

Содержание

Введение.....	3
1. Возбудитель и патогенез	5
2. Клинические признаки и лечение.....	8
3. Профилактика	12
Заключение	17
Список литературы	19

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

Введение

Эпидемический паротит (синонимы: свинка, заушница; mumps– англ.; Mumps– нем.; parotiditeepidémique– франц.) – острая вирусная болезнь, вызванная парамиксовирусом и характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других органов и центральной нервной системы.

Заболевание впервые описано еще Гиппократом и выделено им в самостоятельную нозологическую форму. Частые поражения ЦНС и орхит при эпидемическом паротите отмечены Гамильтоном (1790).

Вирус паротита из крови больного впервые выделил Л. Килэм (1949), из ткани яичек при их биопсии – Б. Бьёрват (1973). Фундаментальные исследования в области этого заболевания проведены отечественными учеными И.В. Троицким, Н.Ф. Филатовым, А.Д. Романовым, А.А. Смородинцевым, А.К. Шубладзе и др.

Болезнь чаще всего встречается у детей (чаще в возрасте 5–8 лет). У детей младше 3 лет инфекция встречается крайне редко. Повышенная опасность заражения остается до 15–16 лет. Взрослые менее восприимчивы к эпидемическому паротиту, однако возможность инфицирования остается.

Свинка не представляет серьезной опасности для жизни пациента, однако лечению болезни уделяют большое внимание из-за высокого риска осложнений. В последние десятилетия тяжелое течение болезни встречается редко. Также благодаря массовой вакцинации в большинстве стран упала заболеваемость паротитом в целом.

Цель написания работы – проанализировать профилактику эпидемического паротита.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть возбудителя и патогенез;
- охарактеризовать клинические признаки и лечение;

- исследовать профилактику.

Структура работы определяется целью и задачами исследования и в соответствии с этим состоит из введения, трех параграфов, заключения и списка литературы.

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

1. Возбудитель и патогенез

Возбудитель эпидемического паротита относится к парамиксовирусам (семейство Paramyxoviridae, род Paramyxovirus). Возбудитель свинки был впервые выделен и изучен в 1934 Э.Гудпасчером и К.Джонсоном.

Вирионы полиморфны, округлые вирионы имеют диаметр 120-300 нм. Вирус содержит РНК, обладает гемагглютинирующей, нейраминидазной и гемолитической активностью. Вирус агглютинирует эритроциты кур, уток, морских свинок, собак и др. В лабораторных условиях вирус культивируется на 7-8-дневных куриных эмбрионах и клеточных культурах. К вирусу чувствительны первично трипсинизированные культуры клеток почки морской свинки, обезьян, сирийского хомяка, фибробласты куриных эмбрионов. Лабораторные животные малочувствительны к вирусу паротита, только у обезьян удается воспроизвести заболевание, сходное с паротитом человека. Вирус нестойк, инактивируется при нагревании, при ультрафиолетовом облучении, при контакте с жирорастворителями, 2% раствором формалина, 1% раствором лизола. Атенуированный штамм вируса (Л-3) используют в качестве живой вакцины. Антигенная структура вируса стабильна. Он содержит антигены, способные вызвать образование нейтрализующих и комплементсвязывающих антител, а также аллерген, который можно использовать для постановки внутрикожной пробы.

Источником инфекции является только человек (больные манифестными и иннаппарантными формами паротита). Больной становится заразным за 1-2 дня до появления клинических симптомов и в первые 5 дней болезни. После исчезновения симптомов болезни пациент незаразен. Вирус передается воздушно-капельным путем, хотя полностью нельзя исключить возможность передачи через загрязненные предметы (например, игрушки)¹.

Восприимчивость к инфекции высокая. Чаще болеют дети. Лица мужского пола болеют паротитом в 1,5 раза чаще, чем женщины.

¹ Казанцев, А.П. Эпидемический паротит / А.П. Казанцев. – М.: Медицина, 2013. – С. 27.

Заболееваемость характеризуется выраженной сезонностью (индекс сезонности 10). Максимум заболеваемости приходится на март-апрель, минимум - на август-сентябрь. Через 1-2 года наблюдаются периодические подъемы заболеваемости. Встречается в виде спорадических заболеваний и в виде эпидемических вспышек. В детских учреждениях вспышки продолжаются от 70 до 100 дней, давая отдельные волны (4-5) с промежутками между ними, равными инкубационному периоду. У 80-90% взрослого населения в крови можно обнаружить противопаротитные антитела, что свидетельствует о широком распространении этой инфекции (у 25% инфицированных инфекция протекает иннапаратно). После введения в практику иммунизации живой вакциной заболеваемость эпидемическим паротитом значительно снизилась².

Воротами инфекции служит слизистая оболочка верхних дыхательных путей (возможно, миндалины). Возбудитель проникает в слюнные железы не через околоушный (стенонов) проток, а гематогенным путем. Вирусемия является важным звеном патогенеза паротита, что доказывается возможностью выделения вируса из крови уже на ранних этапах болезни. Вирус разносится по всему организму и находит благоприятные условия для размножения (репродукции) в железистых органах, а также в нервной системе. 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). Удавалось выделить вирус паротита не только из крови и слюнных желез, но и из тестикулярной ткани, из поджелудочной железы, из молока больной паротитом женщины. В зависимости от локализации возбудителя и выраженности изменений того или иного органа клинические проявления заболевания могут быть весьма разнообразными. При паротите в организме вырабатываются специфические антитела (нейтрализующие, комплементсвязывающие и др.), обнаруживаемые в течение нескольких лет, и развивается аллергическая

² Постовит, В.А. Детские капельные инфекции у взрослых / В.А. Постовит. – СПб: Теза, 2013. – С. 109.

перестройка организма, сохраняющаяся очень долго (возможно, в течение всей жизни).

Установлено, что в поражениях ЦНС, периферической нервной системы и поджелудочной железы играют определённую роль иммунные механизмы: уменьшение количества Т-клеток, слабый первичный иммунный ответ с низким титром IgM, снижение содержания IgA и IgG.

В механизмах нейтрализации вируса существенная роль принадлежит вирулицидным антителам, подавляющим активность вируса и его проникновение в клетки.

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

2. Клинические признаки и лечение

Инкубационный период продолжается от 11 до 23 дней (чаще 15-19 дней). У некоторых больных за 1-2 дня до развития типичной картины болезни наблюдаются продромальные явления, проявляющиеся познабливанием, головной болью, болями в мышцах и суставах, сухостью во рту, неприятными ощущениями в области околоушных слюнных желёз (рис. 1).

Наиболее частым проявлением паротита является поражение околоушных желёз.



Рисунок 1 – Поражение околоушных желёз

Чаще заболевание начинается остро с озноба и повышения температуры тела от субфебрильных до высоких цифр; лихорадка сохраняется не более 1 нед. Однако нередко случаи заболевания, протекающие с нормальной температурой тела. Лихорадку сопровождают головная боль, общая слабость, недомогание, бессонница. Основное проявление паротита - воспаление околоушных, а также, возможно, подчелюстных и подъязычных слюнных желёз. В проекции этих желёз появляется припухлость, болезненная при пальпации (больше в центре), имеющая тестообразную консистенцию. При выраженном увеличении околоушной слюнной железы лицо больного приобретает грушевидную

форму, мочка уха с поражённой стороны приподнимается. Кожа в области припухлости натянута, лоснится, с трудом собирается в складки, цвет её обычно не изменён. Чаще процесс бывает двусторонним, захватывающим через 1-2 дня околоушную железу и на противоположной стороне, но возможны и односторонние поражения. Больного беспокоят чувство напряжения и боли в околоушной области, особенно ночью; при сдавлении опухолью евстахиевой трубы могут появиться шум и боли в ушах. При надавливании позади мочки уха появляется выраженная болезненность (симптом Филатова). Этот симптом – наиболее важный и ранний признак паротита. Слизистая оболочка вокруг отверстия стенонова протока гиперемирована и отёчна (симптом Мурсу); часто отмечают гиперемию зева. В некоторых случаях больной не может из-за боли пережёвывать пищу, а в ещё более тяжёлых случаях развивается функциональный тризм жевательной мускулатуры. Возможны уменьшение слюноотделения и сухость во рту, снижение слуха. Боли продолжаются 3-4 дня, иногда иррадиируют к уху или шее, а к концу недели постепенно затихают. Приблизительно к этому времени или на несколько дней позже исчезает отёчность в проекции слюнных желёз. При эпидемическом паротите регионарную лимфаденопатию, как правило, не отмечают³.

У взрослых продромальный период отмечают чаще, для него характерны более выраженные клинические проявления. Помимо общетоксических в этот период возможны катаральные и диспептические явления. Острая фаза заболевания, как правило, бывает более тяжелой. Значительно чаще, чем у детей, наблюдают поражения (возможно изолированные) подчелюстных и подъязычных слюнных желёз. При субмаксиллите слюнная железа имеет тестоватую консистенцию и слегка болезненна, вытянута по ходу нижней челюсти, что распознают при наклоне головы назад и в сторону. Отек подкожной клетчатки вокруг железы иногда распространяется на шею. Сублингвит проявляется припухлостью в

³ Ставцева, В.В. Основы медицинских знаний / В.В. Ставцева. – Белгород: НИУ БелГУ, 2014. – С. 268.

подбородочной области такого же характера, болями под языком, особенно при его высовывании, локальной гиперемией и отёчностью слизистой оболочки. Припухлость в проекции слюнных желёз у взрослых сохраняется дольше (2 нед и более) (рис. 2).



Рисунок 2 – Эпидемический паротит у взрослых

Эпидемический паротит может протекать в различных клинических формах, что особенно важно при диагностике данного заболевания. Общепринятой классификации клинических форм эпидемического паротита нет.

Больных эпидемическим паротитом можно лечить дома. Госпитализируют больных тяжелыми осложненными формами, а также по эпидемиологическим показаниям. Изолируют больных дома в течение 9 дней. В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания паротитом, устанавливается карантин на 21 день. Дезинфекция в очагах паротита не проводится.

Этиотропного лечения эпидемического паротита нет. Гипериммунная специфическая сыворотка не давала терапевтического эффекта и не предупреждала развития осложнений. Важной задачей лечения является

предупреждение осложнений. Необходимо соблюдение постельного режима не менее 10 дней.

Для профилактики панкреатитов, кроме того, 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 раньше назначают преднизолон в течение 5-7 дней, начиная с 40-60 мг и уменьшая дозу каждый день на 5 мг, или другие кортикостероиды в эквивалентных дозах.

При менингите применяют такой же курс лечения кортикостероидами. Предложение использовать для лечения паротитных менингитов внутримышечное введение нуклеаз не имеет научного обоснования, эффективность этого метода пока никем не доказана. 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 - амиазин, а также препараты, ингибирующие ферменты, в частности контрикал (трасилол), который вводят внутримышечно (медленно) в растворе глюкозы, в первый день 50 000 ЕД, затем 3 дня по 25000 ЕД/сут и еще 5 дней по 15000 ЕД/сут. Местно - согревающие компрессы.

Прогноз благоприятный, летальные исходы бывают очень редко (1 на 100 000 заболевших); однако следует учитывать возможность глухоты и атрофии яичек с последующей азоспермией. После паротитных менингитов и менингоэнцефалитов длительное время наблюдается астенизация.

3. Профилактика

В системе мероприятий по борьбе с эпидемическим паротитом сохраняют свое значение раннее выявление больных и изоляция их от коллектива. Больные эпидемическим паротитом не подлежат обязательной госпитализации. Как указывалось, госпитализируются лишь около 3% всех заболевших, остальные лечатся в домашних условиях. Необходимость обязательной госпитализации мальчиков с 12 лет и мужчин, обусловлена не профилактикой эпидемического паротита, а профилактикой осложнений и последствий этой болезни.

Учитывая период возможного заражения, по эпидемическим показаниям срок разобщения можно ограничить до 10-го дня от начала заболевания. По медицинским показаниям, принимаемым во внимание, сроки появления возможных осложнений, госпитализацию можно ограничить 15-м днем от начала заболевания. Конечно, при появлении осложнений время госпитализации значительно увеличивается. Оно определяется характером осложнения, периодом обратного развития и редко будет составлять менее 3 нед.

В настоящее время разобщению подлежат дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом, на 21-й день с момента прекращения контакта. При точном установлении времени контакта дети подлежат разобщению (не допускаются в детские коллективы) с 11-го по 21-й день инкубации. Понятно, что достигнуть полного и своевременного устранения источников инфекции из коллективов практически невозможно, так как, помимо клинически выраженных форм эпидемического паротита, встречаются легкие формы болезни и инapparантная инфекция. Следовательно, удастся выявить далеко не все источники инфекции. При заносе эпидемического паротита в коллектив с помощью выявления и изоляции больных прервать вспышку, как правило, не удастся. В связи с широким распространением

противопаротитной вакцинации подходы к профилактическим мероприятиям будут пересматриваться. Однако важным останется вопрос раннего выявления больных и своевременной госпитализации определенных возрастных групп⁴.

До разработки противопаротитных вакцин этот путь представлялся единственно возможным методом профилактики, тем более, что он был очень эффективным при некоторых других так называемых детских инфекциях (корь, дифтерия). В первых сообщениях отмечались некоторые положительные результаты серопротекции эпидемического паротита. Авторы применяли сыворотку реконвалесцентов в дозах от 5 до 60 мл. Однако в дальнейшем было показано, что введение даже 200 мл сыворотки, переболевших паротитом, не оказывало профилактического эффекта. Кроме сывороток, использовался и специфический иммуноглобулин (у-глобулин). Установлено, что даже гипериммунный противопаротитный иммуноглобулин не оказывал профилактического действия на заболеваемость эпидемическим паротитом.

В настоящее время можно считать твердо установленным, что введение противопаротитных антител в виде сывороток или иммуноглобулинов не оказывает профилактического действия. Работы, посвященные серопротекции: имеют лишь историческое значение.

Высокий уровень заболеваемости эпидемическим паротитом, большой экономический ущерб, наносимый этим заболеванием, неэффективность серопротекции, успехи вирусологии в разработке эффективных вакцин явились основными факторами, способствующими широкому распространению активной иммунизации против эпидемического паротита во многих странах.

Борьба с эпидемическим паротитом имеет большое социальное значение, позволяет предотвращать тяжелые последствия этой болезни,

⁴ Мальцев, В.Н. Основы микробиологии и иммунологии. Курс лекций / В.Н. Мальцев. – М.: Медицина, 2015. – С. 197.

уменьшать экономический ущерб, наносимый широким ее распространением.

Наиболее важной является возможность с помощью вакцинации существенно уменьшить заболеваемость и тем самым предотвратить осложнения паротита, приводящие к различным стойким последствиям (бесплодие, глухота, диабет и др.). Однако и экономическая сторона вопроса не может быть безразличной.

Для активной иммунизации против эпидемического паротита использовались как инактивированные, так и живые вакцины. Убитые вакцины готовились из разных материалов — ткани околушных слюнных желез зараженных обезьян, инактивированных формалином, из убитого ультрафиолетовым облучением или формалином вируса паротита, культивированного на развивающихся куриных эмбрионах. Хотя убитые вакцины оказались эффективными при иммунизации различных контингентов людей, однако они не нашли широкого практического применения.

Наибольшее распространение во многих странах получили живые противопаротитные вакцины. В СССР живая противопаротитная вакцина была разработана А. А. Смородинцевым и Н. С. Клячко в 1954 г. Аттенуация вируса паротита проведена путем длительного пассажа вируса на развивающихся куриных эмбрионах.

При внутрикожном введении этой вакцины (по 0,1 мл) у взрослых людей через 3 нед отмечалось нарастание титров антивирусных антител (вируснейтрализующих — у 77% и комплементсвязывающих — у 88% привитых). В последующие годы эта вакцина была проверена в детских коллективах. В течение 1956–1957 гг. было вакцинировано свыше 30 тыс детей в детских садах и младших классах Ленинграда. Были установлены низкая реактогенность и высокая иммуногенность, а также эпидемиологическая эффективность однократных внутрикожных прививок живой ослабленной вакциной. Проведение прививок после появления в

коллективе первого случая паротита приводило к значительному снижению суммарной заболеваемости по сравнению с контрольными (заболело соответственно 1 и 26%). Заболевание у привитых протекало, как правило, легко, иммунитет сохранялся до 30 мес.

Единственным эффективным методом профилактики эпидемического паротита является вакцинация. Эффективность профилактики равна 97% для моновакцины. Минимальная продолжительность поствакцинального иммунитета – 4 года, а у отдельных лиц титры антител сохраняются 7–9 лет.

Противопоказаниями являются: беременность, лихорадочные заболевания, состояние иммунодепрессии. Вакцинация против эпидемического паротита является важной мерой для уменьшения частоты мужского бесплодия.

В нашей стране обязательная противопаротитная вакцинация введена с 1974 г. Согласно действующему в настоящее время календарю плановых профилактических прививок, прививки против эпидемического паротита делают однократно (одновременно с противокоревой вакцинацией) всем детям в возрасте 15–18 мес.

Переболев в детстве, ребенок получит пожизненный иммунитет, который защитит его от болезни, когда он станет взрослым, т.е. в том возрасте, в котором она может быть для него опасна. Мужское бесплодие как следствие орхита, осложнения свинки, чаще всего возникает в результате болезни в подростковом или взрослом возрасте, когда прививочный иммунитет угасает.

Реакция на прививку от паротита у детей обычно не возникает, вакцинация переносится ими хорошо. Лишь у некоторых деток с 4 по 12 сутки могут сохраняться температурные реакции, ринит, покашливание, легкая гиперемия зева. Крайне редко может возникать увеличение околоушных желез, при этом общее состояние ребенка не ухудшается. Не исключается также покраснение или уплотнение кожи в месте инъекции⁵.

⁵ Селимов, М.А. Эпидемический паротит / М.А. Селимов. – М.: Медицина, 2015. – С. 91.

На теле ребенка, как реакция на введение вируса паротита может появиться розовая или красная сыпь. Дети постарше могут жаловаться на боли в мышцах и суставах, у малышей они могут стать причиной капризности и раздражительности. Такие реакции на вакцину возникают всего лишь у 10–20% вакцинированных детей. Первые сутки после введения препарата мочить место укола нельзя, от прогулок и контакта с чужими людьми тоже лучше отказаться.

Прививка против эпидемического паротита может вызывать отсроченные реакции. Обусловлено это тем, что вакцина содержит в себе живые вирусы кори, краснухи и паротита, правда, сильно ослабленные. Попадая в детский организм, они начинают развиваться, вырабатывая иммунитет, именно поэтому реакций до 4 дня, как правило, никогда не возникает.

Особенно необходима прививка от свинки мальчикам в подростковом возрасте. Заболевание, перенесенное в этом возрасте, может вызвать такие осложнения, как опухоль яичка. Обычно она односторонняя, однако если поражение распространяется на две стороны, возникает высокая вероятность развития бесплодия.

Заключение

Паротит – инфекционное заболевание вирусной этиологии, поражающее нервную систему и железистые структуры организма человека. Это высококонтагиозный антропоноз, представляющий эпидемиологическую опасность. Возбудитель патологии паразитирует только в организме человека, животные паротитом не болеют.

При появлении первых признаков патологии следует немедленно обратиться к врачу. Сам паротит не опасен для жизни больного, но способен вызвать ряд серьезных изменений в организме и привести к развитию тяжелых последствий.

В настоящее время заболеваемость паротитом снизилась, благодаря массовой вакцинации населения. Тяжелое течение патологии практически не встречается.

Профилактика эпидемического паротита делится на два типа – специфическая и неспецифическая. Специфическая профилактика эпидемического паротита заключается во введении вакцин. В настоящее время для прививания против паротита применяются живые аттенуированные вакцины отечественного и зарубежного производства. Аттенуированные вакцины содержат живые, но ослабленные вирусы эпидемического паротита, которые позволяют человеку перенести инфекцию в легкой форме. После выздоровления от легкой формы паротита, вызванного прививкой, у человека формируется иммунитет, который защищает его от заражения данной инфекцией в будущем. В настоящее время прививки против паротита включены в национальный календарь, согласно которому дети вакцинируются дважды – в возрасте 12–18 месяцев и 6 лет. Затем проводится ревакцинация каждые 10 лет.

Кроме того, существует, так называемая, экстренная вакцинопрофилактика инфекционного заболевания. Для экстренной профилактики паротита людям, которые входили в контакт с больными

свинкой и ранее не были привиты, вводится специфическая вакцина. При этом экстренная специфическая профилактика должна проводиться в течение 48 часов после контакта здорового и ранее не привитого человека с больным свинкой. Для экстренной профилактики достаточно введения одной дозы любой отечественной или импортной вакцины против эпидемического паротита.

Неспецифическая профилактика паротита заключается в соблюдении эпидемиологического режима, направленного на минимизацию передачи инфекции. Поскольку эпидемический паротит передается от больного человека к здоровому воздушно-капельному пути, необходимо максимально ограничить контакты между людьми в период вспышки инфекционного заболевания. Заболевшего инфекционным паротитом необходимо изолировать на 9 суток, считая от начала заболевания.

Карантин по паротиту составляет 21 день. Здоровые люди, которые потенциально могут контактировать с больными паротитом, должны носить на лице защитную маску, мыть руки с мылом после выхода на улицу или прикосновений к предметам общественного использования (например, ручки дверей в офисных зданиях, магазинах, туалетах, троллейбусах и т.д.). Кроме того, для профилактики эпидемического паротита полезно пить общеукрепляющие препараты из растительных компонентов, такие, как настойка эхинацеи, женьшеня, алоэ и т.д.

Список литературы

1. Казанцев, А.П. Эпидемический паротит / А.П. Казанцев. – М.: Медицина, 2013. – 176 с.
2. Мальцев, В.Н. Основы микробиологии и иммунологии. Курс лекций / В.Н. Мальцев. – М.: Медицина, 2015. – 386с.
3. Постовит, В.А. Детские капельные инфекции у взрослых / В.А. Постовит. – СПб: Теза, 2013. – 362 с.
4. Селимов, М.А. Эпидемический паротит / М.А. Селимов. – М.: Медицина, 2015. – 168 с.
5. Ставцева, В.В. Основы медицинских знаний / В.В. Ставцева. – Белгород: НИУ БелГУ, 2014. – 584 с.