

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ВЗРОСЛЫХ**

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешова, Шолпанбай у. М., А.Ш. Джумагулова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлены результаты исследования клинико-эпидемиологического наблюдения за 54 больными с паротитной инфекцией, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в период 2015-2017 гг. Анализ полученных данных показал более частую встречаемость заболевания в возрастной группе 15-20 лет у лиц мужского пола, увеличение комбинированных железистых форм, в том числе в 40,7% с орхитом. На данный момент сезонность эпидемического паротита чаще всего наблюдается в зимне-весенний период.

Ключевые слова: клинические формы, паротитная инфекция, орхит, панкреатит.

**ЧОҢ КИШИЛЕР АРАСЫНДАГЫ ТЕПКЕ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешова, Шолпанбай у. М., А.Ш. Джумагулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Берилген статьяда 2015-2017-жылдар аралыгында Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар ооруканасында тепке жугуштуу оорусу менен дарыланган 54 бейтаптын клиникалык жана эпидемиологиялык байкоолорунун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Анализдин жыйынтыгы боюнча 15-20 жаш курактагы эркектердин арасында көп кездешкен, аралдаш бездүү түрлөрү көбөйгөн, анын ичинде 40,7% орхит менен коштолгон. Азыркы убакта тепкенин сезондуулугу көбүнчө кыш-жаз мезгилдерине туура келет.

Негизги сөздөр: кликалык түрлөрү, тепке жугуштуу оорусу, орхит, панкреатит.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MUMPS IN ADULTS

V.A. Shulenin, E.Y. Shabalina, A.B. Ergeshova, Sholpanbai u. M., A.Sh. Djumagulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Infectious Diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of clinical and epidemiological observation of 54 patients with mumps are presented in this article. These patients were hospitalized in the Republican hospital of infectious diseases in period 2015-2017 years. The analysis of the obtained data showed a more frequent occurrence of the disease at the age of 15-20 years and an increase in combined glandular forms, including 40,7% with orchitis. The epidemic rise of mumps is observed in the winter-spring period.

Keywords: clinical forms, mumps, orchitis, pancreatitis.

Эпидемический паротит представляет собой острое системное вирусное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся преимущественным поражением слюнных желез, а также других железистых органов и нервной системы. Эпидемический паротит относится к «управляемым» инфекциям и после введения в практику иммунизации заболеваемость в мире значительно снизилась, но только в 42% стран вакцинация против паротитной инфекции включена в Национальные прививочные календари [1,3,5]

Современные особенности эпидемиологии паротитной инфекции в Кыргызской Республике также определяются осуществляемой с 1987 г. массовой, а затем плановой иммунизацией детского населения живой паротитной вакциной. Вакцинопрофилактика изменила длительность эпидемического цикла в сторону увеличения (на 8-10 лет и более) и поло-возрастную восприимчивость. Произошло «повзросление» инфекции, при этом повысился риск возникновения неблагоприятных последствий, таких как церебральный синдром, внутричерепная гипертензия,

хронический панкреатит, сахарный диабет, вследствие атрофии яичек – мужское бесплодие и импотенция [2,4]. Поэтому паротитная инфекция у взрослых стала актуальной проблемой современной медицины, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

Целью исследования является анализ эпидемиологических и клинических особенностей паротитной инфекции у взрослых

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ 54 историй болезни пациентов с паротитной инфекцией в возрасте от 15 до 40 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу за 2015-2017 гг., а также использовались официальные данные департамента профилактики заболеваний и Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызской Республике за

2007-2017 гг. Диагноз подтверждался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных исследований.

Проводилась статистическая обработка с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

В связи с экономическими трудностями, вакцинопрофилактика паротитной инфекции в КР была прекращена в 1992 г. и в рамках Национального прививочного календаря возобновилась только в 2007 году. В результате отсутствия вакцинопрофилактики паротитной инфекции, произошло накопление неиммунного контингента, в связи с чем, в период 2002-2007 гг. отмечалось стабильное эпидемиологическое неблагополучие по паротитной инфекции, с неуклонным подъёмом заболеваемости до 92,9 на 100 тыс. населения.

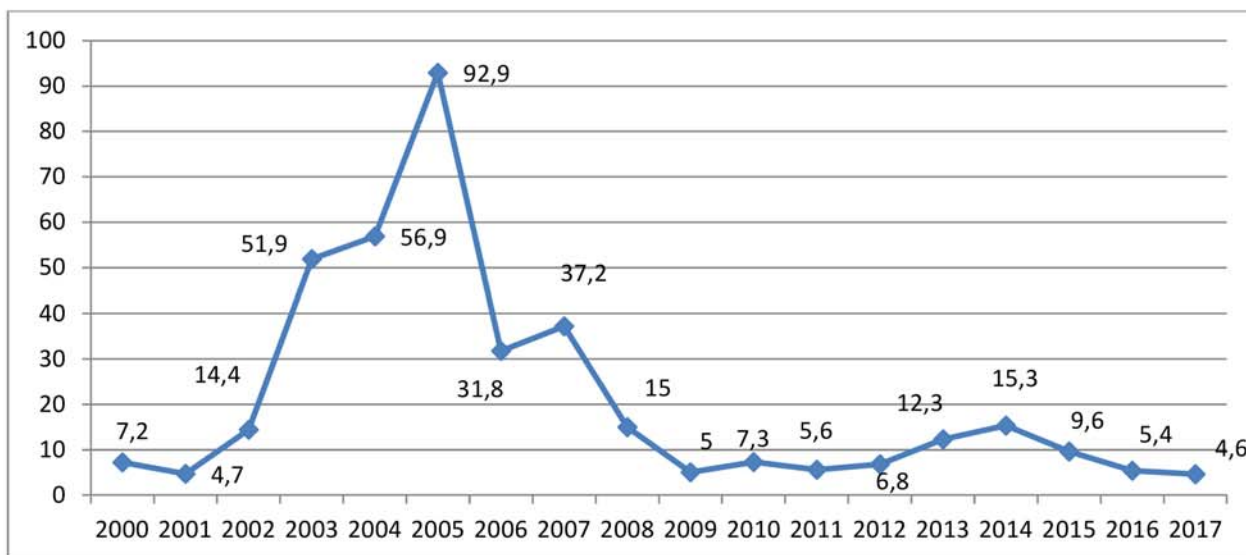


Рис. 1. Многолетняя динамика заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызстане, 2000-2017 гг. (на 100 тыс. населения).

С 2008 года заболеваемость паротитной инфекцией в Кыргызстане стабилизировалась, составив 155 случаев (5,0 на 100 тыс.) в 2009 году, с тенденцией к повышению в 2013-2015 гг (12,3-15,3 на 100 тыс.). При этом, эпидемический процесс повторил свой виток десятилетней давности: хотя количество больных паротитом в 2013-2015 гг. было значительно меньше, чем в 2003-2005 годы.

В вакцинальный период отмечается изменение возрастной структуры при данной инфекции с тенденцией вовлечения в процесс лиц старшего возраста (до 57%), что является следствием более позднего контакта с возбудителем и непродолжительностью поствакцинального иммунитета (рис. 2). За период 2015-2017 гг заболеваемость встречалась в 36,9% случаев среди подросткового и взрослого населения.

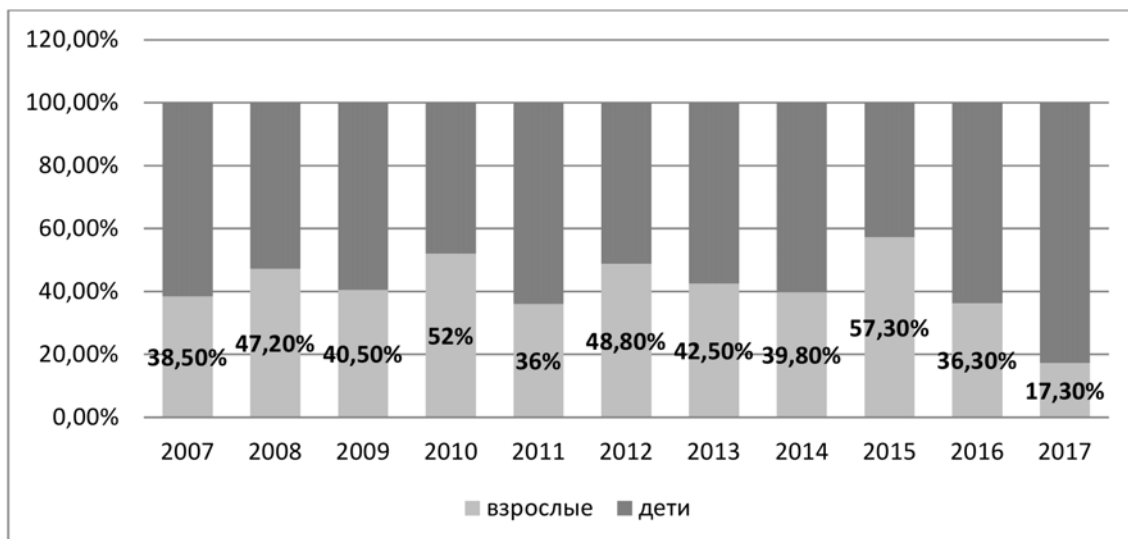


Рис. 2. Заболеваемость паротитной инфекцией среди взрослых в КР, 2007-2017 гг (в %).

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2015-2017 гг зарегистрировано 54 случаев паротитной инфекции у взрослых. При изучении возрастного состава

больных отмечается, что абсолютное большинство из числа госпитализированных больных были молодые люди в возрасте от 15 до 20 лет (59,2%) и только 5,6% – старше 30 лет.

Таблица 1

Возрастная структура госпитализированных взрослых больных ПИ (2015-2017 гг.)

Возраст		
	абс. числа	%
15-20 лет	32	59,2%
21-25	11	20,4%
26-29	8	14,8%
>30 лет	3	5,6%
Всего	54	100%

Среди взрослых больных преобладали лица мужского пола (71,9%), у которых чаще встречаются различные осложнения.

Как известно, эпидемический паротит сезонная инфекция: наибольший подъем заболеваемости наблюдается в зимние и весенние месяцы. Кыргызстан находится в зоне жаркого климата и начиная с мая устанавливается теплая погода, а вирусы паротита мало устойчивы к воздействию прямых солнечных лучей. Так, абсолютное большинство (88,9%) больных с паротитной инфекцией зарегистрированы в зимне-весенний период.

По структурному составу больных паротитной инфекцией следует отметить, что среди обследованных преобладали школьники и студенты, что составило 38,9%, и 14,8% больных составили работающие лица, преимущественно возрастной группой 20-30 лет, очень мобильной, социально активной, что по всей вероятности, также связано с большим риском инфицирования.

Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что 37,1% больных имели контакт с больными паротитной инфекцией в учебных заведениях и в кругу семьи. В отношении прививочного статуса в 64,8% случаях он неизвестен.

В первые 2 дня от начала болезни госпитализированы 16 (29,6%) больных. Основная же масса пациентов поступала в стационар на 4-5 дни (70,4%) болезни в связи с ухудшением состояния, обусловленным вовлечением других органов и систем в патологический процесс (поджелудочная железа, тестикулы, центральная нервная система).

Паротитная инфекция у госпитализированных больных, в основном, протекала в среднетяжелой (74,1%) и тяжелой формах (18,5%). Легкая форма заболевания зарегистрирована только у 7,4% и они были госпитализированы по эпидемиологическим показаниям (из закрытых детских коллективов и военнослужащие).

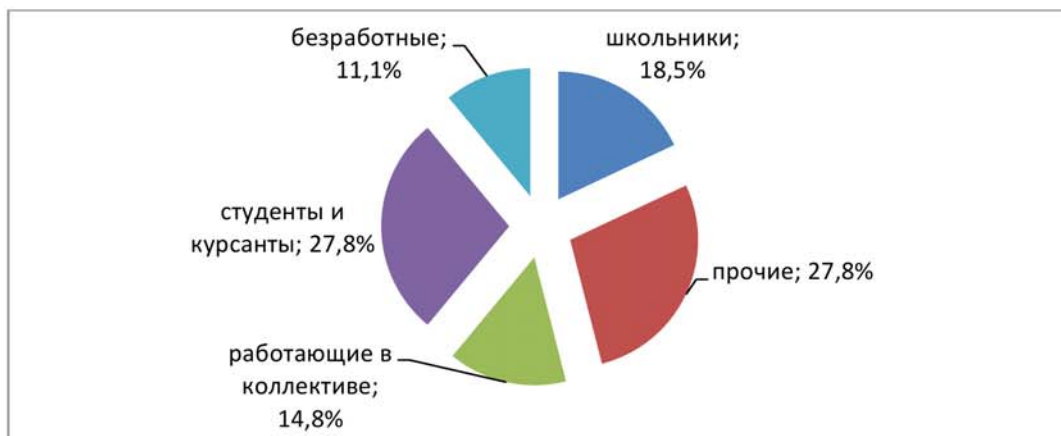


Рис. 3. Распределение больных с паротитной инфекцией по занятости (%).

Анализ историй болезней взрослых больных с паротитной инфекцией показал, что в 48,1% случаев встречается изолированное поражение слюнных желёз – паротит и возрастает число

множественных поражений железистых органов (50%). Необходимо отметить высокую частоту сочетания паротита и орхита (40,7%).

Таблица 2

Характеристика клинических форм паротитной инфекции у взрослых, госпитализированных в 2015-2017 годы

Клинические формы	Абсолютное число (n= 54)	% встречаемости клинических форм
Паротит	26	48,1%
Паротит+панкреатит	5	9,3%
Паротит+орхит	22	40,7%
Паротит+менингит	1	1,9%

При оценке тяжести клинических форм паротитной инфекции ориентиром служили степень выраженности и продолжительность симптомов интоксикации и местных изменений. При множественном поражении железистых органов и комбинированной форме – диспепсические явления, степень выраженности неврологической симптоматики, уровни диастазы крови.

Паротитная инфекция у взрослых лиц, также как и у детей, начиналось остро с признаков интоксикации и поражения околоушных слюнных желёз. С первых дней болезни у абсолютного большинства взрослых (92,6%) с паротитной инфекцией отмечалось повышение температуры тела, и только у единичных больных лихорадка отсутствовала.

У взрослых чаще регистрировалась лихорадка выше 38-39°C, а длительность её была в среднем 5,3±1,1 дня. Часто отмечались такие признаки интоксикации, как слабость (77,8%), снижение аппетита (90,7%), головная боль (75,2%), рвота (38,9%).

При осмотре полости рта у больных обнаруживалась отёчность слизистых оболочек, особенно вокруг слюнного протока – положительный симптом Мурсона, который был установлен у 26

(48,1%) больных. При изолированной форме паротитной инфекции, почти у всех взрослых больных (92,6%) отмечалось двустороннее поражение околоушных слюнных желёз. Околоушные слюнные железы оставались увеличенными в среднем в течение 8,3±2,4 дней, после чего происходило постепенное уменьшение их размеров.

Поражение половых желёз в сочетании с паротитом зарегистрировано у 22 (40,2%) мужчин, при этом 81,8% были молодые люди от 15 до 20 лет. У 15 мужчин (68,2%) орхит был односторонним, у 7 (31,8%) – двусторонним. Орхит проявлялся болезненностью в области поражённых яичек, отёком и гиперемией мошонки, повышением температуры тела и ухудшением общего состояния. У 18 (81,8%) мужчин с паротитным орхитом первые признаки поражения репродуктивных органов появились на 4-6 день заболевания, у 4 (18,2%) – на 7-10 день болезни. Явления орхита держались в среднем 9,7±2,6 дней.

Частота развития панкреатита, по данным различных авторов, варьирует в широких пределах – от 2 до 50%, чаще он развивается у детей и подростков, может протекать бессимптомно и диагностируется только на основании повышения активности амилазы и диастазы в крови и моче.

В наших исследованиях сочетание панкреатита с поражением других железистых органов установлены у 5 (9,3%) больных. В большинстве случаев (60%), клинические симптомы панкреатита у больных были слабо выражены, и единственным опорным диагностическим признаком было повышение уровня диастазы в крови (80%). Панкреатит обычно развивался на 4-5-й день болезни. В поздние сроки, со второй недели паротитной инфекции, панкреатит возникал в 10%. Симптомы панкреатита отмечались на фоне увеличения околоушных слюнных желёз. У больных наблюдалась тошнота (60%), многократная рвота (20%), интенсивная боль, опоясывающего характера в средней части живота (40%), и жидкий, непереваренный стул, без патологических примесей до 2-3 раз в сутки (20%). Значительное повышение активности диастазы у больных сохранялось в среднем $8,1 \pm 1,5$ дней, тогда как клинические симптомы острого панкреатита исчезали уже через $5,3 \pm 2,9$ дней.

Поражение центральной нервной системы в виде серозного менингита отмечено лишь в одном случае (1,9%).

Среднее пребывание в стационаре больных с паротитной инфекцией составило $8,9 \pm 1,9$ дней.

Таким образом, для ликвидации и предупреждения распространения инфекции есть только один надёжный способ – достижение стабильно высокого охвата детского населения прививками против эпидемического паротита. Учитывая осложнения и неблагоприятные последствия в исходе паротитной инфекции у переболевших, необходимо ориентировать лиц молодого возраста (15-20 лет) на иммунизацию против данной инфекции.

Выводы:

1. В анализируемый период наблюдений 2015-2017 гг. по сравнению с данными за 2013-2014 гг. заболеваемость паротитной инфекцией снизилась в три раза, но продолжается её рост среди взрослых с пиком в возрастной группе 15-20 лет (59,2%), при этом мужчины в 1,5 раза чаще болеют, чем женщины, с традиционной зимне-весенней сезонностью.
2. У большинства пациентов (74,1%) заболевание протекало в средне-тяжелой форме с множественным поражением железистых органов, чаще паротит с орхитом (40,2%) среди возрастной группы 15-20 лет с выраженной интоксикацией, яркими симптомами местного воспаления.
3. С профилактической целью необходимо вакцинация против паротитной инфекции неиммунных лиц молодого возраста (15-20 лет)

Литература

1. Нестеров, А.Е. Эпидемический паротит у взрослых / А.Е. Нестеров, Т.В. Мальшева, Г.М. Игнатьев // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - 2008. - №3. - С. 52-54.
2. Тимченко, В.Н. Эпидемиологический паротит – эволюция, причина бесплодного брака, современная терапия, экстренная профилактика / В.Н. Тимченко. СПб., 2007. - 261 с.
3. Актуальность проблемы эпидемического паротита среди взрослого населения / [Ж.В. Терентьева, Л.В. Лялина, Л.Н. Пожидяева и др.] // Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями: Матер. междунар. конф. / Под ред. А.Б. Жебруна. - СПб., 2010. - С. 98-99.
4. Мусаев, А.Т. Особенности эпидемического паротитного менингита / А.Т. Мусаев, Е.Т. Ералиева, М.К. Усерова // Вестник Каз НМУ. - 2015. - №4. - С. 76-78.
5. Immune responses to mumps vaccine in adults who were vaccinated in childhood [R. Hanna-Wakima, L.L. Yasukawa, P.Sung et al.] // J. Infect. Dis. - 2008. - Vol. 197, №12. - P. 1669-1675.