

Приложение 5
к приказу МЗ КР №1023
от “23” августа 2022 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
по диагностике и лечению паротитной инфекции
(для всех уровней организаций здравоохранения)

БИШКЕК – 2022

Оглавление

Ключевые слова.....	3
Список сокращений	3
1. Краткая информация	4
1.1. Определение.....	4
1.2. Этиология и патогенез.....	4
1.3. Эпидемиология.....	5
1.4. Кодирование по МКБ-10.....	7
1.5. Классификация.....	7
1.6. Клиническая картина.....	9
2. Диагностика.....	9
2.1. Жалобы и осмотр.....	9
2.2. Лабораторная диагностика.....	15
2.3. Инструментальная диагностика.....	15
3. Лечение	16
3.1. Консервативное лечение.....	16
3.2. Хирургическое лечение.....	18
4. Реабилитация.....	18
5. Профилактика.....	18
6. Организация медицинской помощи.....	22
Список литературы.....	23
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	28
Приложение Б. Алгоритм действия врача.....	31
Приложение В. Информация для пациента.....	34

Ключевые слова:

паротитная инфекция, эпидемический паротит, эпидемиология, этиология, патогенез, вакциноуправляемая инфекция, заболеваемость, смертность, вакцинация, вакцинопрофилактика, диагностика, лечение, терапия, реабилитация, профилактика.

Список использованных сокращений

АДС-М	Адсорбированный анатоксин	дифтерийно-столбнячный
АКДС	Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина	
БЦЖ	Бацилла Кальметта-Герена	
ВГВ	Вакцина против Гепатита В	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия	
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации.	
КПК	Вакцина против кори, паротита и краснухи	
МЕ	Международная единица	
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики	
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра	
ПКВ	Пневмококковая вакцина	
Пента	Комбинированная многокомпонентная вакцина состоящая из 5 антигенов (Коклюш, Дифтерия, Столбняк, Гепатит В, гемофильная инфекция)	
ОПВ	Оральная вакцина против полиомиелита	
ОЦСМ	Объединенный центр семейной медицины	
ИПВ	Инактивированная вакцина против полиомиелита	
РВ	Ротавирусная инфекция	
РЦИ	Республиканский центр иммунопрофилактики	
СР	Сила рекомендаций	
ЭКГ	Электрокардиография	
ЭЭГ	Электроэнцефалография	
IVIГ	Внутривенный иммуноглобулин	
TIG	Противостолбнячный иммуноглобулин	

1. Краткая информация

1.1. Определение

Паротитная инфекция (эпидемический паротит, свинка, заушница) – острое вирусное заболевание, характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, преимущественным увеличением одной или нескольких слюнных околоушных и нередко поражением других железистых органов, а также центральной нервной системы [1].

1.2. Этиология и патогенез [2]

Этиологией 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). 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).

1.3. Эпидемиология

Восприимчивость к паротитной инфекции среди детей составляет около 85%. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется от 300000 до 600000 случаев заболевания эпидемическим паротитом. В большинстве стран мира в последние годы заболеваемость эпидемическим паротитом находится на уровне от 100 до 1000 на 100000 населения с эпидемическими пиками каждые 2-5 лет. Максимальное число заболевших приходится на возраст 5-9 лет.

В связи с широким применением активной иммунизации, которая проводится согласно утвержденного национального календаря профилактических прививок, заболеваемость среди детей от 1 года до 10 лет снизилась. Паротитная вакцина вводится в комбинации с вакцинами против кори и краснухи (КПК), которую рекомендуется вводить двумя дозами.

В последние годы, отмечается эпидемиологический сдвиг заболеваемости в сторону старших возрастных групп (подростки и взрослые), потенциально приводя к более высокому уровню тяжелых форм болезни и осложнений. Смещение заболеваемости эпидемическим паротитом в сторону старшего и подросткового возраста может указывать на снижение напряженности иммунитета после ревакцинации в возрасте 6 лет, что требует обсуждения вопроса о необходимости проведения второй плановой ревакцинации против эпидемического паротита в возрасте 15—17 лет.

Источником инфекции 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. Эпидемический паротит – типичная антропонозная инфекция, болеет только человек. 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

Код	Наименование
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

Клиническая классификация паротитной инфекции (Н.И. Нисевич, 1973г.)

Тип	Тяжесть	Течение
Типичные формы: 1. Железистая - изолированное поражение только железистых органов (паротит, субмаксиллит, панкреатит, орхит и др.) 2. Нервная - изолированное поражение нервной системы (серозный менингит, менингоэнцефалит) 3. Комбинированная форма - поражение железистых органов и ЦНС (серозный менингит + паротит или субмаксиллит + панкреатит + менингоэнцефалит и тд. комбинации). <u>Атипичные формы:</u> 1. Стертая 2. Субклиническая	1. легкая 2. среднетяжелая 3. тяжелая	-гладкое (без осложнений); -осложненное

По тяжести выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы эпидемического паротита.

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 характеризуются 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

Инкубационный период 11-26 дней.

Больной с температурой и с односторонним или двухсторонним увеличением околоушных слюнных желез и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение одной или нескольких слюнных желез (подчелюстной, подъязычной);
- боль в верхней половине живота, тошнота, частая рвота (панкреатит);
- 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, не связанная с приемом пищи, положительные менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского (серозный менингит).

2. Диагностика

2.1. Жалобы и осмотр

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, боль в области уха; сухость во рту
- увеличение одной или обеих околоушных слюнных желез
- боль в эпигастральной области, многократная рвота, тошнота
- боль в области яичка

Анамнез:

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

Эпидемиологические критерии диагностики эпидемического паротита

1. Наличие в окружении больного ребенка 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.

Физикальное обследование

Лихорадка:

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

Поражение околоушных желез (паротит) – наиболее частая локализация патологического процесса, для него характерно:

- Повышение температуры тела
- Боль при открывании рта, жевании и глотании твердой пищи
- Припухлость, расположенная вдоль восходящей ветви нижней челюсти, под мочкой уха и позади ушной раковины. Увеличенная слюнная железа выполняет пространство между сосцевидным отростком и ветвью нижней челюсти.
- Увеличение слюнных желез достигает максимума в течение 3-4 дней и сохраняется обычно 8-11 дней.
- Консистенция припухлости чаще эластически-плотноватая (тестоватая).
- Наибольшая болезненность наблюдается в центре припухлости. При значительной припухлости ушная раковина оттопыривается, а мочка уха приподнимается вверх.

- Положительный симптом Филатова (отечность и болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки)
- Местная температура и цвет кожного покрова в области пораженной железы не изменяются.
- В полости рта выявляются отечность и гиперемия устья выводного (стенозова) протока околоушной слюнной железы - симптом Мурсона (Moursou).
- Саливация снижена, вязкость слюны увеличена, но слюна прозрачная.
- Воспаление контралатеральной слюнной железы обычно появляется через 2-3 суток
- функциональная способность пораженных слюнных желез восстанавливается только к концу 3-4-й недели от начала заболевания.

Поражение подчелюстных желез (субмаксиллит) регистрируется в 10-15% случаев среди заболевших детей. Диагностируется он по наличию:

- в подчелюстной области медиальнее от края нижней челюсти продолговатого округлого образования, умеренно болезненного при пальпации.
- под языком гиперемия и отек устья выводного протока пораженной железы.
- чаще бывает двухсторонним и, как правило, сочетается с поражением околоушных желез.
- иногда выявляется выраженный отек клетчатки, распространяющийся на область шеи и даже грудной клетки.

Поражение подъязычных слюнных желез (сублингвит) встречается редко – не более 5% случаев и всегда в сочетании с паротитом или субмаксиллитом. Припухлость и болезненность при этом обнаруживается в подбородочной области и под языком, отечность может распространяться на верхнюю часть шеи.

При выраженном увеличении подчелюстных и подъязычных слюнных желез возможно развитие отека глотки, гортани, языка.

Течение неосложненных форм эпидемического паротита гладкое; выздоровление, как правило, полное, и ближайшие исходы благоприятные.

Панкреатит (частота 20-40%) **чаще** возникает на 4-6-й день болезни, иногда одновременно или предшествуя поражению слюнных желез. В очень редких случаях панкреатит может быть единственной локализацией эпидемического паротита. У детей панкреатит обычно протекает в легкой или стертой форме и проявляется клинически:

- повышение температуры тела;

- тошнота, рвота;
 - анорексия
 - болью в верхней половине живота, иррадиирующие в спину, правое подреберье, иногда опоясывающего характера;
 - при пальпации живота отмечаются болезненность, положительные симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского.
 - запоры у старших детей, жирный стул у детей раннего возраста
- Течение панкреатита у детей относительно благоприятное: возможно хронизация процесса.

Панкреопатия, в отличие от панкреатита, характеризуется:

- отсутствием болевого синдрома и других его клинических проявлений.
- уровнем амилазы крови и мочи сохраняется на высоких цифрах даже после нормализации размеров слюнных желез и имеют тенденцию к нарастанию.

Орхит (поражение половых желез) наиболее часто встречается среди мужчин молодого возраста (16-66%), реже – у мальчиков пре- и пубертатного возраста.

- Чаще развивается на 6-8-й день болезни, реже – в более поздние сроки;
- новый подъемом температуры тела, озноб, головная боль, рвота
- боли в области пораженного яичка, иррадиирующие в пах, бедренную область, усиливаются при движении,
- пальпация яичка резко болезненна.
- яичко увеличивается в размерах в 2-3, реже в 4 раза, уплотняется.
- увеличение яичка держится на максимальном уровне 3-5 дней, а затем постепенно уменьшается и полностью исчезает через 7-12 дней.
- мошонка растягивается, становится отечной, кожа гиперемирована
- поражение носит преимущественно односторонний характер.
- чаще поражается левое яичко, что, возможно, связано с особенностями кровоснабжения тестикул.
- ближайшие исходы благоприятные, хотя в острой фазе болезни отмечаются выраженные нарушения андрогенеза. Признаки атрофии органа наблюдаются через 1-2 мес.

Простатит (поражение предстательной железы) может наблюдаться у детей старшего школьного возраста и взрослых. В этом случае отмечаются:

- неприятные ощущения, боли в промежности и в области заднего прохода.
- пальцевое обследование прямой кишки выявляет опухоль предстательной железы.

Оофорит (5%) проявляется:

- высокой лихорадкой и выраженными симптомами интоксикации
- резкой болезненностью в подвздошной области,
- быстрая обратная динамика (в течение 5-7 дней).
- ближайшие исходы благоприятные.

Поражение ЦНС

Серозный менингит

В структуре всех поражений ЦНС доминирует **серозный менингит**, удельный вес которого достигает 80% и более; значительно реже развиваются энцефалит и изолированное поражение черепных нервов. Серозный менингит чаще развивается на 6—8-й день от момента поражения слюнных желез (реже – одновременно с увеличением слюнных желез или позже 10-го дня). При этом на фоне угасающей симптоматики паротита наблюдаются:

- внезапное ухудшение общего состояния;
- новое повышение температуры тела до 38-40°C, общее недомогание
- общемозговые симптомы (головная боль; повторная рвота, судороги, гиперестезия, нарушение сознания)
- менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского и Кернига; Менингеальные симптомы проявляются с первых часов заболевания и выражены умеренно.
- в редких случаях симптомы серозного менингита опережают поражение слюнных желез.
- клинические проявления менингита редуцируют значительно раньше (к 8-10-му дню болезни),
- санация ликвора наступает в течение месяца (от 14 до 21-25 дней)

Менингоэнцефалит встречается значительно реже (2-4%) и развивается чаще у детей до 6 лет, проявляясь общемозговыми симптомами, признаками очагового поражения головного мозга и вовлечения в процесс черепных нервов. Ведущими симптомами являются:

- сильная головная боль,
- гиперестезия,
- рвота (нередко многократная),
- заторможенность,
- сонливость,
- нарушение сознания или психомоторное возбуждение, галлюцинации,
- судорожный синдром.
- поражение ЧМН

Синдром менингизма возникает только в первые 5 дней от начала эпидемического паротита и проявляется:

- умеренно выраженной менингеальной симптоматикой,
- кратковременной лихорадкой,
- головной болью,
- тошнотой, рвотой.
- все клинические проявления (интоксикационный, оболочечный синдромы) исчезают в течение 3-4 дней.

Атипичный вариант паротитного менингита (асимптомный плеоцитоз) отличается от типичного варианта:

- более поздним началом (на 8-15й день болезни),
- скудностью клинической симптоматики, когда менингеальные симптомы либо кратковременны и сомнительны, либо полностью отсутствуют.
- явления интоксикации выражены незначительно.
- в цереброспинальной жидкости небольшой лимфоцитарный плеоцитоз.

Диагностика этой клинической формы паротитного менингита существенно затруднена, и нередко она остается нераспознанной.

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.

Другие осложнения (маститы, бартолиниты, тиреоидиты, нефриты, миокардиты) наблюдаются редко.

Стертая форма характеризуется слабо выраженными симптомами болезни. Дети не предъявляют жалоб, температура тела нормальная или субфебрильная. Появляется небольшая припухлость околоушной железы, которая иногда остается незамеченной. Процесс чаще ограничивается поражением слюнных желез; клинические проявления со стороны других органов выражены минимально или отсутствуют.

Субклинические формы болезни: не имеют клинических проявлений. Диагностика их основывается, на результатах серологических реакций. В крови повышается титр специфических антител класса Jg M. Выявляются субклинические (или бессимптомные) формы болезни в детских коллективах, где регистрируются вспышки паротитной инфекции. Доля субклинических форм от 20-40%.

Критерии тяжести эпидемического паротита:

- выраженность симптомов интоксикации (лихорадки);
- выраженность поражения железистых органов и нервной системы.
- Развитие осложнений

Легкая форма	Среднетяжелая форма	Тяжелая форма
<ul style="list-style-type: none"> • симптомы интоксикации отсутствуют или слабо выражены (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, незначительная слабость, недомогание, головная боль) • одно-двустороннее поражение околоушных слюнных желез. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • симптомы выраженной интоксикации: температура тела выше 39°C, 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. • Наличие осложнений

Характер течения: гладкое и осложненное.

Осложнения паротитной инфекции:

Клинические формы болезни	Осложнения
паротит	Присоединение вторичной бактериальной инфекции, развитие гнойного паротита
сублингвит	При выраженном увеличении подчелюстных и подъязычных слюнных желез возможно развитие отека глотки, гортани, языка.
субмаксиллит	Отек подкожной клетчатки шеи.
панкреатит	Сахарный диабет, хронический панкреатит, ожирение.
орхит	атрофия яичек, бесплодие, опухоли тестикул, хронический орхит, гипогонадизм импотенция; гинекомастия.
оофорит	бесплодие, ранняя менопауза (преждевременная яичниковая недостаточность), карциномы яичника, атрофии яичников, нарушений менструального цикла, ювенильные маточные кровотечения.
Поражение ЦНС (менингит, менингоэнцефалит)	гипертензионный синдром (10-15%), астеновегетативный синдром, церебростения (70,0%), неврозы, эпилепсия, глухота при мононевритах (преимущественно поражения VII и VIII пары ЧМН)

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

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
- ✓ выявление РНК вируса паротита методом ПЦР из образца цельной крови; или слюны; или мочи
- ✓ 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 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, где была вспышка паротитной инфекции.
- Лабораторно подтвержденный случай эпидемического паротита необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2.2. Лабораторная диагностика

Показания к применению различных лабораторных исследований

В соответствии с рекомендациями ВОЗ диагноз эпидемического паротита должен быть подтвержден лабораторно, т.к. в последнее время участились стертые и атипичные формы болезни (25-40% всех заболевших).

- Больные с клиническим диагнозом паротитная инфекция;
- контактные из очагов при подозрении на заболевание, включая атипичные и стертые формы;
- пациенты с диагнозом серозный менингит, орхит, панкреатит предположительно паротитной этиологии;
- лица, недавно привитые против эпидемического паротита (от 10 до 42 дней) с диагнозом серозного менингита;
- пациенты с другими инфекционными заболеваниями, хирургической и соматической патологией, имеющей сходные клинические проявления.

Лабораторные исследования:

Анализ	Результаты
ОАК	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. АТ IgM к вирусу ЭП обнаруживаются с 4 по 28 день от момента появления клинических симптомов. Оптимальным сроком взятия крови являются 4-7 дни от начала заболевания (не ранее). Если взять кровь в эти дни не представляется возможным, для подтверждения диагноза у реконвалесцента можно исследовать сыворотку от 3 до 28-го дня после появления клинических проявлений. У ранее привитых IgM не обнаруживаются в 50-60% случаев. АТ IgG , (определение avidности) для дифференцировки острой инфекции от инфекции, перенесенной ранее. Секвенирование (анализ последовательностей нуклеотидов) используют для определения вакцинных штаммов, оценки циркуляции и изменчивости вируса, выявления завозных случаев, подтверждения прекращения трансмиссии вируса на территории. 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 серологическом обследовании диагностическим считается титр 1:80 и более.
Молекулярно-генетический метод:	ПЦР – выявление РНК вируса паротита из образца цельной крови или слюны, или мочи.
Исследование СМЖ: при менингите и менингоэнцефалите	<i>цвет</i> – бесцветный; <i>прозрачность</i> – прозрачная или слегка опалесцирующая; <i>давление</i> – жидкость вытекает струей или частыми каплями, давление достигает 300-500 мм вод. ст.; <i>плеоцитоз</i> - умеренный (до 500-1000 клеток в 1 мкл) лимфоцитарного характера (лимфоцитов 96-98%) повышение белка до 0,3-0,9 г/л (при развитии менингоэнцефалита показатели выше); <i>уровень глюкозы</i> не изменен, либо незначительно повышен; <i>уровень хлоридов</i> не изменен. <i>Реакция Нона-Апельта</i> + или ++

2.3. Инструментальная диагностика [7]

Инструментальные исследования (по показаниям):

Методы исследования	Показания
Спинномозговая пункция	При появлении подозрений на развитие менингита, менингоэнцефалита
УЗИ органов брюшной полости	Для уточнения степени поражения, размеров и структуры поджелудочной железы
УЗИ слюнных желез	Для уточнения степени поражения желез
УЗИ органов мошонки, малого таза	Для уточнения степени поражения органов репродуктивной системы

Электрэнцефалография (ЭЭГ)	При наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии
Нейросонография	При наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии

Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза заболевания записывают сам диагноз, указывают степень тяжести, характер течения. При обосновании диагноза следует указать данные: - эпидемиологические (контакт с больным паротитной инфекцией), - клинические (выраженный интоксикационный синдром, наличие припухлости околоушных, подчелюстных, подъязычных слюнных желез, припухлость яичко, боль в области живота, тошнота, рвота, общемозговых и менингеальных знаков). - лабораторные (лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ; выявление IgM вируса паротита, АТ IgG, при определении авидности которых можно дифференцировать острую инфекцию от инфекции, перенесенной ранее. ПЦР диагностика, (выделение вируса в различных биологических жидкостях). При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой: - Осложнение: - Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

- Паротитная инфекция типичная железистая форма (двухсторонний паротит) средней тяжести, неосложненное течение
- Паротитная инфекция типичная, комбинированная форма (двухсторонний паротит + субмаксиллит + серозный менингит), тяжелой степени тяжести. Сопутствующее заболевание: ОРВИ средней тяжести.

При эпидемическом паротите дифференциальную диагностику следует проводить в зависимости от того, какие системы и органы оказываются пораженными (см. таблицу ниже).

Дифференциальный диагноз

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Гнойный паротит	Острое начало, выраженные симптомы интоксикации, лихорадка, припухлость в околоушной области.	Консультация хирурга	Лихорадка выше 39 ⁰ С. Припухлость 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, высокое СОЭ.
Инфекционный мононуклеоз	Острое начало, лихорадка, симптомы интоксикации, припухлость в околоушной, подчелюстной областях.	Консультация инфекциониста	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 лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары от 10 до 50% (со 2-3 недели болезни), ИФА, ПЦР).
Лимфогранулематоз	Припухлость в 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. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофилезом, выраженный моноцитоз, ускоренная СОЭ. Окончательный диагноз подтверждается результатами биопсии лимфатического узла. Заболевание характеризуется длительным прогрессирующим течением.
Слюннокаменная болезнь	Припухлость в околоушной области	Консультация хирурга	Отсутствие лихорадки и интоксикации. Рецидивирующее течение. Одностороннее поражение, припухлость то увеличивается, то уменьшается, «слюнная колика» усиливается при приеме пищи. Поражения других органов и изменений в ОАК нет. Результаты сиалографии.
Подчелюстной лимфаденит	Интоксикация, лихорадка, припухлость в подчелюстной области	Консультация хирурга	Выраженная интоксикация, лихорадка, лимфатические узлы представляются в виде округлых, плотных, значительно болезненных образований., флюктация, гиперемия, отек. Поражение одностороннее. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, высокое СОЭ. УЗИ лимфоузла.

Токсическая форма дифтерии зева	Интоксикация, лихорадка, припухлость в подчелюстной области и обл. шеи	Консультация инфекциониста	Отек подкожно жировой клетчатки шеи при токсической форме дифтерии зева безболезненный, желеобразной консистенции, кожа над отеком не изменена. Ретромандибулярная ямка остается свободной, отек мягкого неба, небных миндалин, язычка, распространенные фибриновые налеты. Положительный бактериологический посев (мазок) из ротоглотки на VL.
Флегмона дна полости рта (ангина Людвига).	Интоксикация, лихорадка, припухлость в подбородочной области	Консультация челюстно-лицевого хирурга	Характерна боль в горле, усиливающаяся при глотании, слабость, недомогание, температура преимущественно фебрильная. В подбородочной области появляется инфильтрат, распространяющийся на переднюю поверхность шеи. Кожа над инфильтратом инфильтрирована. Открывание рта резко затруднено, язык приподнят, запах гнилостный, глотание почти невозможно. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована и отечна, обычно с одной стороны, язык смещен. Мягкие ткани дна полости рта уплотнены. Общее состояние крайне тяжелое. Высока смертность в связи с распространением инфекции по межфасциальным щелям в средостение и полость черепа.
Гнойное поражение поджелудочной железы (панкреатит)	Интоксикация, лихорадка, боль в области живота	Консультация хирурга	Резкие боли в животе, симптомы раздражения брюшины, более выраженный интоксикационный синдром. В периферической крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, значительно повышенная СОЭ.
Синдром Микулича	Припухлость в околоушной области	Консультация хирурга	Начало заболевания постепенное с хронизацией процесса. Повышение температуры тела, отсутствие интоксикации. Увеличение слюнных желез двухстороннее, бугристое, малоболезненное. Поражение других органов: увеличение лимфатических желез, печени, селезенки, птоз. В ОАК тромбоцитопения, анемия.
Энтеровирусный менингит	Интоксикация, общемозговые и менингеальные знаки	Консультация инфекциониста	Регистрируется в летнее время. Наличие двухволновой лихорадки, инъекции сосудов склер, пятнисто-папулезной экзантемы, миалгии. Изменения цереброспинальной жидкости - более низкие значения лейкоцитоза – от 50 до 500·10 ⁶ /л и более быстрая нормализация клеточного состава цереброспинальной жидкости. РСК, РТГА, ИФА, ПЦР.

3. Лечение [1, 2, 7-9]

3.1. Консервативное лечение

Методы немедикаментозного лечения:

Режим постельный 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.

Диета должна соответствовать возрасту ребенка и содержать все необходимые ингредиенты. Питание ребенка определяется его возрастом, выраженностью местных изменений и возможным возникновением панкреатита. 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. Для профилактики панкреатита следует избегать переедания, уменьшить потребление белого хлеба, макарон, капусты и жиров.

При панкреатите назначают голод 1-2 дня, затем диету с ограничением жиров и углеводов. В целях профилактики хронизации процесса и развития сахарного диабета 1-го типа рекомендуется на протяжении 6-12 мес. соблюдение диеты с исключением жареной, жирной копченой, острой и соленой пищи.

При паротите больного следует кормить теплой, жидкой или полужидкой пищей, если обычная вызывает болезненность при жевании;

✓ сухое тепло на область слюнных желез до исчезновения опухоли.

Компрессы противопоказаны;

✓ примочки с холодной водой или пузырь со льдом на область поджелудочной железы в первые 2-3 дня;

✓ В первые 2-4 дня орхита показано применение холода (примочки с холодной водой или пузырь со льдом), позже используют тепловые процедуры (сухая теплая ватная повязка на область тестикул).

✓ суспензорий (поддерживающая повязка) на область яичек;

✓ гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта.

Полоскать рот после еды кипяченой водой или раствором фурациллина (1:5000) 4-6 раз в сутки.

Медикаментозное лечение

Специфической противовирусной терапии для лечения паротита не существует.

Симптоматическая терапия

При повышении температуры тела $38,5^{\circ}\text{C}$ и выше, (если в анамнезе были судороги при $t\ 37,5^{\circ}\text{C}$ и выше) показано назначение жаропонижающих препаратов (парацетамол): разовая доза 15 мг/кг

массы (суточная - 60 мг/кг/сут) перорально или ректально (в свечах) с интервалом не менее 6 часов.

Интервал между повторным введением препарата должен составлять не менее 6 часов.

Или

ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот

Патогенетическая терапия

➤ Обильное питье (кипяченая вода, чай, минеральная вода, соки, компоты).

➤ При тяжелых формах болезни: раствор Рингера, раствор натрия хлорида 0,9%. 10-15 мл/кг

При панкреатите:

➤ для устранения болевого синдрома применяются: спазмолитики – **папаверин** в дозе 6 мг/кг/день; **дротаверин (но-шпа)** в дозе от 6 до 12 лет-по 1 табл. на один прием 1–2 раза в день. Максимальная суточная доза-2 табл. (что соответствует 80 мг); Старше 12 лет - по 1 табл. на один прием 1 - 4 раза в день или по 2 табл. на один прием 1 - 2 раза в день. Максимальная суточная доза - 4 табл. (что соответствует 160 мг).

➤ с целью десенсибилизирующей терапии **хлоропирамин** 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней

➤ Парентеральное введение натрия хлорида 0,9%, с обязательным добавлением в инфузию ингибиторов ферментов – **трасилола (контрикала)** в дозе от 10000 до 20000 ЕД 2 раза в сутки до нормализации уровня альфа-амилазы в крови и моче.

➤ Ингибиторы протонной помпы Омепрозол детям 1 мг/кг внутрь или парентерально в течение 7-10 дней

➤ Заместительную ферментную терапию панкреатин 1000 липазы/кг внутрь во время еды 3 раза в день назначают не ранее 10-го дня пищевой разгрузки.

➤ При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии необходима консультация хирурга.

При орхите

Для предупреждения атрофии яичек (и других резидуальных явлений) важным является немедленное (при появлении первых клинических симптомов) назначение преднизолона в дозе 2-3 мг/кг/сут., дексаметазон 0,6 мг/кг в сутки с последующим снижением дозы в течение 7-10 дней;

Нестероидную противовоспалительную терапию ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот

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

При менингите паротитной этиологии

- целесообразно дезинтоксикационная и дегидратационная терапия, включающая в себя люмбальную пункцию, а также медикаментозное средства: фуросемид 3-5 мг/кг/сут в/в, в/м.
- при судорогах диазепам 0,5% - ректально 0,5 мг/кг (0,1 мл/кг) ввести туберкулиновым шприцом в прямую кишку на глубину 4-5 см или 0,5 мг/кг в/в, в/м. Если через 10 минут судороги не прекращаются, введите вторую дозу диазепама ректально (или, если установлена в/в система - внутривенно в дозе 0,05 мл/кг = 0,25 мг/кг). Не вводите больше двух доз диазепама.
- глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон) из расчета 2 мг/кг (внутривенно/внутримышечно);

Выписка реконвалесцентов менингита из стационара допустима только после клинического выздоровления и нормализации клеточного состава ликвора.

Антибактериальные препараты назначаются при развитии бактериальных осложнений в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя: бензилпенициллин натриевая соль в/м и в/в, в дозе детям 50000-100000 ЕД/кг, ампициллин разовая доза 50 мг/кг, суточная доза 200 мг/кг, амоксициллин разовая доза 40 мг/кг с интервалом введения 12 часов, суточная доза 80 мг/кг, цефалоспорины III поколения: цефотаксим 100 мг через каждые 8 часов или цефтриаксон, 80 - 100 мг/кг/сут в/м или в/в (однократно в сутки)

3.2. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение (разрез или пункция белочной оболочки яичка) применяют при тяжелых формах орхита, особенно двухсторонних, при отсутствии эффекта от консервативной терапии [13].

4. Реабилитация [14, 15]

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. 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;

5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Критерии выздоровления:

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие симптомов поражения железистых органов;
- отсутствие симптомов поражения центральной нервной системы;
- нормализация лабораторных показателей.

Прогноз

Ближайший прогноз, как правило, благоприятный.

Отдаленный прогноз: *при панкреатите* – хронический панкреатит (до 13%), сахарный диабет. *При орхите* – бесплодие (азооспермия), атрофия яичек с синдромом первичного гипогонадизма, тестикулярные опухоли; *при менингите* (энцефалите) – церебрастения (до 70%), гипертензионный синдром (10-15%), иногда – нейросенсорная тугоухость вплоть до полной глухоты. Летальные исходы – редкость (при менингоэнцефалитах).

5. Профилактика [16-20]

– Заболевших эпидемическим паротитом детей изолируют из коллектива до исчезновения клинических проявлений (не менее чем на 10 дней).

– Экстренное извещение в СЭС

– Дезинфекция в очагах инфекции не производится.

– Влажная уборка и проветривание помещений

– В очагах эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге. Иммунизации 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.

– В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания, устанавливается карантин на 21 день.

– Пассивная профилактика, заключающаяся во введении иммуноглобулина, малоэффективна.

Специфическая профилактика проводится живой вакциной ККП (подкожное введение в плечо в дозе 0,5 мл) в возрасте 12 месяцев,

ревакцинацию – в 6 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.

Реакции на введение вакцины:

Местные реакции Схожи с реакциями на коревую вакцину. Очень часто развивается покраснение и болезненность в месте введения вакцины.

Общие реакции: Обычно отмечаются на 4-12 день. Возможно припухание слюнных желез, но с несравнимо меньшей частотой и интенсивностью.

Осложнения: В целом повторяют спектр и частоту таковых для коревой вакцины. Характерным именно для паротитной вакцины осложнением может быть кратковременное припухание яичек у мальчиков, проходящее без последствий (в отличие от натуральной свинки); серозный менингоэнцефалит (частота при самой свинке – 1 на 300 случаев), который появляется на 5-30 день и проходящий через несколько суток без каких бы то ни было последствий.

6. Организация медицинской помощи [1]

Медицинская помощь детям больным эпидемическим паротитом оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

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

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при легкой степени тяжести, среднетяжелой без осложнений степени тяжести и возможности изоляции пациента;
- 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 детям предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях. Первичная доврачебная медико-санитарная

помощь детям 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 детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника). Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям 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 детей осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Лечение больных с легкой и среднетяжелой формой паротитной инфекции без осложнений осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях.

Осложненные формы требуют лечения в условиях стационара!!!

Показания к госпитализации:

- Развитие тяжелой формы (с поражением ЦНС и половых органов)
- Наличие факторов риска в течении болезни:
 - ранний возраст ребенка;
 - пороки развития сердца, органов слуха и зрения;
 - энцефалопатия;
 - тяжелые аллергические заболевания;
 - иммунодефицитные состояния;
- эпидемические показания:
 - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых;
 - лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах);
 - при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения.

Больных госпитализируют в боксы или маломестные палаты при
условии одновременного заполнения таковых с целью
профилактики суперинфицирования респираторными
вирусными инфекциями.

Список использованной литературы:

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным эпидемическим паротитом. МЗ КР РФ, ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015, 27 с.
2. Детские болезни: учебник / Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. 2009. – 1008 с.: ил.
3. Инфекционные болезни у детей: руководство для врачей / Под ред. В.В. Ивановой. – 2-е изд., перераб. и доп. 2009. – 832 с.: ил.
4. Инфекционные болезни: учебник. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2013. – 688 с.: ил.
5. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина – СПб.: СпецЛит, 2013. – 591 с.
6. Клинический протокол диагностики и лечения эпидемический паротит у детей. Одобрено Объединенной комиссией По качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «16» августа 2016 года Протокол №9.
7. Marshfield Clinic Research Foundation. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2013.– V. 62. – С. 1-34.
8. Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. – 2011.– V. 60. – С. 1-60.
9. Measles, mumps, and rubella immunization in infants, children, and adolescents –. Up To Date. Jan E Drutz, MD. 20.12.2020. <https://www.uptodate.com/>
10. Mumps – Up To Date. Jan Author: Germaine L Defendi, MD, MS, FAAP; Chief Editor: Russell W Steele, MD 17, 2019. <https://reference.medscape.com/article/966678>
11. Mumps – UpToDate Mary A Albrecht, MD 20.12.2020 <https://www.uptodate.com> .
12. Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика / Под ред. А. П. Агафонова. - Новосибирск: ЗАО “Медико-биологический Союз”, 2007. - 82 с.
13. Клинический протокол диагностики и лечения эпидемического паротита у детей МЗ РК – 2016. – 26 с.
14. Стандарты эпиднадзора за управляемыми инфекциями «Эпидемический паротит (последнее обновление 5 сентября 2018)». ВОЗ, 14 с.

15. Эпидемический паротит. /Мосиянц В.Г. Методическая разработка. Ставрополь, 2019, 8 с.
16. Рекомендации ВОЗ и СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита»
17. The immunological basis for immunization series: module 16: mumps / by Huong Q Mclean, Carole J Hickman and Jane F Seward. IV. World Health Organization. V. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). VI. Series. 2010. – 33 с.
18. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Р.Х. Бегайдарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 140 с. – э-ресурс: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431139.html>
19. Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) - <https://vaers.hhs.gov/index>
20. Клинический протокол по побочным проявлениям после иммунизации (ППИИ) для специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Кыргызской Республике, 2017-2018 гг.

Состав рабочей группы

- Шукурова В.К. - к.м.н., заведующая кафедрой детских болезней КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова, руководитель группы;
- Ишенанысова Г.С.- директор РЦИ МЗ КР;
- Джолбунова З.К. – д.м.н, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Кадырова Р.М. - д.м.н., профессор, кафедра детских инфекционных болезней КГМА им.И.К. Ахунбаева;
- Чечетова С.В. – к.м.н, доцент кафедры детских инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Ырысова М.Б. - к.м.н., доцент кафедры общей и клинической эпидемиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева;
- Искакова Д.Т. - заместитель директора по ОЗМиД ОЦСМ Первомайского района г. Бишкек;
- Жумагулова Г.Ж. - заместитель директора РЦИ МЗ КР;
- Малышева М.А. - врач эпидемиолог РЦИ МЗ КР.

Адреса для переписки с рабочей группой:

720040, Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Фрунзе, 535
Республиканский центр иммунопрофилактики
тел: (996-312) 32 30 11

Конфликт интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического протокола все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями.

Данное клиническое руководство рассмотрено и рекомендовано:
на заседании.

Рецензенты:

1. ФИО
2. ФИО

Все поправки, к представленным рекомендациям, будут опубликованы в соответствующих журналах. Любые комментарии и пожелания по содержанию руководства приветствуются.

Мониторинг внедрения клинического руководства (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений осуществляет ЦРЗиМТ. Обновление версии руководства осуществляется по мере необходимости, по мере появления новых ключевых доказательств по диагностике и лечению столбняка, но не реже 1 раза в 5 лет.

Методология разработки клинических рекомендаций

Цель разработки данного клинического руководства

Представить обновленные и объективно обоснованные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению паротитной инфекции. При этом в документ включены рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) стандарты эпиднадзора за вакциноуправляемыми инфекциями (2017).

Целевые группы: врачи скорой неотложной помощи, врачи общей практики, терапевты, инфекционисты, невропатологи, анестезиологи, реаниматологи, хирурги, травматологи, организаторы здравоохранения.

Методологическая экспертная поддержка

- Джакубекова А.У. – главный специалист УОМПиЛП МЗ КР, к.м.н., доцент;
- Матоморова А.А. – зав.отделом доказательной медицины и медицинских технологий ЦРЗиМТ при МЗ КР

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных. Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств. Доказательной базой для публикации являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

1++	Высококачественные мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1+	Хорошо выполненные мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском ошибки
1	Мета-анализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском ошибки

2++	Высококачественные систематические обзоры исследований типа случай-контроль или когортных исследований, либо высококачественные исследования типа случай-контроль, либо когортные исследования с очень низким риском ошибки, предвзятости и с высокой вероятностью выявления связи с причиной
2+	Правильно проведенные исследования типа случай-контроль или когортные исследования с низким риском ошибки, предвзятости и с умеренной вероятностью выявления связи с причиной
2	Исследования типа случай-контроль или когортные исследования с высоким риском ошибки, предвзятости и со значительным риском отсутствия связи с причиной
3	Неаналитические исследования, например, сообщение о случае, серии случаев
4	Мнения экспертов

Критерии оценки диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных медицинских технологий

При включении в клиническое руководство медицинских технологий разработчики в соответствующих разделах протокола должны учитывать показатели, характеризующие:

для методов диагностики:

чувствительность метода — частоту положительных результатов диагностики при наличии заболевания;

- специфичность метода — частоту отрицательных результатов диагностики при отсутствии заболевания;

- прогностическую ценность метода — вероятность наличия заболевания при положительном результате и вероятность отсутствия при отрицательном результате диагностики;

- отношение правдоподобия

- отношение вероятности события при наличии некоего условия к вероятности события без этого условия (например, отношение частоты симптома при наличии болезни к частоте симптома в отсутствие болезни):

для методов профилактики, лечения и реабилитации:

- действенность метода — частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в искусственно созданных экспериментальных условиях;

- эффективность метода — частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в условиях клинической практики.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

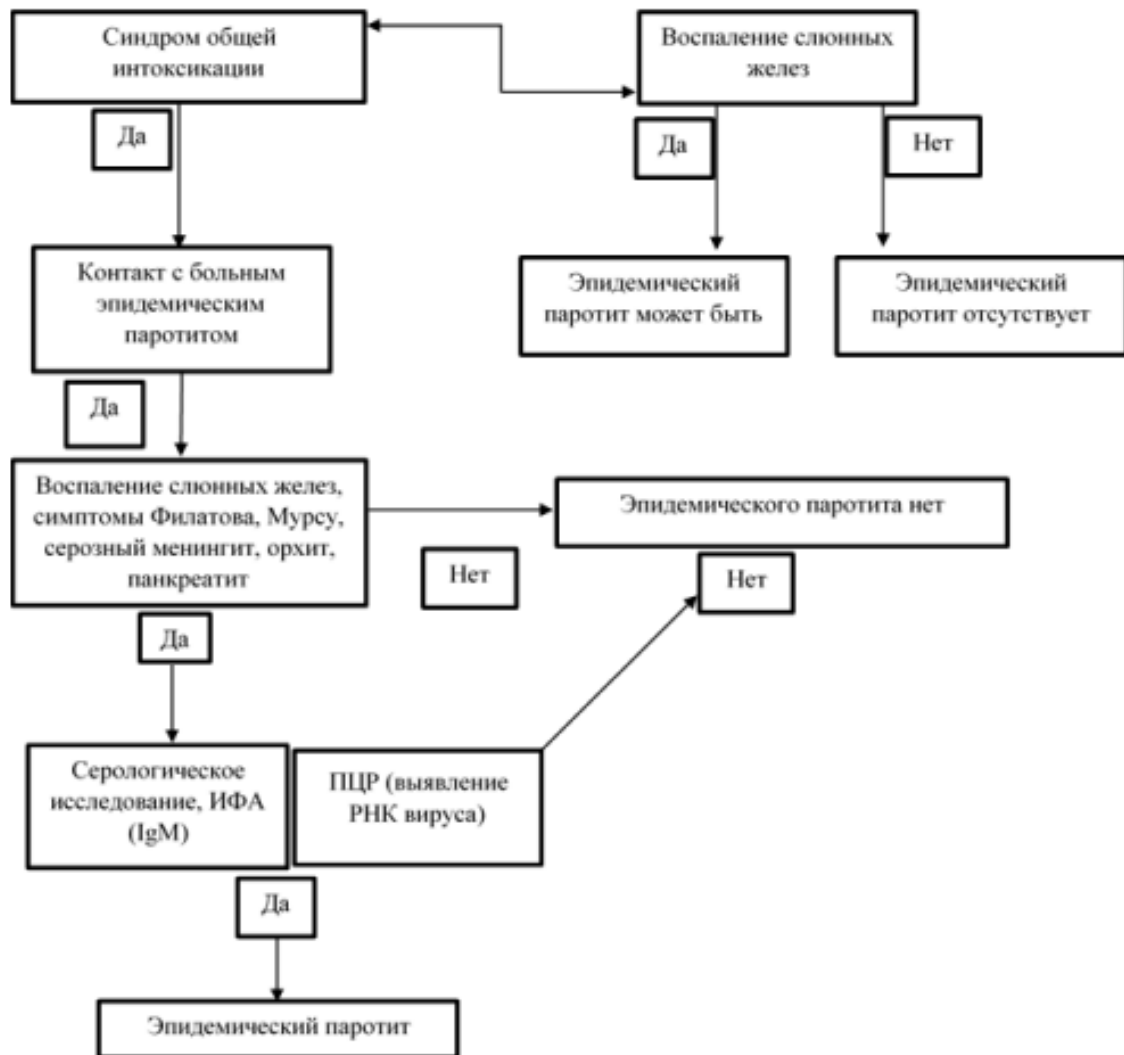
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

Этапы оказания помощи

1-3 уровни здравоохранения

Целевые группы

Медицинские работники всех уровней здравоохранения



Информация для пациента

Профилактика эпидемического паротита

Эпидемический паротит (свинка, заушница) – инфекционное заболевание, традиционно относящееся к числу «детских» инфекций, поскольку возбудитель заболевания способен к быстрому распространению преимущественно среди детского контингента. Однако этот факт не исключает возможность развития заболевания у взрослых. Особенности течения данного заболевания у взрослых тают в себе серьезную опасность из-за возможности поражения, в частности, нервной системы и репродуктивного аппарата мужчин.



Что такое эпидемический паротит?

Эпидемический паротит – острое вирусное заболевание, характерными проявлениями которого являются увеличение одной или нескольких слюнных желез, поражение других железистых органов и центральной нервной системы, лихорадка, общая интоксикация.

Возбудитель данного заболевания – РНК-содержащий вирус. Резервуар и источник инфекции – больной человек. Заражение происходит воздушно-капельным путем, не исключена возможность заражения через предметы обихода, игрушки, инфицированные слюной больного.

Как протекает паротит?

Инкубационный (бессимптомный) период заболевания обычно продолжается от 11 до 21 суток, поэтому и первые симптомы вирусной инфекции могут появиться через десять дней после заражения, а то и через две недели.

Продромальный (начальный) период характеризуется разбитостью, недомоганием, болями в мышцах, головной болью, ознобом. Как правило отмечаются нарушения сна и аппетита, которые длятся не более 1 суток.

Период развернутых клинических проявлений (разгара) длится 7-9 суток и выражается в болезненном увеличении одной или нескольких околоушных слюнных желез (одностороннем или двустороннем), боли в