

Одобрено
Объединенной комиссией
По качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «16» августа 2016 года
Протокол №9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ У ДЕТЕЙ

1. Содержание:

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	1
Дата разработки протокола	2
Пользователи протокола	2
Категория пациентов	2
Шкала уровня доказательности	2
Определение	2
Классификация	2
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	4
Показания для госпитализации	13
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	14
Диагностика и лечение на стационарном уровне	14
Медицинская реабилитация	24
Паллиативная помощь	24
Сокращения, используемые в протоколе	24
Список разработчиков протокола	24
Конфликт интересов	25
Список рецензентов	25
Список использованной литературы	26

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название
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	-	-

3. Дата разработки протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: врачи общей практики, детские инфекционисты, педиатры, врачи скорой неотложной помощи, фельдшеры.

5. Категория пациентов: дети.

6. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественных (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

7. Определение: [1, 2]

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.

8. Классификация: [1, 2]

Тип	Тяжесть	Течение
-----	---------	---------

<p>1.Типичная форма а) поражение железистых органов; б) поражение нервной системы; в) смешанные формы.</p> <p>2.Атипичная: а) стертая; б) субклиническая.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • легкая; • среднетяжелая; • тяжелая. 	<p>Острое. По характеру осложнений:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бесплодие, сахарный диабет, глухота, стойкие парезы, или параличи мышц конечностей, отит, пневмония; • микст- инфекция.
--	---	---

Классификация случаев эпидемического паротита: [5,11]

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 подвздошной 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).

9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ: [1,2, 8, 9, 10]

1) Диагностические критерии:

Жалобы:

- повышение температуры тела до 38,0- 40,0°C;
- головная боль;
- боль в эпигастральной области;
- рвота;
- боли в области яичек, иррадиирующие в пах;
- нарушение сна и аппетита;
- слабость, недомогание;
- болезненность при жевании и открывании рта;
- боли в области уха;
- жидкий стул;
- увеличение одной или обеих околоушных слюнных желез;
- сухость во рту.

Анамнез:

- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем эпидемического паротита за 11-21 дней до появления симптомов заболевания;
- острое начало заболевания;
- болезненное увеличение одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее);
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, напряженные мышцы живота;
- многократная рвота;
- сильные боли в области мошонки у мальчиков (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка (орхит);
- болезненность в подвздошной области у девочек (чаще с одной стороны);
- сильная головная боль;
- отсутствие вакцинации и перенесенного в прошлом эпидемического паротита.

Физикальное обследование:

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 смешанных формах эпидемического паротита интоксикация и лихорадка протекают волнообразно, каждая волна связана с поражением очередного железистого органа или нервной системы.

Синдром поражения железистых органов:

паротит (одно-двустороннее поражение околоушных слюнных желез):

к концу первых, реже вторых суток от начала заболевания появляется увеличение околоушных слюнных желез. Обычно процесс начинается с одной стороны, а затем через 1-2 дня поражается вторая железа. При этом отмечается новый подъем температуры тела. Воспаление околоушной слюнной железы при паротитной инфекции сопровождается появлением отека мягких тканей, расположенного впереди уха, в вершине угла, образуемого восходящей ветвью нижней челюсти и верхней 1/3 грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В центре припухлость упруго-эластичной, а к периферии - тестообразной консистенции, поэтому в большинстве случаев четкие границы ее отсутствуют. Кожа над ней не изменена, пальпация вызывает умеренную болезненность. Иногда отек распространяется на лицо, шею, подключичную область. Во время осмотра внутренней поверхности щеки больного эпидемическим паротитом можно обнаружить гиперемию и отек устья выводного протока околоушной слюнной железы – симптом Мурсу (Moursou). Последний не является специфичным для паротитной инфекции, но в комплексе с другими симптомами позволяет поставить диагноз, так как появляется уже в продромальном периоде. Саливация снижена, вязкость слюны увеличена, но слюна прозрачная.

Субмаксиллит (одно- двустороннее поражение подчелюстных слюнных желез):

- в подчелюстной области появляется веретенообразное образование, тестоватой консистенции, умеренно болезненный при пальпации. Под языком можно наблюдать гиперемию и отек устья выводного протока пораженной железы.

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.

Панкреатит (поражение поджелудочной железы):

- повышение температуры тела;
- тошнота, рвота;
- боли в животе, иррадиирующие в спину, правое подреберье, иногда — опоясывающие;
- у детей раннего возраста может появиться жирный жидкий стул, у старших — запор.

- при пальпации живота отмечаются болезненность, положительные симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского.

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);
- чаще поражается только правое яичко, что связано с особенностями кровоснабжения. Однако у 15% больных процесс может быть двусторонним. Кроме того, возможно развитие эпидидимита;
- выраженные патологические изменения в яичке сохраняются в течение 5–7 дней, затем наступает медленное выздоровление. Признаки атрофии органа наблюдаются через 1-2 мес.
- проявления левостороннего орхита более стойкие;
- «автономный» орхит (единственное» проявление болезни).

Простатит (поражение предстательной железы):

- повышение температуры тела;
- боли в области промежности и заднего прохода;
- увеличение предстательной железы.

Оофорит (поражение женских половых желез):

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

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы:

Серозный менингит:

Поражение мягких мозговых оболочек чаще развивается на 3—5-й день от момента поражения слюнных желез. При этом на фоне угасающей симптоматики паротита наблюдаются:

- внезапное ухудшение общего состояния;
- новое повышение температуры тела до 38-39°C;
- вялость, адинамия;
- головная боль;
- повторная рвота;
- менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского и Кернига;
- наличие стойкой очаговой симптоматики указывает на вовлечение в патологический процесс вещества головного мозга (менингоэнцефалит);
- в редких случаях симптомы серозного менингита опережают поражение слюнных желез.

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).

Критерии тяжести эпидемического паротита:

- выраженность симптомов интоксикации;
- выраженность поражения железистых органов и нервной системы.

Легкая форма:

- симптомы интоксикации отсутствуют или слабо выражены (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, незначительная слабость, недомогание, головная боль);
- одно-двустороннее поражение околоушных слюнных желез.

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 поражения более одного железистого органа.

Тяжелая форма:

- симптомы выраженной интоксикации: температура тела выше 39°C, резкая слабость, нарушение сна, тахикардия;
- поражение двух и более органов;
- токсикоз и лихорадка протекают в виде волн, каждая новая волна связана с поражением очередного железистого органа и/или нервной системы.

Лабораторные исследования [3-7]:

Клинический анализ:

- ОАК: лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена.

Биохимический анализ:

- биохимический анализ крови: повышение активности амилазы;
- биохимический анализ мочи: повышение активности диастазы.

Серологический анализ крови:

- 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).

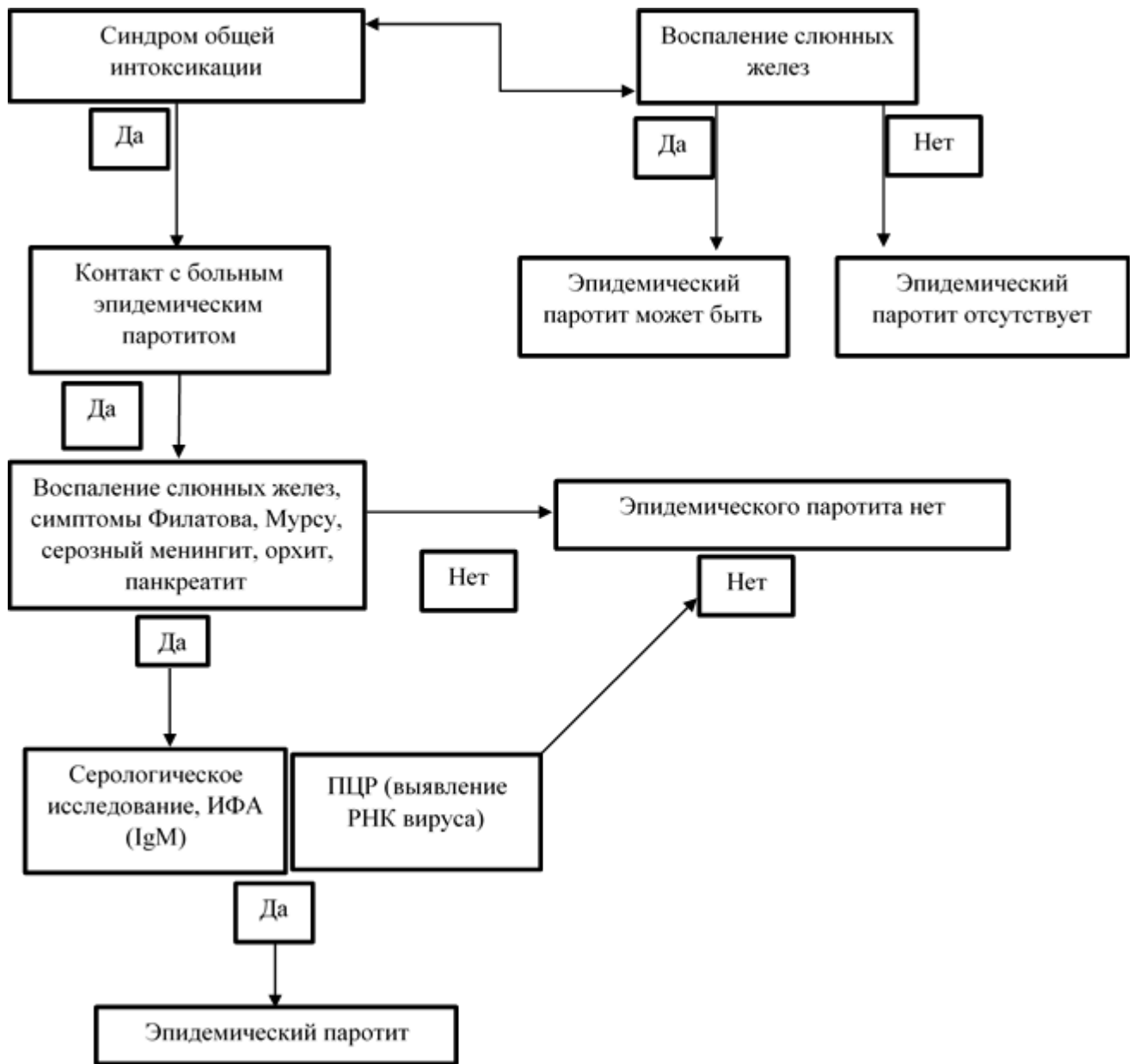
Молекулярно-генетический метод:

- ПЦР – выявление РНК вируса паротита из образца цельной крови или слюны, или мочи.

Инструментальные исследования:

- на амбулаторном уровне не проводятся.

2) Диагностический алгоритм:

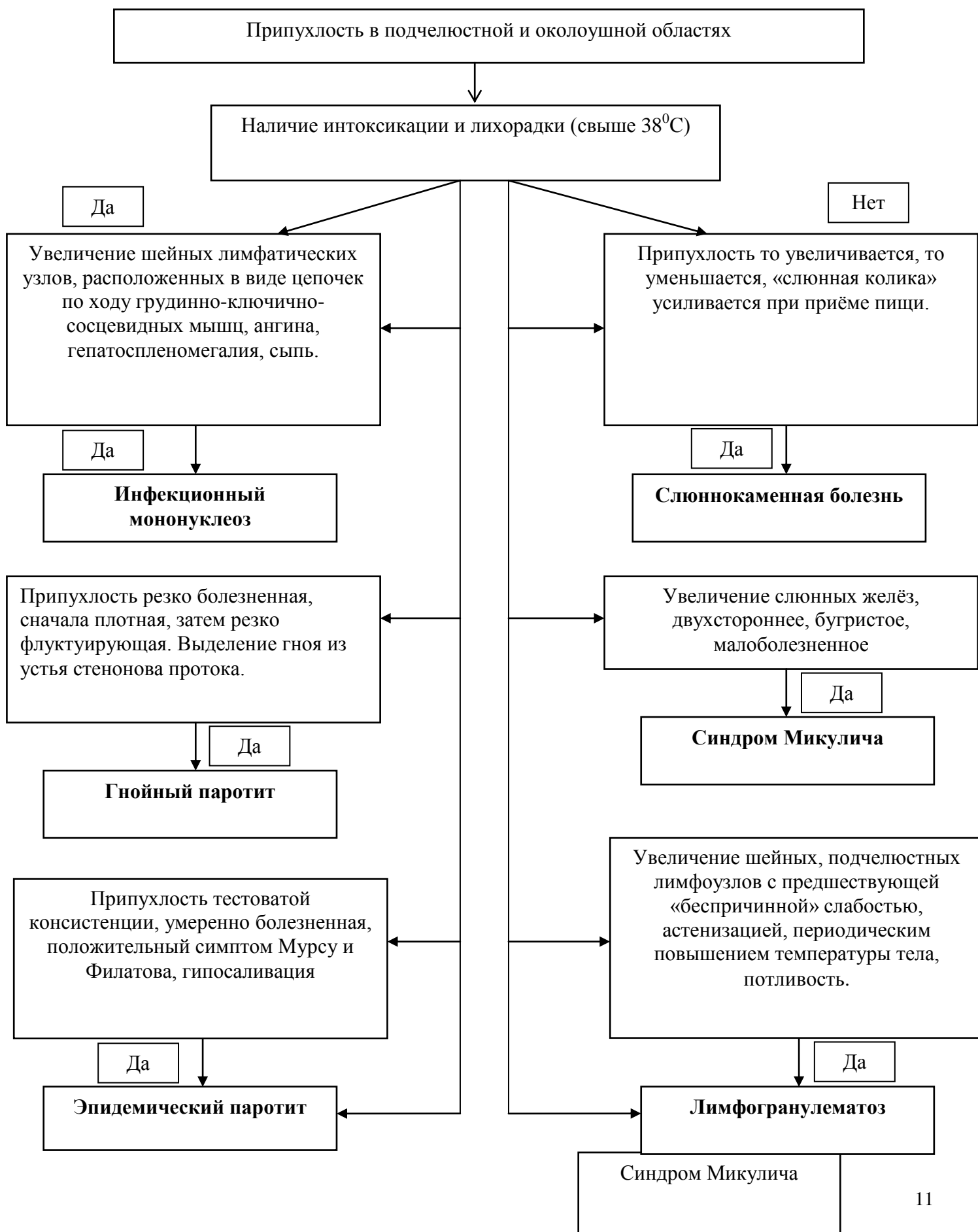


3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1,2, 4,7,8,12]

<i>Диагноз</i>	<i>Обоснование для дифференциальной диагностики</i>	<i>Обследования</i>	<i>Критерии исключения диагноза</i>
Гнойный паротит	Общие симптомы: острое начало, выраженные симптомы интоксикации, лихорадка, припухлость околоушной области.	Консультация челюстно-лицевого хирурга.	Лихорадка выше 39 ⁰ С. Припухлость и покраснение в области слюнных желез резко болезненная, плотная с постепенным размягчением и флюктуацией. Поражение всегда одностороннее. Выделение гноя из устья стенового протока. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышенная СОЭ.
Инфекционный мононуклеоз	Общие симптомы: острое начало, лихорадка, симптомы интоксикации, припухлость в околоушной, подчелюстной областях.	Кровь на IgM к капсидному антигену вируса Эпштейн-Барр	Увеличение шейных лимфатических узлов, расположенных в виде цепочек по ходу грудинно-ключично-сосцевидных мышц, ангина, гепатоспленомегалия, сыпь, возможно наличие желтушного синдрома. Упорная длительная лихорадка. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускорение СОЭ. Диагноз подтверждается при выявлении в крови атипичных мононуклеаров.
Лимфогранулематоз	Общие симптомы: припухлость околоушной, подчелюстной областях.	Консультация инфекциониста, гематолога, онколога	Поражение лимфатических узлов (все возможные группы л/узлов). При этом последнему обычно предшествуют «беспричинная» слабость, астенизация, периодическое повышение температуры тела, повышенная потливость. Заболевание характеризуется длительным прогрессирующим течением. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, выраженный моноцитоз, ускорение СОЭ. Окончательный диагноз лимфогранулематоза подтверждается результатами биопсии лимфатического узла.

Слюннокаменная болезнь	Общие симптомы: припухлость в околоушной области	Консультация челюстно-лицевого хирурга	Отсутствие лихорадки и интоксикации. Рецидивирующее течение заболевания. Припухлость то увеличивается, то уменьшается, «слюнная колика» усиливается при приеме пищи. Поражения других органов нет. Изменений в ОАК нет.
Синдром Микулича	Общие симптомы: припухлость в околоушной области	Консультация хирурга	Начало заболевания постепенное с хронизацией процесса. Повышение температуры тела, отсутствие интоксикации. Увеличение слюнных желез двухстороннее, бугристое, малоблезненное. Поражение других органов: увеличение лимфатических желез, печени, селезенки, птоз. В ОАК тромбоцитопения, анемия.

Алгоритм дифференциально - диагностического поиска при наличии у больного припухлости в подчелюстной и околоушной областях:



4) Тактика лечения [1- 3, 4, 6,7,11,14]

В амбулаторных условиях осуществляется лечение стертых и легких форм эпидемического паротита. На стационарное лечение направляют детей со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести и по эпидемиологическим показаниям. Специфического лечения заболевания нет. Применяют симптоматическую терапию, предусматривающую профилактику присоединения бактериальной инфекции: полоскание ротоглотки, сухое тепло на пораженную слюнную железу. Пища жидкая, полужидкая, высококалорийная и богатая витаминами.

Немедикаментозное лечение:

- режим: полупостельный в остром периоде болезни (7-10 дней);
- 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. Детям до 5 лет- приказ 172 от 31 марта 2011 года. «Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка;
- сухое тепло на область пораженных слюнных желез;
- физиотерапия: свето-теплотечение лампой «Соллюкс» области слюнных желез после нормализации температуры тела, время экспозиции 3-5 мин. (5–10 процедур);
- 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.

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия: не проводится.

Симптоматическая терапия:

- Для купирования гипертермического синдрома свыше 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 два раза в сутки в течение 5- 7 дней; [УД – В]

Перечень основных лекарственных средств:

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

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- ибупрофен суспензия 100мг/5мл, таблетки 200мг, 400мг; [УД –А]
- фурацилин 0,02% (1:5000).

5) Показания для консультации специалистов:

- консультация эндокринолога: при развитии сахарного диабета и ожирения в исходе эпидемического паротита.

6) Профилактические мероприятия [1,2,5,7,13]:

- Заболевших паротитной инфекцией изолируют из детского коллектива до исчезновения клинических проявлений (на 9 дней). Среди контактных разобщению подлежат дети до 10 лет, не болевшие паротитной инфекцией и не получавшие активную иммунизацию, сроком на 21 день. При знании точной даты контакта дети подлежат изоляции с 11-го по 21-й день инкубационного периода. Заключительная дезинфекция в очаге не проводится. За детьми, имевшими контакт с больным паротитной инфекцией, проводится наблюдение (осмотр, термометрия) до окончания карантина.
- Специфическую профилактику проводят живой вакциной ККП в 12 месяцев, ревакцинацию – в 6 лет. 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 не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита.
- Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

7) Мониторинг состояния пациента:

- повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если пациенту стало хуже, появились лихорадка свыше 38°С, 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.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- купирование симптомов заболевания;
- отсутствие эпидемического распространения заболевания;
- отсутствие осложнений.

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

10.1 Показания для плановой госпитализации:

- дети с эпидемическим паротитом из закрытых и других медицинских учреждений по эпидемиологическим показаниям;

- дети, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях.

10.2 Показания для экстренной госпитализации:

- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- тяжелые и среднетяжелые формы эпидемического паротита;
- эпидемический паротит с сопутствующими субкомпенсированными/декомпенсированными хроническими заболеваниями;
- эпидемический паротит с осложнениями.

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:

1) Диагностические мероприятия: сбор жалоб, физикальное обследование.

2) Медикаментозное лечение: при лихорадке свыше 38,5⁰ С парацетамол 10- 15 мг/кг через рот или per rectum; [УД – А]

- при судорогах – диазепам 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м, в/в или per rectum. [УД – А]

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: [1-7]

1) Диагностические критерии на стационарном уровне:

Жалобы:

- повышение температуры тела до 38,0- 40,0⁰С;
- головная боль;
- боль в эпигастральной области;
- рвота;
- боли в области яичек, иррадиирующие в пах;
- нарушение сна и аппетита;
- слабость, недомогание;
- болезненность при жевании и открывании рта;
- боли в области уха;
- жидкий стул;
- увеличение одной или обеих околоушных слюнных желез;
- сухость во рту.

Анамнез:

- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем эпидемического паротита за 11-21 дней до появления симптомов заболевания.
- острое начало заболевания;
- болезненное увеличение одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двухстороннее);
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, напряженные мышцы живота;
- многократная рвота;
- сильные боли в области мошонки у мальчиков (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка;

- болезненность в подвздошной области у девочек (чаще с одной стороны);
- сильная головная боль;
- отсутствие вакцинации и перенесенного в прошлом эпидемического паротита.

Физикальное обследование:

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 смешанных формах эпидемического паротита интоксикация и лихорадка протекают волнообразно, каждая волна связана с поражением очередного железистого органа или нервной системы.

Синдром поражения железистых органов:

паротит (одно- двустороннее поражение околоушных слюнных желез):

к концу первых, реже вторых суток от начала заболевания появляется увеличение околоушных слюнных желез. Обычно процесс начинается с одной стороны, а затем через 1-2 дня поражается вторая железа. При этом отмечается новый подъем температуры тела. Воспаление околоушной слюнной железы при паротитной инфекции сопровождается появлением отека мягких тканей, расположенного впереди уха, в вершине угла, образуемого восходящей ветвью нижней челюсти и верхней 1/3 грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В центре припухлость упруго-эластичной, а к периферии — тестообразной консистенции, поэтому в большинстве случаев четкие границы ее отсутствуют. Кожа над ней не изменена, пальпация вызывает умеренную болезненность. Иногда отек распространяется на лицо, шею, подключичную область. Во время осмотра внутренней поверхности щеки больного эпидемическим паротитом можно обнаружить гиперемию и отек устья выводного протока околоушной слюнной железы – симптом Мурсу (Moursou). Последний не является специфичным для паротитной инфекции, но в комплексе с другими симптомами позволяет поставить диагноз, так как появляется уже в продромальном периоде. Саливация снижена, вязкость слюны увеличена, но слюна прозрачная.

Субмаксиллит (одно- двустороннее поражение подчелюстных слюнных желез):

- в подчелюстной области появляется веретенообразное образование, тестоватой консистенции, умеренно болезненный при пальпации. Под языком можно наблюдать гиперемию и отек устья выводного протока пораженной железы.

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.

Панкреатит (поражение поджелудочной железы):

- повышение температуры тела;

- тошнота, рвота;
- боли в животе, иррадиирующие в спину, правое подреберье, иногда — опоясывающие;
- у детей раннего возраста может появиться жирный жидкий стул, у старших — запор;
- при пальпации живота отмечаются болезненность, положительные симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского.

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);
- чаще поражается только правое яичко, что связано с особенностями кровоснабжения. Однако у 15% больных процесс может быть двусторонним. Кроме того, возможно развитие эпидидимита;
- выраженные патологические изменения в яичке сохраняются в течение 5-7 дней, затем наступает медленное выздоровление. Признаки атрофии органа наблюдаются через 1-2 мес;
- проявления левостороннего орхита более стойкие;
- «автономный» орхит (единственное) проявление болезни).

Простатит (поражение предстательной железы):

- повышение температуры тела;
- боли в области промежности и заднего прохода;
- увеличение предстательной железы.

Оофорит (поражение женских половых желез):

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

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы:

Серозный менингит:

Поражение мягких мозговых оболочек чаще развивается на 3-5-й день от момента поражения слюнных желез. При этом на фоне угасающей симптоматики паротита наблюдаются:

- внезапное ухудшение общего состояния;
- новое повышение температуры тела до 38-39°C;
- вялость, адинамия;
- головная боль;
- повторная рвота;

- менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского и Кернига;
- наличие стойкой очаговой симптоматики указывает на вовлечение в патологический процесс вещества головного мозга (менингоэнцефалит);
- в редких случаях симптомы серозного менингита опережают поражение слюнных желез.

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).

Критерии тяжести эпидемического паротита:

- выраженность симптомов интоксикации;
- выраженность поражения железистых органов и нервной системы.

Легкая форма:

- симптомы интоксикации отсутствуют или слабо выражены (повышение температуры тела до субфебрильных цифр(37,1-38,0°C), незначительная слабость, недомогание, головная боль);
- одно- двустороннее поражение околоушных слюнных желез.

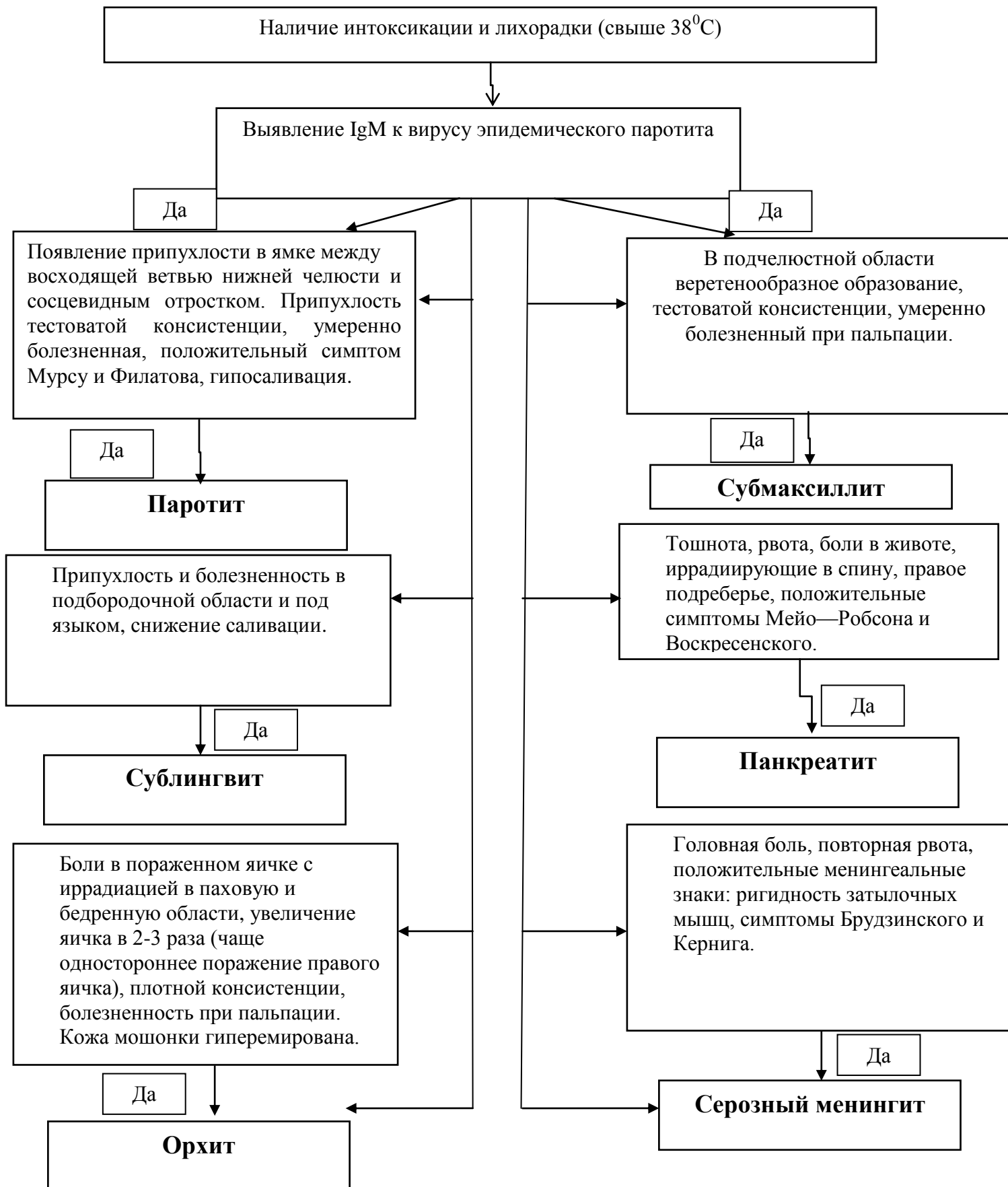
Среднетяжелая форма:

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

Тяжелая форма:

- симптомы выраженной интоксикации: температура тела выше 39°C, резкая слабость, нарушение сна, тахикардия;
- поражение двух и более органов;
- токсикоз и лихорадка протекают в виде волн, каждая новая волна связана с поражением очередного железистого органа и/или нервной системы.

2) Диагностический алгоритм:



3) Перечень основных диагностических мероприятий: Лабораторные исследования [3-7]:

- ОАК: лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена.
- биохимический анализ крови: повышение активности амилазы, диастазы.

Серологический анализ крови:

- ИФА – выявление IgM к вирусу эпидемического паротита;

или

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

Молекулярно-генетический метод:

- ПЦР – выявление РНК вируса паротита из образца цельной крови или слюны, или мочи.

4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Исследование СМЖ при менингите и менингоэнцефалите:

- 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.

Инструментальные исследования (по показаниям):

- спинномозговая пункция – при появлении общемозговой симптоматики, положительных менингеальных симптомах;
- УЗИ органов брюшной полости – для определения степени поражения размеров и структуры ткани поджелудочной железы (при панкреатите);
- УЗИ органов мошонки, малого таза при поражении органов репродуктивной системы;
- ЭКГ – при нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы, для раннего выявления поражения сердца (при тяжелой степени тяжести);
- Рентгенография органов грудной клетки – при появлении воспалительных изменений в легких (пневмонии);
- ЭЭГ – при наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии.

5) Тактика лечения: [1-3, 4, 6, 7,8,9,10,11]

Госпитализации подлежат дети со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, дети 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.

Питание ребенка определяется его возрастом, выраженностью местных изменений и возможным возникновением панкреатита. Больного следует кормить теплой, жидкой или полужидкой пищей, 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. С целью предупреждения гингивита и гнойного воспаления околоушных слюнных желез необходимо полоскать рот после еды кипяченой водой или раствором фурациллина. Местно на область слюнных желез применяют сухое тепло. Местную терапию проводят до исчезновения опухоли. Компрессы противопоказаны. 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.

Немедикаментозное лечение:

- режим: полупостельный в остром периоде болезни (7-14 дней);
- 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. Детям до 5 лет- приказ 172 от 31 марта 2011 года. «Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка;
- сухое тепло на область пораженных слюнных желез;
- физиотерапия: свето-теплотечение лампой «Соллюкс» области слюнных желез после нормализации температуры тела, время экспозиции 3-5 мин. (5–10 процедур);
- 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;
- 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).

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия: не проводится.

Симптоматическая терапия:

- для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C 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/ [УД – В]

При паротитных орхитах:

- кортикостероидные гормоны 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;

Возраст (масса тела, кг)	Разовая доза (мг)	Суточная доза (мг)
6-7 лет (25-37)	25	25
8-11 лет (38-50)	25	50- 75
12-14 лет (38-50)	25-50	75- 100
старше 15 лет и взрослые	25- 50	50- 150

- выписка реконвалесцентов паротитного орхита осуществляется через неделю после стихания местного воспаления. В течение последующих 2 недель показано использование суспензория.

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 [УД-В]; фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3-5 дней [УД-В], затем ацетазолamid 0,25гр – 8 - 10 мг/кг в сутки [УД-В], 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 [УД – А];
 - 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) [УД-С].
- 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) [УД – А];

- хлоропирамин таблетки 25 мг, ампулы 20 мг/мл [УД-В].

Перечень дополнительных лекарственных средств

- ибупрофен суспензия для приема внутрь 100мг/5мл; таблетки 200 мг [УД – А];
- диклофенак таблетки 25 мг, 50 мг [УД – А];
- 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);
- ацетазоламид 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.

Хирургическое вмешательство:

- 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).

Другие виды лечения:

- физиолечение.

6) Показания для консультации специалистов:

- консультация хирурга: для дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости (при панкреатите), решения вопроса об оперативном лечении тяжелой формы орхита;
- консультация эндокринолога: при развитии сахарного диабета и ожирения в исходе эпидемического паротита;
- консультация гастроэнтеролога: при поражении поджелудочной железы;
- консультация уролога: при поражении половых желез и предстательной железы;
- консультация акушера-гинеколога: при поражении половых желез у девочек.

7) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- острая дыхательная недостаточность 2- 3 степени;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- повторные судороги;

- нарушение сознания;
- ДВС – синдром.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- купирование лихорадки и интоксикации;
- нормализация лабораторных показателей;
- нормализация показателей СМЖ при менингите, менингоэнцефалите;
- отсутствие и купирование осложнений.

9) Дальнейшее ведение:

- выписку больных из стационара с эпидемическим паротитом проводят после исчезновения клинических симптомов, но ранее чем 9 дней от начала заболевания. Дети, 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.
- дети, перенесшие паротитный панкреатит, наблюдаются ВОП или участковым педиатром и/или детским гастроэнтерологом до исчезновения клинических проявлений заболевания. Физическая нагрузка ограничивается на 6—12 мес. При наличии сахарного диабета у ближайших родственников необходима консультация детского эндокринолога.

13.МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: не проводится.

14.ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: не проводится.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

IgG	– иммуноглобулины класса G
IgM	– иммуноглобулины класса M
ВОП	– врач общей практики
ИФА	– иммуноферментный анализ
МЕ	– международные единицы
МКБ	– международная классификация болезней
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
РНК	– рибонуклеаза (геном) вируса эпидемического паротита
РПГА	– реакция прямой гемагглютинации
РСК	– реакция связывания комплемента
СМЖ	– спинномозговая жидкость

- СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ССС – сердечно – сосудистая система
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЭКГ – электрокардиография

16. Список разработчиков протокола:

- 1) Эфендиев Имдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей» доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 2) Баетшева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, доцент, АО «Медицинский университет Астана» заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, главный внештатный детский инфекционист МЗСР РК. Председатель Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 3) Куттыкужанова Галия Габдуллаевна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» профессор, профессор кафедры детских инфекционных болезней. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 4) Кенжебаева Сауле Кенжетаевна – ГККП «Городская детская инфекционная больница» Управление здравоохранения города Астаны, заместитель главного врача по лечебной работе. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 5) Оспанова Зарипа Амангелдиевна – ГКП «Шымкентская городская инфекционная больница» Управление здравоохранения Южно-Казахстанской области, заместитель главного врача по лечебной работе. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 6) Елубаева Алтынай Мукашевна – кандидат медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана» доцент кафедры неврологии с курсами наркологии и психиатрии.
- 7) Катарбаев Адыл Каирбекович – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» заведующий кафедрой детских инфекционных болезней. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 8) Жумагалиева Галина Даутовна – кандидат медицинских наук, доцент РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный университет им. Марата Оспанова», руководитель курса детских инфекций. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».
- 9) Бочарникова Наталья Ивановна – КГКП «Павлодарская областная инфекционная больница» Управления здравоохранения Павлодарской области, заведующая отделением. Член Республиканского общественного объединения «Общество врачей инфекционистов».

10) Ихамбаева Айнур Ныгымановна – АО «Национальный научный центр нейрохирургии» клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Список рецензентов: Кошерава Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2002.274-283 с.
- 2) Симованьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах – Ростов н/Д, 2002. 393-413 с
- 3) Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Ю.В. Лобзин, В.В. Полипенко, Ю.Н. Громыко// СПб, 2001. – 128 с.
- 4) 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.
- 5) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2007 года № 264 «О совершенствовании эпидемиологического надзора за заболеваемостью корью, краснухой, врожденной краснушной инфекцией и эпидемическим паротитом».
- 6) Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям- 2015. 133-179 с.
- 7) В.Н. Тимченко, Л.В. Быстрыкова. Инфекционные болезни у детей, Санкт-Петербург, 2001г., 92-102 с.
- 8) В.Ф. Учайкин, Н.Н. Нисевич, О.В. Шамшева. Инфекционные болезни у детей. Москва, 2011г., 688с.
- 9) Л.Г. Кузьменко, Детские инфекционные болезни, Москва, 2009г. 528с.
- 10) В.М. Семенов. Руководство по инфекционным болезням, Москва, 2008г, 744с.
- 11) Клинические рекомендации оказания медицинской помощи детям, больным эпидемическим паротитом/ Общественная организация «Евразийское общество по инфекционным болезням», председатель Ю.В. Лобзин, 2015.
- 12) А.П. Казанцев, Т.М. Зубик. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней, Москва, 1999 г., 482с.
- 13) Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения,

подлежащих плановым прививкам. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295.

14) Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика. /Под ред. А.П. Агафонова. - Новосибирск: ЗАО «Медико-биологический союз», 2007. -82 с.