

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Трефаненко А.Г., Москалюк В.Д., Богачик Н.А., Венгловська Я.В., 2006
УДК 616.316.5-002-036.22(477.85)

А.Г. Трефаненко, В.Д. Москалюк, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОТИТНОЇ ХВОРОБИ У ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет

Встановлено, що паротитна хвороба у дорослих зберігає свої основні типові клінічні риси. У 62,5 % хворих відмічалось двобічне ураження привушних слинних залоз, у 37,5 % – однобічне. У 48,4 % пацієнтів уражались підщелепні слинні залози. Захворювання перебігало переважно у середньотяжкій і тяжкій формі. В осіб чоловічої статі (15-18 років), особливо при недотриманні ліжкового режиму і відсутності патогенетичної терапії, виникали ураження статевих залоз (орхіт, орхоепідидиміт), що значно ускладнює та подовжує перебіг паротитної хвороби. Велика частка дорослих хворих на паротитну хворобу свідчить про «подорослішання» цієї недуги, високу сприйнятливості до неї дорослих осіб і підтверджує доцільність ревакцинації підлітків, а за відсутності захисного титру протипаротитних антитіл у крові – і осіб молодого віку, переважно в молодіжних організованих колективах. У період масових щеплень сезонність паротитної хвороби може змінюватись з осінньо-зимової на зимово-весняну і навіть весняну, що слід брати до уваги при плануванні профілактичних і протиепідемічних заходів.

Паротитна хвороба (ПХ) – гостре убіквітарне інфекційне захворювання вірусної природи, яке характеризується ураженням однієї або кількох слинних залоз, інших залозистих органів (підшлункової, статевих залоз) та нервової системи.

Введення в Україні масової планової імунізації у 1981-1982 рр. привело до значного (в 3-5 і більше разів у різних регіонах) зниження захворюваності на ПХ уже в найближчі роки. Враховуючи значні успіхи в боротьбі з ПХ у країнах з масовою вакцинопрофілактикою паротиту, ВООЗ вважає можливим знизити рівень захворюваності, в т.ч. і в країнах Східної Європи, до 2010 р. до мінімального – нижче 1 випадку на 100 тис. населення, з наступною практичною її ліквідацією [1, 2].

Проте за останні роки рівень захворюваності на інфекційні хвороби в Україні, і зокрема на ПХ, має тенденцію до збільшення [3, 4]. Слід

взяти до уваги, що масові щеплення дітей призвели до зростання частки захворювань серед підлітків і дорослих людей, у яких ПХ набуває нерідко тяжчого ступеня порівняно з дітьми, збільшується й число ускладнень, нерідко з тяжкими наслідками [2, 5-8]. За даними офіційної статистики, рівень захворюваності на ПХ у різні строки, її розповсюдженість і тенденції епідемічного процесу не однакові в різних регіонах. Все це вимагає систематичного вивчення особливостей епідемічного процесу, клінічних проявів ПХ в осіб різного віку, її можливих ускладнень для своєчасної діагностики, планування та проведення відповідних профілактичних і протиепідемічних заходів.

Мета дослідження – вивчити клінічні прояви і перебіг ПХ у дорослих у регіоні на сучасному етапі, привернути увагу майбутніх лікарів і лікарів амбулаторно-поліклінічної мережі до проблеми ПХ.

Матеріали і методи

Обстежено 64 хворих на ПХ віком від 15 до 33 років, які були госпіталізовані в клініку інфекційних хвороб Чернівецької ОКЛ в 2002-2005 рр., з них віком 15-20 років – 56 пацієнтів, 21-25 років – 6, 26-30 років – 1, старше 30 років – 1 хворий. Чоловіків було 43, жінок – 21.

Результати досліджень та їх обговорення

Більшість (89,1 %) хворих поступила з організованих молодіжних колективів: учні ЗОШ – 27, студенти училищ і технікумів – 21, студенти ВНЗ – 9 осіб.

З числа пацієнтів ніхто в минулому на ПХ не хворів. Встановити число щеплених в дитинстві проти паротиту не вдалося через відсутність первинної документації. Контакт з хворими на ПХ до захворювання встановлено у 35 (54,7 %) госпіталізованих, решта пацієнтів контакт заперечувала. Коefіцієнт осередковості становив 2,1, що свідчить

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

про відносно невелику кількість хворих в одному осередку.

Більшість хворих (65,6 %) госпіталізовано у весняний період року (березень-травень), що підтверджує дані про можливу зміну сезонності ПХ у період масової імунізації з типової осінньо-зимової на зимово-весняну і навіть весняну [6], хоча таку зміну сезонності відзначають не в усіх регіонах [1].

Встановлена відносно висока частота неточних діагнозів, розбіжностей між діагнозами закладів, що направляли хворих, і стаціонару (32 із 44 хворих) при досить характерних клінічних проявах ПХ, що свідчить про відсутність у лікарів амбулаторно-поліклінічної мережі настороженості щодо можливості епідемічного паротиту у дорослих і його поширеність серед них.

Слід вказати на відносно пізні строки звернення хворих за медичною допомогою: 22 (34,4 %) – звернулись до лікаря після 3-го дня хвороби, 3 (4,7 %) – після 10-го. Пізньою була й госпіталізація: більше половини (51,6 %) хворих було госпіталізовано після 3-го дня хвороби, а 13 (20,3 %) пацієнтів – після 10-го дня, часто вже з тими чи іншими ускладненнями.

У всіх госпіталізованих захворювання починалось гостро без виражених продромальних явищ. Початок хвороби характеризувався підвищенням температури тіла до субфебрильної у 19 (29,7 %) хворих, фебрильної – у 33 (51,6 %), високої – у 12 (18,7 %) осіб. У 22 (34,4 %) пацієнтів температура тіла в наступні дні підвищувалась на 1-2°, у 6 (9,4 %) – до 40 °С і вище (при розвитку орхіту, орхоепідидиміту, панкреатиту). У 57,8 % хворих одночасно виникав біль у привушній ділянці, який посилювався при відкриванні рота і жуванні, та припухлість привушної ділянки з однієї сторони, а через 1-2 дні – з обох боків. 29 (35,9 %) пацієнтів скаржились на сухість у роті, яка посилювалась з виникненням двобічного ураження привушних слинних залоз. До госпіталізації частину хворих (29,7 %) турбував біль у підщелепних ділянках з одного або обох боків. Пацієнти скаржились і на помірну загальну слабкість, зниження апетиту, біль голови та інші прояви інтоксикації.

У 13 (20,3 %) пацієнтів ще до госпіталізації, особливо при порушенні ліжкового режиму, відсутності лікування, на 5-8-й день хвороби відмічена поява болю в ділянці яєчка та його збільшення, що й примусило їх звернутись за медичною допомогою.

При госпіталізації встановлено наявність помірно болючої припухлості тістуватої консистенції

в привушній ділянці з однієї сторони у 34 (53,1 %) пацієнтів, з обох боків, з виповненням ретромандибулярної ямки – у 29 (45,3 %). Шкіра над припухлістю була напружена, дещо блискуча, звичайного кольору. У 19 (29,7 %) госпіталізованих відмічена припухлість і нерізка болючість у ділянці підщелепних слинних залоз. У наступні 2-3 дні число хворих з двобічним ураженням привушної залози збільшилось до 41 (64,1 %), а з субмаксилітом – до 31 (48,4 %) особи. Зміни з боку слизової оболонки щік навколо вивідного отвору стенової протоки (помірна гіперемія і набряк), відомі як симптом Мурсу, який спостерігається у 53,9-90,0 % дорослих хворих на паротит, відмічено лише у 6 (9,4 %) пацієнтів, можливо, через недостатню увагу та недооцінку діагностичного значення цього симптому паротиту [5, 9].

Тривалість гарячки у 39 (60,9 %) хворих не перевищувала 6 днів, у 18 (28,1 %) – до 10 і у 5 (7,8 %) – більше 10 днів. Найтриваліша і висока гарячка була у хворих з розвитком орхіту, орхоепідидиміту, який виникав на 5-8-й день хвороби, був однобічним у 16 (25,0 %) пацієнтів і тільки у 3 (4,7 %) – двобічним. Розвиток орхіту (орхоепідидиміту) супроводжувався новою хвилею підвищення температури тіла до 39-40 °С, набряком і різкою болючістю яєчка, гіперемією шкіри калитки в усіх хворих. Орхіт виник у 17 (26,6 %) пацієнтів віком 15-18 років, у 3 (4,7 %) – старше 20 років.

Висока гарячка відмічена у 4 (6,2 %) хворих при розвитку панкреатиту, який проявився появою болю в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї на 6-12-й день хвороби, нудоти, блювання. Не виключена гіподіагностика ураження підшлункової залози у госпіталізованих, про що може свідчити підвищення активності діастази сечі у 14 (21,9 %) пацієнтів.

Розвиток менінгіту, більш притаманний для дітей, спостерігався лише у 3 хворих (4,7 %), що збігається з даними інших авторів про його частоту у дорослих [10].

Тривалість болювого синдрому в ділянці уражених слинних залоз у більшості (70,3 %) пацієнтів не перевищувала 7-8 днів, припухлість зберігалась дещо довше: до 8 днів – у 24 (37,5 %) хворих, до 10 днів – у 20 (31,2 %) і більше 10 днів – у 21 (32,8 %).

Легкий ступінь ПХ був у 3 (4,7 %) хворих, середній – у 56 (87,5 %) і тяжкий – у 5 (7,8 %) осіб.

У клінічному аналізі крові в перші дні перебування в стаціонарі встановлено лейкопенію у 14 (21,9 %), лейкоцитоз – у 23 (35,9 %), зсув лейко-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

формули вліво – у 32 (50,0 %) і лімфоцитоз – у 16 (25,0 %) хворих. Підвищення ШОЕ спостерігалось практично тільки у пацієнтів з розвитком орхіту та орхоепідиміту.

Хворим на ПХ у стаціонарі проводили загальноприйняте (базисне) лікування: ліжковий режим, полоскання ротової порожнини розчинами антисептиків, пероральну дезінтоксикацію, 18 (28,1 %) пацієнтам – внутрішньовенну дезінтоксикаційну терапію, десенсибілізувальні засоби, фізіотерапевтичні процедури на ділянки уражених слинних залоз, протизапальні засоби, інгібітори протеолітичних ферментів (переважно при розвитку проявів панкреатиту), антибактерійні препарати призначені 54 (84,4 %) хворим. Невеликій частині пацієнтів (10,9 %) призначались коротким курсом глюкокортикоїди.

Виписували хворих після зникнення клінічних проявів ПХ і ускладнень. Усі одужали. Середня тривалість перебування у стаціонарі – 10,2 ліжко-дня.

Ми далекі від думки, що обстеження 64 хворих на ПХ дає повне уявлення про клініко-епідеміологічні особливості даного захворювання у дорослих на сучасному етапі. Проте отримані дані все ж дозволяють вважати, що ПХ у дорослих зберігає свої основні типові клінічні риси, властиві їй дітям, з однобічним (37,5 %) і двобічним (62,5 %) ураженням привушних, рідше й підщелепних (48,4 %) слинних залоз, переважно із середнім і тяжким ступенем недуги (95,3 %), що підтверджує дані літератури [11]. Однак в осіб молодого віку (15-18 років), особливо при недотриманні ліжкового режиму і відсутності патогенетичної терапії, нерідко (46,5 % хворих чоловічої статі) виникають ураження статевих залоз (орхіт, орхоепідиміт), що значно ускладнює перебіг ПХ, робить його тяжчим і тривалішим. Все це вимагає обов'язкової ранньої госпіталізації хворих на ПХ, особливо нещеплених, ще до розвитку вказаних ускладнень.

Велика частка серед хворих на ПХ осіб старше 15 років (близько 1/3 усіх хворих області за останні 3 роки, згідно з офіційною статистикою) узгоджується з даними літератури про «подорослішання» ПХ, високу сприйнятливості до неї дорослих осіб і підтверджує доцільність введеної в 2000 р. (Наказ МОЗ № 276 від 31.10.2000 р.) ревакцинації дітей шестирічного віку і підлітків, а за відсутності захисного титру протипаротитних антитіл у крові – й осіб молодого віку, переважно в молодіжних організованих колективах [2, 12].

Висновки

1. Паротитна хвороба у дорослих зберігає свої основні типові клінічні риси, властиві й дітям, з одно- і двобічним ураженням привушних, і рідше – підщелепних слинних залоз, переважно із середнім і тяжким ступенем.

2. В осіб чоловічої статі молодого віку (15-18 років), особливо за недотримання ліжкового режиму і відсутності патогенетичної терапії, нерідко виникають ураження статевих залоз (орхіт, орхоепідиміт), що значно ускладнює перебіг ПХ, робить його тяжчим і тривалішим. Це вимагає обов'язкової ранньої госпіталізації хворих на паротитну хворобу чоловіків молодого віку, особливо нещеплених.

3. Велика частка серед хворих на паротитну хворобу осіб старше 15 років (близько 33 %) свідчить про «подорослішання» паротитної хвороби, високу сприйнятливості до неї дорослих осіб і підтверджує доцільність ревакцинації підлітків, а за відсутності захисного титру протипаротитних антитіл у крові – й осіб молодого віку, переважно в молодіжних організованих колективах.

4. У період масових щеплень дітей сезонність паротитної хвороби може змінюватись з осінньо-зимової на зимово-весняну і навіть весняну, що слід брати до уваги при плануванні профілактичних і протиепідемічних заходів.

Література

1. Чемич М.Д., Набхан О.В., Надточій В.О., Газій В.В.. Клініко-епідеміологічні особливості паротитної інфекції в сучасних умовах // Сучасні інфекції. – 1999. – № 2. – С. 32-35.
2. Пеньковская Н.А., Кровякова М.Т. Тенденция развития эпидемического паротита в АР Крым // Там само. – 2000. – № 4. – С. 111-113.
3. Городецкий М.М., Трихлеб В.И. Эпидемический паротит у лиц молодого возраста // Там само. – 1999. – № 3. – С. 55-59.
4. Некрасова Л.С., Горбань Є.М. Стан і перспективи розвитку наукових досліджень у галузі боротьби з інфекційними хворобами в Україні // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 4. – С. 5-9.
5. Казанцев А.П. Эпидемический паротит. – Л.: Медицина, 1988. – 176 с.
6. Михеева И.В., Болотовский В.М., Рубинов Г.Е. Проблемы эпидемиологического надзора за эпидемическим паротитом // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1996. – № 3. – С. 21-24.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

7. Брико Н.И., Лыткина И.Н., Чистякова Т.М., Мантурова С.Е. Тенденция развития эпидемического процесса краснухи, кори и паротита в Москве // Там же. – 2000. – № 2. – С. 11-15.

8. Берглезова Л.Н., Хохман Е.И., Солодовников Ю.П. и др. Эпидемический паротит: перспективы снижения заболеваемости // Журн. микробиол. – 2000. – № 3. – С. 113-114.

9. Постовит В.А. Детские капельные инфекции у взрослых. – Л.: Медицина, 1982. – 208 с.

10. Токмалаев А.К., Половинкина Н.А., Голуб В.П. и др. Особенности клиники и лечения паротита у взрослых // Рос. мед. журнал. – 2000. – № 3. – С. 20-24.

11. Копійченко Т.С., Мушенко Л.В., Васильева Л.А. Особливості перебігу епідемічного паротиту в підлітків // Актуальні питання клінічної інфектології: Матеріали V з'їзду інфекціоністів. – Тернопіль, 1998. – С. 315-317.

12. Михеева И.В., Лыткина И.Н., Болотовский В.М. и др. Влияние вакцинопрофилактики на возрастную структуру заболевших эпидемическим паротитом // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1999. – № 1. – С. 12-17.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PAROTITIS IN ADULTS IN BUKOVYNA

A.H. Trefanenko, V.D. Moskaliuk, N.A. Bohachyk, Ya.V. Venhlovska

SUMMARY. It has been established that parotitic disease in adults preserves its typical clinical features. Bilateral involvement of the parotid glands was observed in 62,5 % of the patients, whereas unilateral one was noted in 37,5 %. 48,4 % patients presented a history of affected submandibular glands. The disease proceeded in mediosevere and severe forms. In patients of male sex (15-18 years) there occurred lesions of the sexual glands (orchitis, orchiepididymitis), complicating it more severe and prolonged. A great number of adult patients afflicted with parotid disease is indicative of this malady «getting more mature», a high predisposition of adult persons towards it and confirms the expediency of revaccination of adolescents and persons of young age, predominantly in youthful organized bodies. During the period of performing mass immunizations, the seasonal prevalence of parotid disease may change from autumn-winter to winter-spring and even spring one that should be taken into account when planning prophylactic and antiepidemic measures.