

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

_____ Ю.В.ЛОБЗИН

_____ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

_____ Ю.В. ЛОБЗИН

_____ 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ

Организации-разработчики:

ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,

Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,

*Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и
Ленинградской области» (АВИСПО)*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ

Предисловие

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждено на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г.
Введен впервые:	2015

Код протокола

91500.	11.	В 26 В 26.0 В 26.1 В 26.2 В 26.3 В 26.8 В 26.9	01	-	2015	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
В 26 В 26.0 В 26.1 В 26.2 В 26.3 В 26.8 В 26.9	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от А00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2015	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

Содержание

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
 - 4.1. Определения и понятия
 - 4.2 Этиология и патогенез
 - 4.3 Клиническая картина и классификация
 - 4.4 Общие подходы к диагностике
 - 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
 - 4.6 Эпидемиологическая диагностика
 - 4.7 Лабораторная диагностика
 - 4.8 Инструментальная диагностика
 - 4.9 Специальная диагностика
 - 4.10 Обоснование и формулировка диагноза
 - 4.11 Лечение
 - 4.12 Реабилитация
 - 4.13 Диспансерное наблюдение
 - 4.14 Общие подходы к профилактике
 - 4.15 Организация оказания медицинской помощи больным
5. Мониторинг протокола ведения больных
6. Экспертиза проекта протокола ведения больных
7. Приложение
8. Библиография

Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным эпидемическим паротитом разработан

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Бабаченко Ирина Владимировна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Ведущий научный сотрудник, руководитель отдела респираторных (капельных) инфекций, доктор медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87
Ибрагимова Олеся Мунировна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Младший научный сотрудник отдела респираторных (капельных) инфекций, кандидат медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным эпидемическим паротитом предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012г. № 521н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями”, зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный № 24867;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.06.2001 г. № 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям";

Приказ Минздрава РФ от 09.11.2012 № 779н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при серозном менингите средней степени тяжести» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.01.2013 № 26664);

Приказ Минздрава РФ от 24.12.2012 № 1536н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при вирусном энцефалите, миелите» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.03.2013 № 27861);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 830н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при эпидемическом паротите легкой степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.01.2013 № 26562);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 832н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при эпидемическом паротите тяжелой степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.03.2013 № 27689);

Постановление Главного государственного врача Российской Федерации от 16.12.2013 г. № 65 «Об утверждении СП 3.1./3.2.3146-13». Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.04.2014 № 32001;

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24.11.2011 № 22379.

3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности,

	способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	Критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определения, независимо от метода, который для этого применялся.
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую,

	исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
РНК	Рибонуклеиновая кислота
ИФА	Иммуноферментный анализ
РСК	Реакция связывания комплемента
РТГА	Реакция торможения геагглютинации
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПМУ	Простая медицинская услуга
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги"
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного

	хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным краснухой разработан для решения следующих задач:

- △ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- △ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных краснухой;
- △ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным детям с краснухой;
- △ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- △ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- △ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- △ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- △ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- △ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего Протокола — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- △ Консенсус экспертов;
- △ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок

1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- ▲ Обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)

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++

D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+
----------	--

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

Метод валидации рекомендаций:

- ▲ внешняя экспертная оценка;
- ▲ внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», 09-10 октября 2015г., Санкт-Петербург. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте www.niidi.ru, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Ведение протокола:

Ведение клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным эпидемическим паротитом осуществляется ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Система ведения предусматривает взаимодействие лечебных учреждений со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Эпидемический паротит – острое инфекционное заболевание, характеризующееся наличием симптомов интоксикации, лихорадки, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других железистых органов и центральной нервной системы.

Эпидемиология заболевания:

Источником является больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 1-2 дня инкубационного периода и 9 дней от начала болезни. Особенно заразен больной в первые 3-5 суток заболевания. Источником инфекции могут быть больные стертой и бессимптомной формой эпидемического паротита. Механизм передачи – воздушно-капельный, контактно-бытовой. Путь передачи – воздушно-капельный, контактно-бытовой (через загрязненные предметы).

Восприимчивость всеобщая, чаще болеют дети от 1 года до 15 лет. Эпидемический паротит – типичная антропонозная инфекция, болеет только человек. Индекс контагиозности – 70-85%. Лица мужского пола болеют в 1,5 раза чаще, чем женского.

Заболеемость эпидемическим паротитом в Российской Федерации составляет от 0,22 до 1,5 на 100 000 населения, отмечаются единичные эпидемические вспышки. 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.

4.2 Этиология и патогенез

Этиология

Возбудителем является РНК-содержащий вирус, который относится к семейству Paramyxoviridae, роду Paramyxovirus. Для вируса характерна гемагглютинирующая, нейраминидазная, гемолитическая активность.

Вирус неустойчив во внешней среде, чувствителен к воздействию химических и дезинфицирующих средств, погибает при нагревании, высушивании. Вирус устойчив к действию низких температур.

Антигенная структура вируса стабильна. Атенуированный штамм вируса (Ленинград 3) используется в качестве живой вакцины. Содержит антигены, способные вызвать образование нейтрализующих и комплементсвязывающих антител, а также аллерген.

Вирус эпидемического паротита и его РНК можно выделить из биологических жидкостей (кровь, слюна, молоко, ликвор) и тканей (костный мозг, слюнные и поджелудочная железы, тестикулярная ткань).

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).

4.3. Клиническая картина и классификация

4.3.1. Наиболее частые симптомы и синдромы эпидемического паротита

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

Характерные синдромы:

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

Синдром поражения железистых органов.

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

Поражение подчелюстных слюнных желез (субмандибулит) чаще бывает двусторонним, сочетается с поражением околоушных желез, иногда может быть единственным проявлением паротитной инфекции и регистрируется в 10-15% случаев. Железа тестоватой консистенции, несколько болезненная при пальпации, определяется кнутри от края нижней челюсти. Возможен отек подкожной клетчатки шеи.

Поражение подъязычных слюнных желез (сублингвит) встречается в 5% случаев, обычно бывает в сочетании с паротитом или субмандибулитом. Припухлость и болезненность тестоватой консистенции определяются в подбородочной области и под языком. При выраженном увеличении подчелюстных и подъязычных слюнных желез возможно развитие отека глотки, гортани, языка.

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

Поражения половых желез (орхит) развивается остро на 6-8 день болезни, реже в более поздние сроки. Поражение преимущественно одностороннее, чаще поражается правое яичко. Наиболее часто встречается среди мужчин молодого возраста (16-66%). Орхит может предшествовать увеличению околоушных слюнных желез ("первичный" орхит), развиваться одновременно с паротитом ("сопутствующий" орхит) и быть единственным проявлением болезни ("автономный" орхит). Орхит сопровождается повторным подъемом температуры, болью в пораженном яичке, иррадирующей в паховую и бедренную область. Яичко уплотняется, увеличивается в размерах в течение 3-5 дней. Симптомы полностью исчезают через 7-12 дней. Исходы: атрофия яичек, опухоли тестикул, "хронический орхит", гипогонадизм, приапизм, бесплодие, импотенция; гинекомастия. Нарушение сперматогенеза может быть и после эпидемического паротита, протекавшего без клинических симптомов воспаления яичек.

Поражение предстательной железы (простатит) наблюдается, в основном, у подростков и взрослых. Отмечаются неприятные ощущения, боли в области промежности и заднего прохода. Увеличение предстательной железы обнаруживают с помощью пальцевого исследования прямой кишки.

Поражение женских половых желез. Оофорит (5%) отмечается у девочек в период полового созревания и проявляется болезненностью в подвздошной области, высокой температурой тела, наличием интоксикации. Обратная динамика, как правило, быстрая (5-7 дней). Исходы оофоритов чаще благоприятные, однако, оофорит может быть причиной бесплодия, ранней менопаузы (преждевременная яичниковая недостаточность), карциномы яичника, атрофии яичников, нарушений менструального цикла, ювенильных маточных кровотечений.

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы.

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

заболевания и проявляется умеренно выраженной менингеальной симптоматикой.

Менингоэнцефалит встречается редко (2-4%), развивается на 6-10 день заболевания, чаще у детей до 6 лет. В патологический процесс вовлекаются черепные нервы, пирамидная и вестибулярная системы, мозжечок. Состояние больных крайне тяжелое, отмечаются высокая температура тела, сильная головная боль, многократная рвота, вялость, сонливость, нарушение сознания, бред, тонические и клонические судороги, парезы черепных нервов, гемипарезы, мозжечковая атаксия.

Исходы: нарушение общего состояния (повышенная утомляемость, головные боли, плаксивость, агрессивность, ночные страхи, нарушение сна, снижение успеваемости), эпилепсия, глухота, слепота (редко). У 70% реконвалесцентов развивается церебрастения и неврозы, у 10-15% – гипертензионный синдром.

Поражение черепных нервов (мононевриты) встречается редко, преимущественно у детей старшего возраста. Наиболее распространенными являются поражения VII пары по периферическому типу и VIII пары. При поражении слухового нерва отмечается головокружение, нистагм, шум в ушах, снижение слуха вплоть до глухоты.

Миелиты и энцефаломиелиты появляются чаще на 10-12 день болезни и проявляются спастическим нижним парапарезом, недержанием кала и мочи.

Тяжелое поражение нервной системы в виде *полирадикулоневрита* возникает на 5-7 день заболевания. Проявляется дистальными вялыми параличами и парезами в сочетании с корешковым болевым синдромом и выпадением чувствительности по дистально-периферическому типу.

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

4.3.2 Классификация эпидемического паротита

I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

V26.0 Паротитный орхит (N51.1)

V26.1 Паротитный менингит (G02.0)

V26.2 Паротитный энцефалит (G05.1)

V26.3 Паротитный панкреатит (K87.1)

V26.8 Эпидемический паротит с другими осложнениями
артрит (M01.5)
миокардит (I41.1)
нефрит (N08.0)
полиневропатия (G63.0)

V26.9 Эпидемический паротит неосложненный

II. Клиническая классификация эпидемического паротита:

По типу:

1. Типичная:

- неосложненная
- осложненная
- изолированная
- комбинированная

2. Атипичная:

- стертая
- иннапарантная

Типичные формы могут быть неосложненными (поражение только слюнных желез) и осложненными (поражение других органов и систем). Они могут быть изолированными,

когда имеется только паротит (железистая форма) или поражение центральной нервной системы (нервная форма), и комбинированными – сочетанное поражение железистых органов и центральной нервной системы. Атипичная форма протекает без увеличения околоушных слюнных желез – стертая (слабо выраженные симптомы болезни) и бессимптомная (иннапарантная) (диагностируется в очагах инфекции по нарастанию титра специфических антител в динамике исследования).

По тяжести:

1. Легкой степени тяжести
2. Средней степени тяжести
3. Тяжелой степени тяжести

По течению:

1. Гладкое
2. Негладкое:
 - с осложнениями
 - с наслоением вторичной инфекции
 - с обострением хронических заболеваний

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.

4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика эпидемического паротита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

4.5.1 Клинические критерии диагностики эпидемического паротита

Опорно-диагностические признаки эпидемического паротита:

- контакт с больным;
- развитие синдромов лихорадки и интоксикации;
- боль при жевании;
- припухлость в области околоушных слюнных желез;
- положительный симптом Мурсона;
- положительный симптом Филатова;
- повышение активности амилазы крови и мочи;
- полиорганность поражения.

Признак	Характеристика	Сила*
Начало заболевания	Острое	С
Контакт с больным эпидемическим паротитом	Контакт в семье, детском коллективе и др.	А
Лихорадка	Высокая, длительная	С
Синдром интоксикации	Выражен	С
Синдром поражения железистых органов	Проявляется поражением слюнных желез (паротит, субмандибулит, сублингвит), поджелудочной железы (панкреатит), половых желез (орхит, простатит, оофарит). Характерны положительный симптом Мурсона, симптом Филатова	В
Синдром поражения центральной и периферической нервной системы в сочетании с поражением слюнных желез	Проявляется поражением центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, миелиты и энцефаломиелиты), периферической нервной системы (поражение черепных нервов, полирадикулоневриты)	В

Примечание: * – оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.5.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или слабо выражена	Выражена, 4-7 дней	Выражена, длительная. Протекает волнообразно, каждая новая волна связана с появлением очередного осложнения
Выраженность и продолжительность лихорадки	Субфебрильная, длительность 1-2 дня	Фебрильная, длительность 4-7 дней	Высокая, длительность до 2 недель и более. Протекает волнообразно, каждая новая волна связана с появлением

			очередного осложнения
Выраженность местных изменений	Умеренно выражены	Выражены	Ярко выражены
Синдром поражения железистых органов	Поражение слюнных желез	Возможно поражение других железистых органов	Множественные поражения железистых органов
Синдром поражения центральной и периферической нервной системы	Отсутствует	Возможен	Имеется
Осложнения	Отсутствуют	Возможны	Имеются

4.6 Эпидемиологическая диагностика

4.6.1 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.

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Воздушно-капельный	Контакт с больным эпидемическим паротитом	A
Контактно-бытовой	Контакт с инфицированными предметами, игрушками	D

Примечание: * – оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7 Лабораторная диагностика

4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Серологический метод (ИФА, РСК, РТГА)	Пациенты с клиническими симптомами эпидемического паротита для идентификации специфических антител к возбудителю, при контакте с больным эпидемическим паротитом	A
Молекулярно-биологический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами эпидемического паротита для идентификации возбудителя, с атипичными формами заболевания	A
Биохимический метод (определение активности амилазы крови и мочи)	Пациенты с клиническими симптомами эпидемического паротита, признаками поражения поджелудочной железы	B
Гематологический метод	Пациенты с клиническими симптомами эпидемического паротита для уточнения остроты воспалительной реакции и определения степени тяжести заболевания	C

Примечание: * – оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

- *клинический анализ крови* – лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена.
- *биохимический анализ крови* – повышение активности амилазы крови и мочи.
- *серологический метод* – выявление иммуноглобулинов класса М (IgM) к вирусу эпидемического паротита. В реакциях РСК и РТГА исследуют парные сыворотки (первая берется в начале заболевания, вторая – через 2-3 недели). Диагностическим считается нарастание титра в 4 раза и более, при однократном серологическом обследовании диагностическим считается титр 1:80 и более.
- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР) – выявление РНК вируса.

4.7.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики.

У больных эпидемическим паротитом, протекающим в легкой степени тяжести, в общем анализе крови отмечаются лейкопения, лимфоцитоз, нормальные показатели СОЭ. В биохимическом анализе крови, мочи отмечается умеренное повышение активности амилазы. При средней и тяжелой степени тяжести заболевания имеется тенденция к еще большему увеличению активности амилазы, лимфоцитозу и лейкопении.

4.8. Инструментальная диагностика

4.8.1 Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	Сила*
Регистрация электрокардиограмм	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (при тяжелой степени тяжести)	С
УЗИ органов брюшной полости	Для уточнения степени поражения, размеров и структуры поджелудочной железы	В
УЗИ слюнных желез	Для уточнения степени поражения желез	В
УЗИ органов мошонки, малого таза	Для уточнения степени поражения органов репродуктивной системы	В
Рентгенограмма органов грудной клетки	При появлении подозрений на развитие воспалительных изменений в нижних отделах органов дыхания, в том числе на развитие пневмонии	С
Электроэнцефалография (ЭЭГ)	При наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Нейросонография	При наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	С
Спинномозговая пункция	При появлении подозрений на развитие менингита, энцефалита	С

Примечание: * – оценка рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

4.8.2. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики

Отсутствуют.

4.9. Специальная диагностика

4.9.1. Методы специальной диагностики:

- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР).

4.9.2. Критерии специальной диагностики специальными методами:

- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР) – определение РНК вируса.

4.10. Обоснование и формулировка диагноза

При постановке диагноза «Эпидемический паротит» формулируют диагноз и приводят его обоснование. При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические и лабораторные (инструментальные) данные, на основании которых поставлен диагноз.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

Эпидемический паротит, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.

Эпидемический паротит, типичная форма, тяжелой степени тяжести, негладкое течение.

Осложнение – серозный менингит.

Сопутствующее заболевание: грипп, средней степени тяжести.

4.11. Лечение

4.11.1 Общие подходы к лечению эпидемического паротита

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных эпидемическим паротитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение интоксикационного синдрома;
- предупреждение распространения инфекционного процесса;
- предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем;
- предупреждение формирования остаточных явлений

Лечение эпидемического паротита включает:

- мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя;
- мероприятия, направленные на дезинтоксикацию организма;
- мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма;
- мероприятия, направленные на уменьшение выраженности местных проявлений;
- мероприятия, направленные на предупреждение развития осложнений, в том числе и присоединения бактериальной инфекции.

Лечение больных с диагнозом «Эпидемический паротит» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, средней степени и тяжелой степени тяжести – в условиях стационара.

В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Показания к госпитализации:

- наличие модифицирующих факторов риска в течении болезни:
 - ранний возраст ребенка;
 - пороки развития сердца, органов слуха и зрения;
 - энцефалопатия;
 - тяжелые аллергические заболевания;
 - иммунодефицитные состояния;
- тяжелое клиническое течение заболевания;
- 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.

Показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии являются тяжелые формы эпидемического паротита с выраженными неврологическими нарушениями, развитием неотложных состояний (дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, судороги, признаки угнетения сознания).

Режим постельный в течение всего острого периода болезни. Диета должна соответствовать возрасту ребенка и содержать все необходимые ингредиенты. Исключают продукты, оказывающие выраженный сокогонный эффект (соки, сырые овощи). При панкреатите назначают диету с ограничением жиров и углеводов.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

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

4.11.2 Методы лечения

Выбор метода лечения эпидемического паротита зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, и может быть разным с назначением лекарственных препаратов этиотропного, патогенетического и симптоматического действия перорально или парентерально, а также с применением немедикаментозных методов лечения до выполнения реанимационных мероприятий и включает:

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия, включая глюкокортикостероиды;
- средства симптоматической терапии;

- средства иммунотерапии и иммунокоррекции при необходимости.

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;
- примочки с холодной водой или пузырь со льдом на область яичек;
- сухое тепло на область слюнных желез, яичек;
- суспензорий (поддерживающая повязка);
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и необходимости назначения противовирусной и антибактериальной терапии. Местно на область слюнных желез применяют сухое тепло. Компрессы противопоказаны. При паротитных орхитах используют суспензорий (поддерживающая повязка). В первые 2-4 дня показано применение холода (примочки с холодной водой или пузырь со льдом), позже используют тепловые процедуры (сухая теплая ватная повязка). Хирургическое лечение (разрез или пункция белочной оболочки яичка) применяют при тяжелых формах орхита, особенно двухсторонних, при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемых для лечения эпидемического паротита:

Лекарственная группа	Лекарственные препараты	Показания	Уровень* доказательности
Интерфероны (L03AB)	Интерферон альфа	При средней и тяжелой степени тяжести, протекающей с осложнениями	2+
Другие иммуностимуляторы (L03AX)	Анаферон детский	Клинические проявления эпидемического паротита. Применяется с 1 месяца жизни	2+
	Тилорон	При средней и тяжелой степени тяжести, протекающей с осложнениями. Противопоказан детям до 7 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	Амоксициллин+ (клавулановая кислота)	При средней и тяжелой степени тяжести эпидемического паротита, протекающей с бактериальными осложнениями	2+
Макролиды (J01FA)	Азитромицин Кларитромицин	При средней и тяжелой степени тяжести, протекающей с бактериальными осложнениями	2+
Цефалоспорины	Цефотаксим,	При средней и тяжелой	2+

3-го поколения (J01DD)	цефтриаксон	степени тяжести эпидемического паротита, протекающей с бактериальными осложнениями; лекарственной аллергией в анамнезе на другие антибиотики	
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры более 38,0-38,5°C	2+
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры более 38,0-38,5°C	2+
Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С диуретической целью	2+
Аскорбиновая кислота (витамин С) (A11GA)	Аскорбиновая кислота	Антиоксидантное действие, регуляция окислительно-восстановительных процессов	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид Калия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
Местные анестетики (C01BB)	Лидокаин	Обезболивание при манипуляциях	2+
Глюкокортикоиды (H02AB)	Преднизолон Дексаметазон	С противовоспалительной целью при тяжелой степени тяжести, развитии осложнений	2+
Папаверин и его производные (A03AD)	Дротаверин	При болевом синдроме со спазмолитической целью	2+
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (A03FA)	Метоклопрамид	С целью купирования рвоты	2+
Другие витаминные препараты (A11HA)	Пиридоксин	Антиоксидантное действие	2+
(R06AE)	Цетиризин	С противоаллергической целью	2+
Растворы с осмодиуретическим действием (B05BC)	Маннитол	С диуретической целью	2+
Другие	Декстроза	С целью дезинтоксикации	2+

ирригационные растворы (B05CX)			
Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы (N07XX)	Инозин+Никотинамид+Рибофлавин+Янтарная кислота	Антиоксидантное действие	2+
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам	При наличии судорожного синдрома	2+

Примечание: * – оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

4.12 Реабилитация

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.

Применяется основной вариант стандартной диеты в зависимости от возраста, наличия пищевой аллергии. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

4.13 Диспансерное наблюдение

Реконвалесценты эпидемического паротита легкой степени тяжести находятся на диспансерном наблюдении в течение 1 месяца. Обязательное диспансерное наблюдение необходимо при тяжелой или осложненной форме заболевания. Частота осмотров, объем обследования зависят от перенесенного осложнения.

п/п	Частота обязательных контрольных обследований	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
	2	3	4
	врач-невролог, врач-педиатр, врач-инфекционист	2 года	Реконвалесценты нервных форм, осмотр 1 раз в 3 месяца
	врач-эндокринолог, врач-педиатр	2 года	Реконвалесценты панкреатита, осмотр 1 раз в 3 месяца
	врач-эндокринолог, врач-уролог, врач-педиатр	1 год	Реконвалесценты паротитного орхита, осмотр 1 раз в 3 месяца
	врач-нефролог, врач-педиатр	1 год	Реконвалесценты цистита, нефрита, осмотр 1 раз в 3 месяца

4.14 Общие подходы к профилактике

Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, лечение, изоляцию больных в организованных коллективах.

Проводится регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев заболеваний эпидемическим паротитом. О каждом случае заболевания эпидемическим паротитом (подозрении на заболевание) врач лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждений обязан в течение 24 часов направить экстренное извещение в центр госсанэпиднадзора по месту выявления больного. Лечебно-профилактическое учреждение, изменившее или уточнившее диагноз, подает новое экстренное извещение на этого больного и в течение 12 часов отсылает его в центр госсанэпиднадзора по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления и результаты лабораторного исследования. Больные тяжелыми клиническими формами эпидемического паротита (при подозрении на заболевание), а также больные из детских учреждений с постоянным пребыванием детей, общежитий, проживающие в неблагоприятных бытовых условиях должны быть госпитализированы в стационар.

Дезинфекция в очагах инфекции не проводится. Помещение проветривают и проводят влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее 9 дней с начала заболевания. Допуск реконвалесцентов эпидемического паротита в организованные коллективы разрешается после их клинического выздоровления.

Среди контактных разобщению сроком на 21 день подлежат дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом и не привитые (или однократно привитые). В случаях точного установления даты контакта дети изолируются с 11-го по 21 день

инкубационного периода. С 10-го дня контакта проводят систематическое медицинское наблюдение (осмотр, термометрия).

В очагах эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые), с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом, а также лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Специфическую профилактику проводят живой паротитной вакциной в 12 месяцев, ревакцинацию – в 6 лет. Отечественная паротитная вакцина (Л-3) содержит живой ослабленный вирус и выпускается в виде монопрепарата и ассоциированной дивакцины – препарата, содержащего ослабленные вирусы кори и паротита. В России разрешены к применению комбинированные вакцины против эпидемического паротита, кори, краснухи – "MMR", «Приорикс». У лиц, получивших вакцину против эпидемического паротита, вырабатывается противовирусный иммунитет, который защищает от заболевания более чем 80% привитых, а также предотвращает развитие тяжелых форм заболевания и осложнений.

Для обеспечения популяционного иммунитета к эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет – не менее 90%.

4.15 Организация оказания медицинской помощи больным эпидемическим паротитом

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;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) – при осложненной среднетяжелой степени тяжести, на этапе реконвалесценции и реабилитации;
- 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.

5. Мониторинг протокола ведения больных

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

6. Экспертиза проекта протокола ведения больных

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу

предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении А, оформляют окончательную редакцию протокола.

7. Приложение

Приложение А

ФОРМА ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДЛОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ, ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

8. Библиография

1. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. № 22379.
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. 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.
7. 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.