшего возраста. Наиболее распространенными являются поражения VII пары по периферическому типу и VIII пары. При поражении слухового нерва отмечается головокружение, нистагм, шум в ушах, снижение слуха вплоть до глухоты. Миелиты и энцефаломиелиты появляются чаще на 10-12 день болезни и проявляются спастическим нижним парапарезом, недержанием кала и мочи. Тяжелое поражение нервной системы в виде полирадикулоневрита возникает на 5-7 день заболевания. Проявляется дистальными вялыми параличами и парезами в сочетании с корешковым болевым синдромом и выпадением чувствительности по дистально-периферическому типу.

Осложнения при эпидемическом паротите (мастит, бартолинит, тиреоидит, нефрит, уретрит, геморрагический цистит, миокардит, дакриоцистит, поражение дыхательной системы, отек глотки, гортани, языка) наблюдаются редко.

Алгоритм диагностики эпидемического паротита у взрослых.

Симптомы интоксикации - Боль при жевании и открывании рта в области слюнных желёз. Увеличение одной или нескольких слюнных желёз (околоушных, подчелюстных). Одновременное поражение слюнных желёз и поджелудочной железы, яичек.

Классификация случаев эпидемического паротита:

Клинический случай эпидемического паротита - острое заболевание, протекающее с односторонним или двухсторонним увеличением околоушных слюнных желез и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- повышение температуры тела;
- болезненное увеличение одной или нескольких слюнных желез (подчелюстной, подъязычной);
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряженные мышцы живота, симптомы раздражения брюшины (панкреатит); сильные боли в области мошонки (чаще, с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка (орхит);

- болезненность в подзатылочной области (чаще, с одной стороны) – оофорит; сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского – серозный менингит.

Подозрительный случай эпидемического паротита, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков эпидемического паротита.

Вероятный случай эпидемического паротита, при котором имеются клинические признаки, отвечающие стандартному определению случая эпидемического паротита, и эпидемическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни.

Подтвержденный случай эпидемического паротита, классифицированный как подозрительный или вероятный, после лабораторного подтверждения диагноза: – обнаружение IgM к вирусу эпидемического паротита в сыворотке крови; или – из образца цельной крови; или – слюны или мочи выявление РНК вируса паротита методом ПЦР; или – значительное нарастание IgG-антител к вирусу эпидемического паротита в парных сыворотках (4 раза и более). При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза из-за невозможности проведения исследований вероятный случай эпидемического паротита автоматически классифицируется как подтвержденный.

У недавно вакцинированных лиц при IgM-положительных случаях диагноз эпидемического паротита исключается, если они соответствуют следующим критериям:

- вакцинация вакциной эпидемического паротита проводилась в течение от 7 дней до 6 недель до взятия проб;
- активный эпидемиологический надзор не выявил случаев передачи вируса;
- не было поездок в районы, о которых известно, что там циркулирует вирус эпидемического паротита.

Лабораторно подтвержденный случай эпидемического паротита необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2. Диагностика

Диагностика эпидемического паротита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению.

2.1 Жалобы и анамнез:

2.1.1 Жалобы:

- повышение температуры тела до 38,0- 40,0°C; головная боль; озноб; нарушение сна и аппетита;
- слабость, недомогание; болезненность при жевании и открывании рта;
- боли в области уха; сухость во рту.

2.1.2 Анамнез:

острое начало заболевания; появление припухлости в околоушной области с одной стороны, через несколько дней с другой; контакт с больным; отсутствие вакцинации и перенесенного в прошлом эпидемического паротита.

Эпидемическая диагностика:

1. Наличие в окружении больного лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом эпидемический паротит.
2. Контакт с лицами с подобными заболеваниями с учетом механизма и пути передачи инфекции.
3. Данные о вакцинации против эпидемического паротита.

2.2 Физикальное обследование

Характерные синдромы:

Интоксикационный синдром:

Повышение температуры от субфебрильных цифр (при легкой степени тяжести) до 38,0-40,0°C (при средней и тяжелой степени тяжести). Лихорадка достигает максимальной выраженности на 1-2 день болезни и продолжается 4-7 дней, снижение температуры происходит литически. При осложненном течении эпидемического паротита интоксикация и лихорадка протекают волнообразно, каждая волна связана с появлением очередного осложнения.

Синдром поражения железистых органов

Паротит (одно- двустороннее поражение околоушных слюнных желез):

умеренно болезненная припухлость в околоушной области спереди, снизу и сзади от ушной раковины, тестоватой консистенции, в центре уплотнение, мочка уха оттопырена, воспаленная железа заполняет ямку между шеей и нижней челюстью; при двустороннем поражении желез голова «грушевидной» формы, уши оттопырены; отечность клетчатки вокруг железы с распространением на щеку, височную область и область сосцевидного отростка (не всегда); кожа над припухлостью натянута, с трудом собирается в складку, имеет обычную окраску, местная температура не изменена; положительный симптом

Филатова (отечность и болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки) положительный симптом Мурсона (при осмотре слизистой оболочки щек отечность и гиперемия вокруг устья околоушного (стенонова) протока околоушной железы); снижение саливации.

Субмаксиллит (одно- двустороннее поражение подчелюстных слюнных желез): под нижней челюстью пальпируется веретенообразное болезненное образование, тестоватой консистенции; отек мягких тканей, распространяющийся на шею (не всегда); снижение саливации.

Сублингвит: припухлость и болезненность в подбородочной области и под языком; снижение саливации; возможно развитие отека глотки, гортани, языка при выраженном увеличении подчелюстных, подъязычных слюнных желез.

Осложнения:

Панкреатит (поражение поджелудочной железы):

повышение температуры тела; тошнота, рвота; боли в верхних отделах живота; жидкий стул или запоры.

Орхит (поражение половых желез):

· повышение температуры тела; боли в пораженном яичке с иррадиацией в паховую и бедренную области; · увеличение яичка в 2-3 раза (чаще одностороннее поражение правого яичка); плотная консистенция; болезненность при пальпации; · кожа мошонки гиперемирована; «первичный» орхит (предшествует увеличению околоушных слюнных желез); · «сопутствующий» орхит (развивается одновременно с паротитом) «автономный» орхит (единственное) проявление болезни.

Простатит (поражение предстательной железы):

· боли в области промежности и заднего прохода; увеличение предстательной железы с помощью пальцевого исследования прямой кишки.

Оофорит (поражение женских половых желез):

· повышение температуры тела; слабость, недомогание; боли в подвздошной области.

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы

Серозный менингит:

Серозный менингит сочетается с поражением других органов и систем, начинается через 3-6 дней после появления симптомов паротита: острое начало; резкое повышение температуры тела до 39,0-40,0°C; головная боль; повторная рвота; · бессонница; гиперестезия; · светобоязнь; гиперактузия; судороги; · бред; положительные менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского,

Кернига). В редких случаях симптомы серозного менингита опережают поражение слюнных желез.

Менингоэнцефалит развивается на 6-10 день заболевания, редкое, тяжелое осложнение эпидемического паротита: сильная головная боль; многократная рвота; адинамия; сонливость; заторможенность; · потеря сознания; · клонико-тонические судороги; парезы черепных нервов; гемипарезы; мозжечковая атаксия.

Мононевриты (поражение черепных нервов), преимущественно поражения VII пары по периферическому типу и VIII пары: при поражении слухового нерва – головокружение, нистагм, шум в ушах, снижение слуха.

Миелиты и энцефаломиелиты появляются на 10-12 день болезни, проявляются спастическим нижним парапарезом, нарушением функции тазовых органов (недержание стула, мочи).

Редкие осложнения эпидемического паротита: мастит, бартолинит, тиреоидит, нефрит, уретрит, геморрагический цистит, миокардит, дакриоцистит, поражение дыхательной системы, отек глотки, гортани, языка.

Критерии тяжести эпидемического паротита:

- выраженность симптомов интоксикации;
- наличие или отсутствие осложнений.

Легкая форма:

- симптомы интоксикации отсутствуют или слабо выражены (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, незначительная слабость, недомогание, головная боль); осложнения отсутствуют.

Среднетяжелая форма:

- фебрильная температура тела (38,0-39,0°C), симптомы интоксикации выражены - общая слабость, головная боль, озноб, артралгии, миалгии; · значительное увеличение слюнных желез; · наличие осложнений.

Тяжелая форма:

- симптомы выраженной интоксикации: температура тела выше 40°C, резкая слабость, нарушение сна, тахикардия, снижение АД; осложнения множественные;
- токсикоз и лихорадка протекают в виде волн, каждая новая волна связана с появлением очередного осложнения.

началу лечения или, требующие коррекции

2.3 Лабораторная диагностика

- Общий клинический анализ крови: лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена;

• Общий анализ мочи: протеинурия, цилиндрурия (при тяжелом течении заболевания);

Уровень убедительности рекомендаций С.

• Биохимический анализ:

- биохимический анализ крови: повышение активности амилазы;

- биохимический анализ мочи: повышение активности диастазы.

Уровень достоверности доказательств – 1.

• Серологические методы:

-ИФА – выявление IgM к вирусу эпидемического паротита.

- РСК, РТГА – нарастание титра антител в 4 раза и более при исследовании парных сывороток (первая берется в начале заболевания, вторая через 2-3 недели), при однократном исследовании диагностический титр 1:80.

Уровень достоверности доказательств – 2+.

• Молекулярно-генетический метод (ПЦР)-выявление РНК вируса в слюне, смыве из носоглотки.;

Уровень достоверности доказательств – 2+.

• Исследование СМЖ (по показаниям):

• Цвет – бесцветный; прозрачность – прозрачная или слегка опалесцирующая; давление – жидкость вытекает струей или частыми каплями, давление достигает 300-500 мм вод. ст.; плеоцитоз - лимфоцитарный в пределах 300-700 клеток, до 1000 в 1 мкл; повышение белка до 0,3-0,9 г/л (при развитии менингоэнцефалита показатели выше); уровень глюкозы не изменен, либо незначительно повышен; уровень хлоридов не изменен.

Уровень достоверности доказательств – 2+.

2.4 Инструментальная диагностика

Таблица 1

Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	УДД
Электрокардиография	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (при тяжелой степени тяжести)	2
Ультразвуковое исследование мошонки, органов малого таза	для определения степени поражения органов репродуктивной системы	2
Ультразвуковое исследование органов брюшной	– для определения степени поражения размеров и структуры ткани	4

полости	поджелудочной железы;	
Спинномозговая пункция	и появлении общемозговой симптоматики, положительных менингеальных симптомах	4
Электроэнцефалография	при наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии.	4
Рентгенография органов грудной клетки	при появлении подозрений на развитие воспалительных изменений в нижних отделах органов дыхания, в том числе пневмонии;	4
УЗИ слюнных желез	для уточнения степени поражения;	4

2.5 Иная диагностика

Показания для консультации специалистов:

а) хирурга - для дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости, решения вопроса об оперативном лечении тяжелой формы орхита;

б) эндокринолога - при развитии сахарного диабета и ожирения в исходе эпидемического паротита;

в) гастроэнтеролога - при поражении поджелудочной железы;

г) уролога - при поражении половых желез и предстательной железы;

д) акушер-гинеколога - при эпидемическом паротите у беременных женщин, у женщин с поражением женских половых желез;

е) невролога – при развитии синдрома поражения центральной и (или) периферической нервной системы.

Таблица 2

Клиническая дифференциальная диагностика

Признаки	Нозологическая форма		
	эпидемический паротит	бактериальный паротит	сиалолитиаз
Начало	Острое	Острое	Постепенное
Лихорадка	Предшествует местным изменениям	Появляется одномоментно или позднее местных изменений	Не характерна
Объем поражения	Двустороннее, возможно поражение других слюнных желёз	Как правило, одностороннее	Обычно одностороннее
Боли	Не характерны	Характерны	Колющие,

			приступообразные
Локальная болезненность	Незначительная	Выраженная	Незначительная
Кожа над железой	Обычной окраски, напряжена	Гиперемирована	Не изменена
Консистенция	Плотноватая	Плотная, в дальнейшем — флюктуация	Плотная
Стеноз протока	Симптом Мурсу	Гиперемия, гнойное отделяемое	Слизистое отделяемое
Картина крови	Лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ — без изменений	Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ	Нет характерных изменений

2. Лечение

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Общие подходы к лечению эпидемического паротита

Принципы лечения больных эпидемическим паротитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- а) устранение интоксикационного синдрома;
- б) предупреждение распространения инфекционного процесса
- в) предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем.
- г) предупреждение формирования остаточных явлений

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: эпидемиологическое окружение больного, возраст больного, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, преморбидный фон пациента, указания на аллергию к лекарственным препаратам в анамнезе, необходимость в изоляции от больных с другими заболеваниями, доступность и возможность выполнения лечения, условия оказания медицинской помощи (амбулаторные условия или условия стационара и его профиль).

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и необходимости назначения противовирусной и антибактериальной терапии.

3.1.2 Лечение на амбулаторном уровне:

Тактика лечения. В амбулаторных условиях осуществляется лечение стертых и легких форм эпидемического паротита. В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации

больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Немедикаментозное лечение:

- а) режим: полупостельный в остром периоде болезни (7-10 дней);
- б) диета - стол №2: обильное питье, теплая, жидкая или полужидкая пища, если обычная вызывает болезненность при жевании. Рекомендуют 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.;
- в) уход за полостью рта, полоскание ротовой полости после приема пищи (теплой кипяченой водой, 2% раствором гидрокарбоната натрия или раствором фурациллина 1:5000) 4-6 раз в сутки;
- г) сухое тепло на область пораженных слюнных желез

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия -не проводится

Симптоматическая терапия:

• для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5⁰С назначается парацетамол** (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально; или ибупрофен** (детям старше 12 лет и взр. 200-400 мг, детям до 12 лет в дозе 5-10 мг/кг) не более 3-х раз в сутки внутрь.

• с десенсибилизирующей целью -хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот два раза в сутки в течение 5- 7 дней;

• полоскание ротовой полости раствором фурациллина 1:5000) 4-6 раз в сутки;

Уровень достоверности доказательств – 2++

Мониторинг состояния пациента:

• повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если пациенту стало хуже, появились лихорадка свыше 38⁰С, повторная рвота, сильная головная боль, сонливость, вялость; информировать пациента, в какой ситуации необходимо вновь обратиться к врачу; направлять детей на стационарное лечение при появлении общих признаков опасности; госпитализировать пациентов на стационарное лечение при появлении симптомов поражения со стороны поджелудочной железы, нервной системы и половых органов.

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование симптомов заболевания;

- отсутствие эпидемического распространения заболевания;
- отсутствие осложнений.

3.1.3 Лечение на стационарном уровне.

Тактика лечения: Госпитализации подлежат пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, пациенты из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение. Лечение комплексное, проводится с учетом формы, тяжести и периода болезни, возраста больных и их индивидуальных особенностей.

Обязательным является соблюдение постельного режима в течение всего острого периода болезни: до 7 дней - при изолированном паротите, не менее 2-х нед. - при серозном менингите (менингоэнцефалите), 7-10 дней - при воспалении яичек.

Немедикаментозное лечение:

а) режим: полупостельный в остром периоде болезни (7-14 дней); Больного следует кормить теплой, жидкой или полужидкой пищей, если обычная вызывает болезненность при жевании

б) Питание ребенка определяется его возрастом, выраженностью местных изменений и возможным возникновением панкреатита диета №2: обильное питье, теплая, жидкая или полужидкая пища, если обычная вызывает болезненность при жевании. Рекомендуют 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

• физиотерапия: свето-теплотечение лампой «Соллюкс» области слюнных желез после нормализации температуры тела, время экспозиции 3-5 мин. (5–10 процедур);

в) уход за полостью рта, полоскание ротовой полости после приема пищи (теплой кипяченой водой, 2% раствором гидрокарбоната натрия или раствором фурацилина 1:5000) 4-6 раз в сутки;

г) местное лечение орхита: приподнятое положение яичек с помощью поддерживающей повязки - суспензорием. В первые 2-3 дня холод (примочки с холодной водой или пузырь со льдом), затем - тепло на яички (сухая теплая ватная повязка). С целью предупреждения гингивита и гнойного воспаления околоушных слюнных желез необходимо полоскать рот после еды кипяченой водой или раствором фурацилина. Местно на область слюнных желез применяют сухое тепло. Местную терапию проводят до исчезновения опухоли. Компрессы противопоказаны.

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия: Супп. Виферон - Детям до 7 лет - по 1 суппозиторию 150000 МЕ 2 раза/сут (каждые 12 ч ежедневно) в течение 7-10 дней. Взрослым, включая беременных, и детям старше 7 лет - по 1 суппозиторию 500000 МЕ 2 раза/сут (каждые 12 ч) ежедневно в течение 7-10 дней*.

Больным с поражением ЦНС проводят дегидратационную терапию, по показаниям применяют глюкокортикоидные гормоны (преднизолон 1-2 мг/кг/сутки). Инфузионная терапия показана больным с тяжелой формой эпидемического паротита, панкреатитом, поражением ЦНС и орхитом. Гормональная терапия применяется при энцефалите и орхите. Антибиотики используют при развитии вторичных бактериальных осложнений.

Симптоматическая терапия:

- для купирования гипертермического синдрома выше 38,5 С назначается парацетамол 10 - 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот; [УД – А]
- с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней.

При паротитных орхитах:

кортикостероидные гормоны -преднизолон из расчета 2-3 мг/кг/сут с последующим снижением дозы в течение 7-10 дней;

- дезинтоксикационная терапия через рот или парентерально (30- 50 мл/кг);
- ненаркотические анальгетики – диклофенак;

при панкреатите паротитной этиологии:

- дезинтоксикационная терапия (обильное питье или в/в инфузия глюкозо-солевых растворов 30- 50 мл/кг);

При поражении нервной системы паротитной этиологии:

- дегидратационная терапия – маннитол 15% из расчета 0,5- 1,5 гр/кг внутривенно капельно ; фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3-5 дней ; затем ацетазолamid 0,25гр – 8 - 10 мг/кг в сутки], один раз в день по схеме: три дня ежедневно, один день перерыв, до пяти курсов в сочетании с препаратами калия; дезинтоксикационная терапия с форсированием диуреза (парентерально);
- больным с отеком мозга и энцефалитом – дексаметазон с целью противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии: детям до двух лет - первая доза 1мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет- первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 3–7 дней, оксигенотерапия];

- при судорогах – диазепам – 0,5% 0,2- 0,5 мг/кг в/м; в/в; ректально или натрия оксибутират 20% раствор - 50-150 мг/кг (разовая доза в/м; в/в).

Антибактериальные препараты назначаются при развитии бактериальных осложнений в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя.

Перечень основных лекарственных средств:

- парацетамол таблетки 200, 500 мг, 2,4% раствор для приема внутрь, свечи ректальные, раствор для инъекций (в 1 мл 150 мг);
- хлоропирамин таблетки 25 мг, ампулы 20 мг/мл.

Перечень дополнительных лекарственных средств

- ибупрофен суспензия для приема внутрь 100мг/5мл; таблетки 200 мг;
- диклофенак таблетки 25 мг, 50 мг; раствор декстрозы 5-10% по 200 мл, 400 мл;
- раствор натрия хлорида 0,9% по 200 мл, 400 мл;
- раствор декстрана 30000- 40000 по 200 мл, 400 мл; дексаметазон ампулы 4мг/1 мл;
- преднизолон ампулы 30 мг/мл, таблетки 0,005мг;
- маннитол 15%, 20% по 200мл, 400 мл;
- фуросемид ампулы 2,0 мл (10мг/мл);
- ацетазолamid таблетки 0,25 г; диазепам 0,5% ампулы 2 мл;
- натрия оксибутират – 20% ампулы 10 мл;
- калия хлорид 4%, 7,5% ампулы 10 мл, 20 мл.

3.2 Хирургическое лечение:

-рассечение белочной оболочки яичка.

Показания: при тяжелых формах орхита, особенно двухсторонних, при отсутствии эффекта от консервативной терапии показано хирургическое лечение (разрез или пункцию белочной оболочки яичка).

3.3 Иное лечение:

- физиолечение.

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- а) наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- б) острая дыхательная недостаточность 2- 3 степени;
- в) острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- г) повторные судороги; нарушение сознания;
- д) ДВС – синдром.

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование лихорадки и интоксикации;
- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие симптомов поражения железистых органов;
- нормализация лабораторных показателей;
- нормализация показателей СМЖ при менингите, менингоэнцефалите;
- отсутствие и купирование осложнений.

Прогноз.

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.

Примерные сроки нетрудоспособности.

Сроки нетрудоспособности определяют в зависимости от клинического течения эпидемического паротита, наличия менингита и менингоэнцефалита, панкреатита, орхита и других специфических поражений.

4. Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

- а) реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
- б) необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
- в) комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
- г) адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
- д) постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Диспансерное наблюдение

Выписку из стационара реконвалесцентов проводят после исчезновения клинических симптомов, но ранее чем 9 дней от начала заболевания. Пациенты, перенесшие менингит (менингоэнцефалит), после выписки из стационара наблюдаются у невропатолога в течение 2 лет и более. Невропатолог осматривает реконвалесцентов 1 раз в месяц в течение первых 3 месяцев после перенесения заболевания, в последующем 1 раз в 3 месяца на протяжении года, а на протяжении следующего 1 раз в 6 месяцев. Снятие с диспансерного учета после стойкого исчезновения остаточных явлений.

- реконвалесценты орхита (оофорита) наблюдаются у эндокринолога в течение года.
- пациенты, перенесшие паротитный панкреатит, наблюдаются ВОП или участковым педиатром и/или гастроэнтерологом до исчезновения клинических проявлений заболевания.

Физическая нагрузка ограничивается на 6—12 мес.

При наличии сахарного диабета у ближайших родственников необходима консультация эндокринолога.

Реконвалесценты эпидемического паротита легкой степени тяжести находятся на диспансерном наблюдении в течение 1 месяца. Обязательное диспансерное наблюдение необходимо при тяжелой или осложненной форме заболевания.

Таблица 3

Диспансерное наблюдение

№ п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом- педиатром участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей специалистов
1	2	3	4
1	врач-невролог, врач- педиатр, врач- инфекционист	2 года	Реконвалесценты нервных форм, осмотр 1 раз в 3 месяца
2	врач-эндокринолог, врач-педиатр	2 года	Реконвалесценты панкреатита, осмотр 1 раз в 3 месяца
3	врач-эндокринолог, врач-уролог, врач- педиатр	1 год	Реконвалесценты паротитного орхита, осмотр 1 раз в 3 месяца

5.2 Профилактика

Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, лечение, изоляцию больных в организованных коллективах. Проводится регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев заболеваний эпидемическим паротитом. О каждом случае заболевания эпидемическим паротитом (подозрении на заболевание) врач лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждений обязан в течение 24 часов направить экстренное извещение в центр госсанэпиднадзора по месту выявления больного. Лечебно - профилактическое учреждение, изменившее или уточнившее диагноз, подает новое экстренное извещение на этого больного и в течение 12 часов отправляет его в центр госсанэпиднадзора по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления и результаты лабораторного исследования. Больные тяжелыми клиническими формами эпидемического паротита (при подозрении на заболевание), а также больные из учреждений с постоянным пребыванием, общежитий, проживающие в неблагоприятных бытовых условиях должны быть госпитализированы в стационар. Дезинфекция в очагах инфекции не проводится. Помещение проветривают и проводят влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств. Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее 9 дней с начала заболевания. Допуск реконвалесцентов эпидемического паротита в организованные коллективы разрешается после их клинического выздоровления. Среди контактных разобщению сроком на 21 день подлежат дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом и не привитые (или однократно привитые). В случаях точного установления даты контакта дети изолируются с 11-го по 21 день инкубационного периода. С 10-го дня контакта проводят систематическое медицинское наблюдение (осмотр, термометрия). В очагах эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям.

Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые), с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом, а также лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге. Для экстренной профилактики невакцинированным против эпидемического паротита и не болевшим вакцину вводят не позже 72 ч после контакта с больным.

Детям, не привитым против эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или

отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Основным способом плановой профилактики эпидемического паротита является активная иммунизация детей в декретированные сроки, которая позволяет защитить от эпидемического паротита каждого привитого, а также заключается в создании коллективного иммунитета. Профилактические прививки против эпидемического паротита проводятся медицинскими иммунобиологическими препаратами (МИБП), зарегистрированными и разрешенными к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики в установленном порядке.

Специфическую профилактику проводят живой паротитной моновакциной или ассоциированной КПК-вакциной в 12 месяцев, ревакцинацию – в 6 и в 15 лет. У лиц, получивших вакцину против эпидемического паротита, вырабатывается противовирусный иммунитет, который защищает от заболевания более чем 80% привитых, а также предотвращает развитие тяжелых форм заболевания и осложнений. Для обеспечения популяционного иммунитета к эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет – не менее 90%.

Противоэпидемические мероприятия в очаге:

1. Ранняя диагностика и изоляция больного до 10 дня с начала клинических проявлений;
2. Подача экстренного извещения ф/058у в ЦГиЭ;
3. На очаг накладывается карантин на 21 день с момента разобщения с заболевшим;
4. Контактные осматриваются ежедневно, начиная с 11 по 21 день (t°, осмотром слизистых полости рта, пальпацией околоушных желёз);
5. Изоляция дома или госпитализация (по показаниям) в инфекционное отделение больницы;
6. Детей, которые были в контакте с больными и ранее не болевших эпидемическим паротитом изолируют на 21 день, а при точном установлении времени

контакта дети в первые 10 дней инкубации допускаются в детские учреждения, а с 11 по 21 день - из

Мероприятия в отношении источника возбудителя инфекции Больные тяжелыми клиническими формами эпидемического паротита (или подозрительные на эту инфекцию), а также больные этой инфекцией из детских учреждений с постоянным пребыванием детей, общежитий, проживающие в неблагоприятных бытовых условиях, должны быть госпитализированы. В направлениях на госпитализацию больных эпидемическим паротитом (или подозрительных на эту инфекцию) кроме анкетных данных указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также сведения о контактах с больным (больными) эпидемическим паротитом. Возможность выписки больного из стационара определяется клиническими показаниями. Период госпитализации больного продолжается до исчезновения клинических симптомов, но не менее 9 дней при эпидемическом паротите. Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев инфекционной болезни в очаге. Больные эпидемическим паротитом подлежат лабораторному обследованию с целью подтверждения диагноза. Лечение больных проводится в соответствии с формой и тяжестью заболевания.

Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больными эпидемическим паротитом Основными задачами мероприятий в отношении лиц, общавшихся с больными эпидемическим паротитом в очаге, являются: – своевременное выявление больных эпидемическим паротитом, а также случаев заболеваний, подозрительных на эту инфекцию; – выявление лиц, незащищенных против эпидемического паротита. С целью выявления больных эпидемическим паротитом в очагах этой инфекции в детских дошкольных учреждениях и школах медицинскими сестрами или врачами данных учреждений ежедневно проводятся осмотры контактных детей. При наличии среди лиц, общавшихся с больными эпидемическим паротитом в очаге, не привитых (или однократно привитых) и не болевших этими инфекциями, за ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления первого случая заболевания в очаге. В этот период среди указанных категорий лиц, общавшихся с больными в очаге, должно проводиться активное выявление заболевших (обследования с целью выявления легких, атипичных и бессимптомных форм инфекций, для чего проводят забор проб крови в те же сроки, что и у больных). С целью предупреждения возникновения последующих случаев заболевания эпидемическим паротитом в очаге проводится вакцинация (ревакцинация) следующим категориям лиц в возрасте до 35 лет из числа общавшихся с больными:

- не болевшим данной инфекционной болезнью ранее и не привитым против нее;
- не болевшим данной инфекционной болезнью ранее и однократно привитым против нее (если с момента прививки прошло не менее 6 мес.);
- лицам с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом в отношении соответствующей инфекции;
- лицам, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу кори, эпидемического паротита или краснухи. Прививки указанным категориям лиц, находившимся в контакте с больными, проводятся: – в очагах эпидемического паротита не позднее 7-го дня с момента выявления первого больного в очаге. Детям, общавшимся с больным эпидемическим паротитом и имеющим медицинские отводы от профилактических прививок или не достигшим прививочного возраста, вводится иммуноглобулин человека нормальный (в соответствии с инструкцией по его применению) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным. Сведения о прививках (дата прививки, название и серия вакцины, контрольный номер серии вакцины), проведенных лицам, контактировавшим с больными эпидемическим паротитом, регистрируются во всех учетных формах прививочной документации.

Организация и проведение плановой иммунизации населения против эпидемического паротита.

Руководитель лечебно-профилактического учреждения обеспечивает планирование, организацию, проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также ежемесячное представление отчетов о них территориальное «Центр гигиены и эпидемиологии». В каждом лечебно-профилактическом учреждении выделяется (оформляется приказом) лицо, ответственное за этот раздел работы. Каждый ребенок и подросток должен быть привит против эпидемического паротита моно- или ассоциированной вакциной, в соответствии с национальным календарем прививок. В случае отсутствия прививок в анамнезе ребенка врач-педиатр выясняет причины, из-за которых ребенок не был привит, и принимает необходимые меры по его иммунизации. Медицинские работники детских поликлиник, детских дошкольных учреждений и школ информируют родителей или иных законных представителей несовершеннолетних о необходимости проведения профилактических прививок их ребенку, сроках иммунизации, а также о возможных реакциях организма на введение вакцины. При отказе от прививки родителям ребенка или его законному представителю в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от проведения прививки должен быть оформлен записью в медицинской документации с указанием о сделанном родителям или иным законным

представителям несовершеннолетних предупреждении о последствиях отказа от прививок в соответствии с действующим законодательством и подписан родителями или законным представителем ребенка, а также участковым педиатром и руководителем медицинского учреждения. Переоформление отказа необходимо осуществлять не реже 1 раза в год. Охват детей прививками должен составлять: – вакцинация в возрасте 1 год — не менее 95%, – ревакцинация в возрасте 6 лет — не менее 95%. План прививок детского населения составляется ответственным за проведение прививочной работы медицинским работником ЛПУ по месту жительства ребенка, в детском дошкольном учреждении, школе, школе-интернате, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. В план включаются дети, не болевшие эпидемическим паротитом, а также: – не привитые против соответствующей инфекции; – подлежащие по возрасту ревакцинации против соответствующей инфекции. Учет детского населения, организация и ведение прививочной картотеки установленной формы, формирование плана профилактических прививок осуществляются в соответствии с документами Минздрава. Иммунизацию должен проводить медицинский персонал, прошедший специальную подготовку. Для проведения прививок в поликлиниках выделяются специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым оборудованием. Детям, посещающим детские дошкольные учреждения и школы, учреждения с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка), прививки проводят в указанных учреждениях в специально отведенных для этих целей, оснащенных необходимым оборудованием и материалами помещениях в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями. Лица, проводящие иммунизацию, должны быть здоровы. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых независимо от их локализации, отстраняются от проведения прививок. Хранение и транспортировка препаратов должны осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил по условиям транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов. Профилактические прививки против эпидемического паротита проводятся только живыми моно- и ассоциированными вакцинами, зарегистрированными на территории ПМР в установленном порядке, в строгом соответствии с инструкциями по их применению. При применении моновакцин против кори, паротита и краснухи эти препараты могут вводиться одновременно в разных шприцах, в разные участки тела. Непосредственно после вакцинации в течение 30 мин. за привитым осуществляется медицинское наблюдение. Родителей или иных законных представителей вакцинированного ребенка предупреждают о возможности возникновения и клинических проявлениях поствакцинальных реакций и осложнений (на 6-21 день) и о

необходимости обращения за медицинской помощью при появлении подобных симптомов. Расследование случаев поствакцинальных осложнений проводится в соответствии с документами Минздрава ПМР.

Иммунизация детей с неизвестным прививочным анамнезом. Дети и подростки с неизвестным прививочным анамнезом в отношении эпидемического паротита и не болевшие указанной инфекцией (или с неизвестным инфекционным анамнезом в отношении этой инфекции) считаются не привитыми и подлежат вакцинации против соответствующей инфекции. Ревакцинация таких детей проводится либо в плановом порядке по возрасту, в соответствии с календарем прививок, либо (если ребенок старше 6 лет) позже установленных сроков, но не ранее 6 мес. после первой прививки (согласно наставлению по применению соответствующей вакцины). В отдельных случаях, если имеется возможность проведения перед вакцинацией серологических исследований, прививки против эпидемического паротита проводятся детям, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не были обнаружены антитела к соответствующему возбудителю.

Учет прививок. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, организация-изготовитель, характер реакции на введение) должны быть занесены в установленные учетные формы медицинской документации. Учетными документами для регистрации профилактических прививок и результатов серологических исследований у детей являются: – карта профилактических прививок; – история развития ребенка; – медицинская карта ребенка для школьников; – сертификат профилактических прививок. В лечебно-профилактических учреждениях карты профилактических прививок заводятся на всех детей в возрасте до 15 лет, проживающих в районе их обслуживания, а также на всех детей, посещающих детские дошкольные учреждения, школы и средние учебные заведения, расположенные в районе обслуживания. Сведения о всех проведенных прививках детям до 15 лет и подросткам, независимо от места их проведения, вносятся в действующие учетные документы. Учет местных, общих, сильных и необычных реакций и поствакцинальных осложнений на введение вакцин против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в лечебно-профилактических учреждениях, управлениях и отделах «Центр гигиены и эпидемиологии».

6. Организация медицинской помощи

6.1 Медицинская помощь больным эпидемическим паротитом оказывается в виде:

- а) первичной медико-санитарной помощи;

- б) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- в) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

6.2 Медицинская помощь больным эпидемическим паротитом может оказываться в следующих условиях:

- а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)– при легкой степени тяжести, среднетяжелой без осложнений степени тяжести и возможности изоляции пациента;
- б) (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)
- в) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) - при осложненной среднетяжелой степени тяжести, на этапе реконвалесценции и реабилитации;
- г) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при средней и тяжелой степени тяжести, требующей специальных методов изоляции, диагностики и лечения.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

1. Первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
2. Первичную врачебную медико-санитарную помощь;
3. Первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом.

При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-педиатром, участковым врачом, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение больных осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование лихорадки и интоксикации;
- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие симптомов поражения железистых органов;
- нормализация лабораторных показателей;
- нормализация показателей СМЖ при менингите, менингоэнцефалите;
- отсутствие и купирование осложнений.

Список литературы

- 1). *Инфекционные болезни: национальное руководство. /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, С. 876–885.
- 2) Руководство по инфекционным болезням. / Ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзин. Издание 3-е, дополненное и переработанное. - СПб: Фолиант, 2003.-936 с.
- 3) Амиреев С.А., Бекшин Ж.М., Муминов Т.А. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Практическое руководство, 2-ое издание дополненное. Алматы, 2014 г.- 638с.
- 4) Дуйсенова А.К., Шокалакова А.К., Садыкова А.М., Абильдаева И.Ж., Иманбаева А.Е. Особенности течения паротитной инфекции у взрослых по материалам ГКИБ им. И.С. Жекеновой./ Журнал «Медицина».-№ 12.-2014.-С.63-66.
- 5) Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней. / Под ред. Ю.В. Лобзина. Руководство для врачей. - СПб: Фолиант, 2001.-384 с.
- 6) Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика. /Под ред. А.П. Агафонова. - Новосибирск: ЗАО «Медико-биологический союз», 2007.-82 с.
- 7) Клинические рекомендации оказания медицинской помощи детям, больным эпидемическим паротитом/ Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням», председатель Ю.В. Лобзин, 2015г.
8. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. № 22379.
9. Детские болезни: учебник / Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. 2009. – 1008
10. Инфекционные болезни у детей: руководство для врачей / Под ред. В.В. Ивановой. – 2- е изд., перераб. и доп. 2009. – 832 с.:
11. Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. /М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко //М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 416 с.

Состав рабочей группы

Председатель рабочей группы:

Молкосян Юлиан Васильевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Республиканская клиническая больница».

Члены рабочей группы:

Казачек Любовь Алексеевна – врач-инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ БЦГБ.

Беспалова Татьяна Николаевна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Каменская ЦРБ».

Железняк Елена Петровна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «ТКЦАПП».

Завтур Юрий Григорьевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП».

Теншану Мелания Петровна – врач-инфекционист высшей категории; главный внештатный инфекционист Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики; зав. инф. отд. ГУ «РКБ».

У членов рабочей группы отсутствует конфликт интересов

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в тексте настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучия населения» (САЗ 08-22).
2. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 28 февраля 2007 года № 180-3-IV «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (САЗ 07-10).
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1).
4. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий

оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6).

5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2023 года № 264 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и Перечня инфекционных болезней, при угрозе возникновения которых проводятся профилактические прививки по эпидемическим показаниям» (регистрационный № 11709 от 12 мая 2023 года) (САЗ 23-19).

6. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31 августа 2011 года № 465 «Об утверждении инструкции по внедрению и использованию пентавакцины АКДС-ГепВ-Хиб для иммунизации детей».

Алгоритмы действий врача

1. Алгоритм диагностики паротита:



Информация для пациента

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

Эпидемический паротит (свинка, заушница) — острое инфекционное заболевание с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники), вызванное парамиксовирусом. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 3 до 15 лет.

2. ВЕРОЯТНОСТЬ ЗАБОЛЕТЬ.

Заражение происходит воздушно-капельным путём (при кашле, чихании, разговоре) от больного человека, который заражён от 1-2 суток до появления симптомов до 5–9 суток после появления симптомов.

3. СИМПТОМЫ.

От момента контакта с инфицированным свинкой до первых симптомов может пройти 15–24 дня. Такое «затишье» называется инкубационным периодом, в это время вирус размножается и распространяется по организму, симптомов болезни нет.

До специфических признаков у некоторых людей могут появляться предвестники — продромальные симптомы. Это общее недомогание, головные и мышечные боли, повышение температуры до 37–38 градусов, покраснение горла, снижение аппетита. Такие жалобы свойственны любой респираторной инфекции — заподозрить эпидемический паротит на этой стадии невозможно. Только спустя 1–2 дня развиваются типичные для свинки синдромы — интоксикация и воспаление желёз. Об интоксикации говорит повышение температуры до 39–40 градусов (при тяжёлом течении заболевания может сохраняться несколько дней). Человек становится вялым, у него болит голова, ломит кости, может появиться рвота.

Также воспаляются железы. Чаще всего в инфекционный процесс вовлекаются околоушные слюнные железы — развивается паротит. Вначале возникают болезненные ощущения за мочкой уха, а вскоре (через 1–2 дня) в этой зоне появляется припухлость. Отёк распространяется на щёку и висок, при надавливании пациент испытывает боль, которая усиливается при разговоре и жевании. Даже мысли о еде могут вызывать неприятные ощущения в области уха — из-за выделения слюны. Цвет кожи и температура в месте отёка обычно не изменяются. В течение следующих 2–3 дней воспаление может распространиться на вторую околоушную железу или другие железы организма.

Воспаление желёз, которое часто развивается из-за паротитной инфекции: - субмандибулит — воспаление подчелюстных слюнных желёз, развивается в 10–15% случаев паротита и может быть единственным симптомом болезни;

-сублингвит — воспаление подъязычных слюнных желёз, встречается в 5% случаев;

-панкреатит — воспаление поджелудочной железы может возникать в 20–40% случаев на 4–6-й день заболевания;

-орхит — воспаление мужских половых желёз, возникает преимущественно у молодых (16–66%) и чаще вовлекает в инфекционный процесс одно яичко;

-простатит — воспаление предстательной железы, бывает в основном у подростков и взрослых мужчин;

-оофорит — воспаление женских половых желёз в 5% случаев, чаще развивается у девочек в период полового созревания.

Значительно реже инфекция вызывает воспаление других желёз организма. Если воспалительный процесс затрагивает молочные железы, развивается мастит, щитовидную железу — тиреоидит, паращитовидные железы — паратиреоидит, слёзную железу — дакриoadенит.

Кроме того, свинка может сопровождаться синдромом поражения нервной системы (центральной и периферической). На то, что в инфекционный процесс вовлечена нервная система, указывает головная боль, бессонница, также могут возникать и более серьёзные проявления с тяжёлым течением:

-серозный менингит — воспаление мозговых оболочек головного и спинного мозга может развиваться на 6–8-й день болезни, чаще бывает у детей 3–9 лет;

-менингоэнцефалит — воспаление оболочек и вещества мозга встречается редко (2–4%), чаще встречается у детей до 6 лет;

-моновриты — изолированное воспаление черепных нервов, развивается в основном у детей старшего возраста. Чаще страдает лицевой нерв, контролирующий мимические мышцы, и преддверно-улитковый, отвечающий за передачу слуховых и вестибулярных импульсов;

-энцефаломиелит — воспаление головного и спинного мозга, может появиться на 10–12-й день болезни. Выражается в частичном или полном параличе, нарушении сознания, судорогах и других тяжёлых неврологических симптомах.

У некоторых детей и взрослых симптомов свинки может не быть или они проявляются в очень лёгкой форме. В трети случаев паротит протекает бессимптомно.

4. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Большинство пациентов выздоравливают после эпидемического паротита без каких-либо

негативных последствий для организма. Повышенный риск развития осложнений есть у непривитых подростков и взрослых.

Атрофия мужских половых желёз (яичек) развивается в 60% случаев после перенесённого орхита. Нарушается развитие половых клеток (сперматозоидов) и снижается их количество, вплоть до полного отсутствия в семенной жидкости. Это приводит к бесплодию.

Сахарный диабет 1-го типа может возникать после перенесённого панкреатита. Вирус паротита и вызванное им воспаление повреждает клетки поджелудочной железы, которые отвечают за секрецию инсулина. Патологические изменения продолжаются несколько дней или месяцев и в итоге приводят к инсулинозависимому сахарному диабету.

Нарушение слуха связывают с инфекционным повреждением преддверно-улиткового нерва (VIII пара черепных нервов). Степень снижения слуха может быть разной: от нарушения восприятия шёпотной речи до полной глухоты. Иногда пациенты жалуются на головокружение и расстройство равновесия. Это связано с тем, что преддверно-улитковый нерв отвечает не только за передачу слуховых импульсов, но также проводит сигналы из вестибулярного отдела — внутреннего уха.

5. ДИАГНОСТИКА.

Из лабораторных методов подтверждения диагноза наиболее доказательным является выделение вируса паротита из крови, смывов из глотки, секрета околоушной слюнной железы, спинномозговой жидкости и мочи.

Иммунофлюоресцентные методы позволяют обнаружить вирусы на клеточной культуре уже через 2-3 дня (при стандартном методе исследования – лишь через 6 дней). Иммунофлюоресцентный метод позволяет обнаружить вирусный антиген непосредственно в клетках носоглотки, что даёт возможность наиболее быстро получить ответ.

Серологические методы позволяют выявить нарастание титра антител только через 1–3 недели от начала заболевания. Используются различные методы. Наиболее информативным является твердофазный иммуноферментный анализ, более поздние результаты получают с помощью более простых реакций (РСК и РНГА). Исследуют парные сыворотки: первая берется в начале болезни, вторая – спустя 2–4 недели. Диагностическим считается нарастание титра в 4 раза и более.

6. ЛЕЧЕНИЕ.

Больных эпидемическим паротитом можно лечить дома. Госпитализируют больных тяжёлыми осложненными формами и по эпидемиологическим показаниям. Изолируют больных дома в течение 9 дней.

Этиотропного лечения нет. Важной задачей лечения является предупреждение осложнений. Важно соблюдение постельного режима не менее 10 дней. У мужчин, не соблюдавших постельного режима в течение 1-й недели, орхит развивался в 3 раза чаще (у 75 %), чем у лиц, госпитализированных в первые 3 дня болезни (у 26%). Для профилактики панкреатитов необходимо соблюдать определенную диету: избегать переедания, уменьшить количество белого хлеба, макарон, жиров, капусты. Диета должна быть молочно-растительной. Из круп лучше употреблять рис, разрешается черный хлеб, картофель.

При орхитах возможно назначение преднизолона в течение 5–7 дней, начиная с 40–60 мг и уменьшая дозу каждый день на 5 мг, или другие кортикостероиды в эквивалентных дозах. На течение паротитного менингита благоприятное влияние оказывает спинномозговая пункция с извлечением небольшого количества ликвора. Некоторое значение имеет умеренная дегидратационная терапия. При остром панкреатите назначают жидкую щадящую диету, атропин, папаверин, холод на живот, при рвоте — аминазин, а также препараты, ингибирующие ферменты, в частности контрикал (трасилол), который вводят внутривенно (медленно) в растворе глюкозы, в первый день 50000 ЕД, затем 3 дня по 25000 ЕД/сут и еще 5 дней по 15000 ЕД/сут. Местно – согревающие компрессы.

7. ПРОФИЛАКТИКА. Вакцина против паротита – безопасное средство предотвращения болезни. В большинстве случаев вакцинация уменьшает осложнения на популяционном уровне. При показателях вакцинации населения в 90% эффективность достигает 85%. В целях долгосрочной профилактики требуется введение не менее двух доз. Введение первой дозы рекомендуется в возрасте от 12 до 18 месяцев. Введение второй дозы обычно производится в период между двумя и шестью годами. Вакцинация после заражения может оказаться полезной для тех, кто ещё не обладает иммунитетом.

В соответствии с Республиканским национальным календарём прививок, вакцинация против эпидемического паротита проводится с помощью комбинированной живой вакцины от кори, краснухи и паротита в возрасте 12 месяцев, а ревакцинация – в шесть и в 15 лет.

Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте клинических рекомендаций

Шкалы оценки, приведенные в тексте клинических рекомендаций.

Шкала уровней доказательности SIGN.

Уровни научных доказательств	
1++	Высококачественный метаанализ, систематические обзоры клинических испытаний или высококачественные клинические испытания с очень низкой вероятностью систематических ошибок
1+	Хорошо проведенные метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или хорошо проведенные клинические испытания с низкой вероятностью систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или клинических испытаний с высокой вероятностью систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры когортных исследований или исследований случай-контроль Высококачественные когортные исследования или исследования случай-контроль с очень низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и высокой вероятностью причинно-следственных связей
2+	Качественные когортные исследования или исследования случай-контроль с низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и средней вероятностью причинно-следственных связей
2-	Когортные исследования или исследования случай-контроль с высокой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и значительным риском того, что взаимосвязи не носят характер причинно-следственных отношений
3	Не аналитические исследования, описание случаев, серия случаев
4	Экспертное мнение

Уровень доказательств		Степени рекомендаций
А	Высокий	Есть большая уверенность в том, что истинный эффект близок к предполагаемому. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в эффекте (несколько качественных исследований с последовательными результатами или в отдельных случаях одно крупное высококачественное многоцентровое исследование)
В	Средний	Существует умеренная уверенность в оценке эффекта: истинный эффект, вероятно, будет близок к предполагаемому, но есть вероятность, что он существенно отличается (одно крупное высококачественное исследование или несколько с методологическими ограничениями)

C	Низкий	В оценочном эффекте имеется ограниченный эффект: истинный эффект может существенно отличаться от оцененного (несколько исследований с существенными методологическими ограничениями)
D	Очень низкий	Уверенность в оценке эффекта очень мала: истинный эффект, вероятно, будет существенно отличаться от предполагаемого (экспертные мнения, нет прямых доказательств, исследования с существенными методологическими ограничениями)