

УДК 616.316.5-002-036-053.8

А.К. ДУЙСЕНОВА, А.К. ШОКАЛАКОВА, А.М. САДЫКОВА,  
И.Ж. АБИЛЬДАЕВА, А.Е. ИМАНБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ  
ПО МАТЕРИАЛАМ ГКИБ ИМЕНИ И.С. ЖЕКЕНОВОЙ**

Дуйсенова А.К.

*Цель – изучить особенности течения паротитной инфекции у взрослых для разработки критериев ранней диагностики.*

*Материал и методы:* проведен анализ заболеваемости и изучение особенностей течения паротитной инфекции у 263 взрослых пациентов (архивные данные), госпитализированных в городскую клиническую инфекционную больницу г. Алматы за последние 10 лет (2004-2013 гг.).

*Результаты:* среди заболевших преобладали молодые (19-29 лет) мужчины репродуктивного возраста (69,6%). Клинические проявления в виде паротита в сочетании с орхитом значительно преобладали над другими клиническими формами. Особенности течения паротитной инфекции у взрослых являются преобладание тяжелой формы заболевания, сочетанные поражения органов-мишеней, нередкое отсутствие паротита или его развитие позже других проявлений, что затрудняет клиническую диагностику данного заболевания. В статье приводятся клинические случаи собственного наблюдения.

*Область применения результатов:* инфекционные стационары/отделения.

*Выводы:* среди врачей ПМСП отсутствует настороженность по поводу паротитной инфекции. Необходима разработка протокола диагностики и лечения данной инфекции на основе принципов доказательной медицины.

*Ключевые слова:* паротитная инфекция, менингит, орхит, панкреатит.

**А**ктуальность паротитной вирусной инфекции (ПВИ, эпидемический паротит) обусловлена широким распространением во всех странах мира, риском развития осложнений (серозный менингит, панкреатит), которые представляют угрозу для жизни или явиться причиной бесплодия (орхит) [1, 2, 3, 4, 5]. Несмотря на то, что паротитная инфекция относится к вакциноуправляемым инфекциям, продолжают регистрироваться случаи заболевания у взрослых. Клинически ПВИ у взрослых протекает тяжелее, чем у детей, нередко в генерализованной форме, с вовлечением в патологический процесс, кроме слюнных желез, различных органов и систем (поражение половых органов, поджелудочной железы, нервной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем, органов дыхания, слуха и зрения и др.). Это способствует развитию резидуальных явлений и стойких органических изменений в различных органах и системах, приводящих к инвалидизации и нарушению социальной адаптации пациентов (глухота, атрофия яичка, мужское бесплодие, хронический панкреатит, сахарный диабет, тиреоидит, полирадикулоневрит (Синдром Гийена-Барре) [6, 7, 8, 9, 10].

Поэтому изучение вопросов клинко-эпидемиологических особенностей у взрослых в современный период остается актуальной проблемой практического здравоохранения. По литературным данным, анализ течения паротитной инфекции, в основном, проводился по историям болезни пациентов, госпитализированных в стационар по тяжести, в то время как большая часть инфицированных лечится амбулаторно либо остается нераспознанной (легкие, атипичные, стертые, инаппарантная формы) и представляют эпидемиологическую угрозу для окружающих. В Республике Казахстан лабораторная верификация диагноза с использованием ИФА и ПЦР не проводится, что может приводить к гипо- и гипердиагностике паротитной инфек-

ции. Не разработаны протоколы диагностики и лечения на основе методов доказательной медицины.

Цель исследования – изучить особенности течения паротитной инфекции у взрослых для разработки критериев ранней диагностики.

**Материал и методы**

Нами были проведены анализ заболеваемости и изучение особенностей течения болезни по архивным историям болезни пациентов, госпитализированных с диагнозом: Паротитная инфекция за последние 10 лет (2004-2013 гг.). Всего проанализировано 263 истории болезни. Наиболее высокая заболеваемость была отмечена в 2004 году – 144 больных (54,7%). В последующие годы отмечалось стойкое снижение заболеваемости: в 2005 году – 38 (14,4%), в 2006 – 31 (11,8%), в 2008 – 9 (3,4%), в 2009 – 6 (2,3%), в 2010-2011 гг. – 11 (4,2%) (рис. 1)

**Результаты и обсуждение**

Мужчины болели чаще, чем женщины (69,60% и 30,40%, соответственно). По возрастному составу чаще

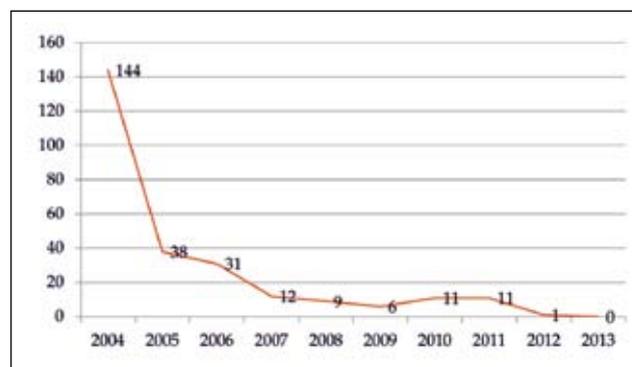


Рисунок 1 – Заболеваемость паротитной инфекцией в 2004-2013 гг.

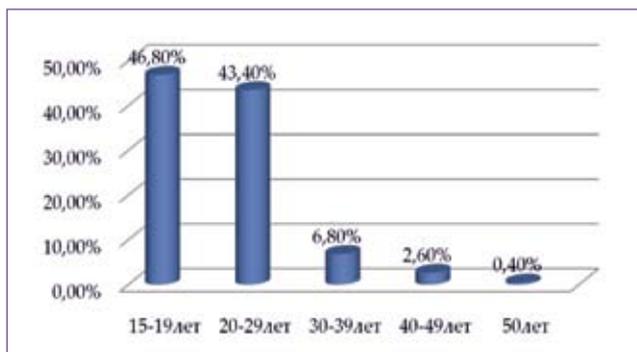


Рисунок 2 – Распределение больных паротитной инфекцией по возрасту

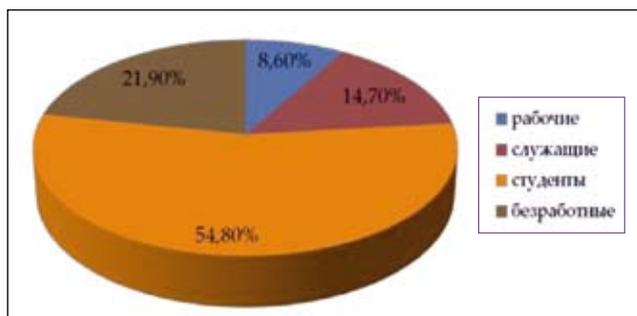


Рисунок 3 – Социальный состав больных паротитной инфекцией

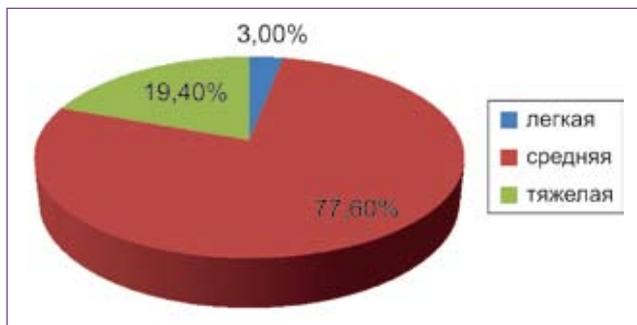


Рисунок 4 – Распределение больных паротитной инфекцией по тяжести

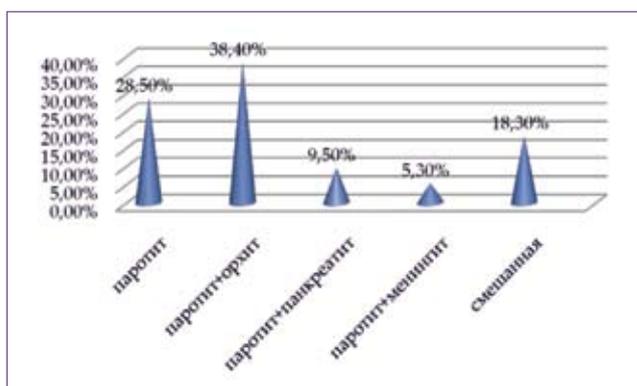


Рисунок 5 – Основные клинические формы паротитной инфекции

болели молодые люди в возрасте 15-19 лет – 123 (46,8%) и в возрасте 20-29 лет – 114 (43,4%). С увеличением возраста заболеваемость снижалась: в возрасте 30-39 лет – 18 (6,8%), 40-49 лет – 7 больных (2,6%) и один больной – старше 50 лет. Таким образом, актуальность проблемы заключается в частом поражении лиц молодого репродуктивного возраста (рис. 2).

Структура социального состава заболевших представлена следующим образом: учащиеся и студенты – 144 (54,8%), безработные – 58 (21,9%), служащие – 38 (14,7%), рабочие – 23 (8,6%) (рис. 3). Таким образом, в структуре заболевших преобладают учащиеся и студенты.

При анализе показаний к госпитализации выяснено, что 65,8% больных были госпитализированы по тяжести, а 34,2% – по эпидемиологическим показаниям. По тяжести больные распределены следующим образом: основную группу составили пациенты среднетяжелой формой – 77,6%, затем тяжелой формой – 19,4% и легкой – 3,0% (в основном студенты, госпитализированные по эпидемиологическим показаниям) (рис. 4). Следовательно, у взрослых паротитная инфекция протекает в основном в тяжелой форме.

При анализе клинических форм болезни установлено, что паротит (поражение околоушных слюнных желез) отмечался у 75 больных (28,5%), паротит в сочетании с орхитом – у 101 (38,40%), паротит в сочетании с панкреатитом – у 25 (9,50%), паротит в сочетании с менингитом – у 14 (5,30%), смешанные формы (паротит + субмаксилит + панкреатит; паротит + сублингвит + субмаксилит + тиреоидит и др. сочетания) – у 48 (18,3%) (рис. 5).

Таким образом, клинические проявления в виде паротита в сочетании с орхитом значительно преобладали над другими формами. Для молодых лиц мужского пола – это прогностически серьезная проблема в связи с риском развития бесплодия.

Приводим наше клиническое наблюдение паротитной инфекции с развитием орхита без вовлечения околоушных слюнных желез. Диагностика была облегчена тем, что это был больной из очага паротитной инфекции, где заболели 3 молодых людей.

*Больной Н., 51 год, тренер спортивной юношеской школы, поступил в отделение 12 апреля 2004 года на 3-й день заболевания с диагнозом: Паротитная инфекция, правосторонний орхит. Жалобы при поступлении на высокую температуру, боль и увеличение правого яичка, разбитость, озноб, ломоту в теле. Заболел остро 10.04, когда появились неприятные ощущения в правом яичке, к вечеру повысилась температура до 39,5°С с ознобом, разбитость, ломота в теле. На следующий день был осмотрен врачом спортивной школы, был направлен на консультацию в инфекционную больницу, где после осмотра госпитализирован в стационар. Из эпиданамнеза: 2 недели назад трое учащихся школы были госпитализированы в ГКИБ с диагнозом: Паротитная инфекция. Состояние при поступлении средней тяжести, t-39,3°С. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы чистые, высыпаний нет. В ротоглотке – слизистая передних дужек слегка гиперемирована, миндалины за дужками, симптом Мурсу отрицательный. Околоушные,*

подчелюстные, подъязычные слюнные железы не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Status localis: правое яичко увеличено в объеме, кожа мошонки ярко гиперемирована, натянута, резко болезненна. При обследовании в гемограмме – лейкопения, нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом, СОЭ – 10 мм/ч. В моче – незначительная протеинурия. Биохимические анализы в пределах нормы. На фоне проведенной терапии: постельный режим, НПВП, глюкокортикоиды (в суточной дозе 60 мг в течение 5 дней), антигистаминных препаратов; местно – суспензорий с мазью Вишневского, самочувствие больного улучшилось, яичко уменьшилось в размерах до исходного, больной на 10-е сутки был выписан под наблюдение уролога.

Приводим описание клинического примера, когда поражение ЦНС опережало вовлечение околоушных слюнных желез на несколько дней.

Молодой человек, 23 года, поступил на 2-й день от начала заболевания во 2-е дифференциально-диагностическое отделение 18 марта 2007 года с диагнозом: Серозный менингит с жалобами на высокую температуру, упорную головную боль, не купирующуюся анальгетиками, многократную рвоту. В тот же день сделана люмбальная пункция, получен лимфоцитарный ликвор: цитоз 68 клеток, из них лимфоцитов 46, нейтрофилов 22, белок – 0,33 г/л, р-ция Панди ++, глюк. – 2,8 ммоль/л. В гемограмме от 19.03 – эрит. –  $4,14 \times 10^{12}/л$ , НВ – 134 г/л, лейкоц. –  $5,6 \times 10^9/л$ , п. – 5%, с. – 57%, лимф. – 32%, мон. – 6%, СОЭ – 5 мм/ч. Получал антибактериальную терапию: цефтриаксон 4 г/с, дезинтоксикационную, дегидратационную терапию. Температура снизилась через 2 дня (18-19.03), но затем вновь повысилась, появились боль и припухлость в правой околоушной слюнной железе, боль при жевании. Был выставлен диагноз: Паротитная инфекция, тяжелое течение. Серозный менингит. Правосторонний паротит. 22.03 был переведен в отделение воздушно-капельных инфекций. На 9-й день с момента госпитализации менингеальные знаки регрессировали, нормализовались размеры околоушной слюнной железы. В динамике в ликворограмме от 29.03 цитоз уменьшился до 10 клеток, за счет лимфоцитов. 30.03.2007 года был выписан по настоянию с улучшением под наблюдение инфекциониста.

При анализе сроков госпитализации больных выявлено их поздняя госпитализация: в первые 3 дня с момента заболевания были госпитализированы лишь 37,3%; на 4-6 день заболевания – 36,1%; на 7-10 день – 21,7%; и позже 10-го дня – 4,9%. Эти данные свидетельствуют об отсутствии настороженности врачей ПМСП о паротитной инфекции, особенно её атипичных проявлениях, а также плохой информированности об эпидситуации в городе по данной инфекции. Так же имеет место и гипердиагностика паротитной инфекции. Так, из госпитализированных в стационар пациентов с диагнозом: паротитная инфекция у 7 (2,66%) диагноз был снят на острый гнойный паротит, у 2-х (0,7%) – на сиалоденит.

В связи с разнообразными проявлениями паротитной инфекции в современный период, а также особенностями течения данной инфекции у взрослых, для выявления всех

случаев заболевания, включая и субклинические формы, у контактных необходимо проведение лабораторных исследований с использованием современных методов верификации – ИФА и ПЦР. До сих пор диагноз паротитной инфекции выставляется на основании клинико-эпидемиологических данных.

Настораживающим моментом является то, что лишь 17 больных (6,5%) имели точные сведения о вакцинации против паротитной инфекции, остальные указывали, что в течение последних 8-10 лет никаких прививок не получали. Таким образом, заболеваемость паротитной инфекцией взрослых связана с угасанием приобретенного иммунитета, и необходимо рассмотреть вопрос о ревакцинации против паротитной инфекции молодых людей мужского пола.

При анализе исходов заболевания установлено, что с выздоровлением выписано 26%, с улучшением – 74% больных. Со всеми больными были проведены беседы об отдаленных последствиях, соблюдении охранительного режима (соблюдение диеты, ограничении физических нагрузок), наблюдение уролога, невропатолога, гастроэнтеролога с учетом органических поражений.

#### Выводы

1. Паротитная инфекция не утратила своей актуальности в современный период.
2. Несмотря на проведенную вакцинацию и ревакцинацию согласно календарю прививок, увеличивается частота заболевания взрослых с периодическими подъемами заболеваемости (в г. Алматы с пиком заболеваемости в 2004 г. за последние 10 лет).
3. Преобладание среди заболевших лиц мужского пола молодого репродуктивного возраста с преимущественным развитием орхита, требует рассмотрения ревакцинации данной категории больных с целью профилактики риска развития бесплодия.
4. Преимущественное заболевание организованной молодежи (учащихся и студентов) свидетельствует о недостаточном проведении противозидемической работы в очагах инфекции.
5. Особенности течения паротитной инфекции у взрослых являются преобладание тяжелой формы заболевания, сочетанные поражения органов-мишеней, нередкое отсутствие паротита или его развитие позже других проявлений, что затрудняет клиническую диагностику данного заболевания.
6. В связи с поздней госпитализацией больных, гипогипердиагностикой паротитной инфекции необходимо информирование врачей ПМСП, урологов, гастроэнтерологов, стоматологов о текущей эпидемической ситуации по данной инфекции, повышение настороженности и внедрения лабораторных методов лабораторной верификации диагноза (ИФА и ПЦР).
7. Разработать протокол диагностики и лечения паротитной инфекции на основе доказательной медицины.
8. Обязательное диспансерное наблюдение и реабилитация переболевших в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗе) организаций ПМСП с консультацией соответствующих специалистов (урологов, гастроэнтерологов, невропатологов и т.д.).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Казади М.А. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика менингитов различной этиологии: автореф. ... к.м.н.: 14.00.10. – СПб, 2000. – 19 с.

2 Казанцев А.П. Руководство по инфекционным болезням / под ред. проф. Ю.В. Лобзина и проф. А.П. Казанцева. – СПб, Ростов-на-Дону, 1998. – С. 458-467

3 Казанцев А.П. Эпидемический паротит. – Л.: Медицина, 1988. – 176 с.

4 Каманенко А.А. Эпидемический паротит у мужчин молодого возраста: автореф. ... к.м.н.: 14.00.10. – СПб, 2000. – С. 28

5 Раипов О.Р., Алимбекова Б.И. Заболеваемость эпидемическим паротитом в Алма-Ате // Здравоохранение Казахстана. – 1990. – №3. – С. 53-54

6 Galaska A.M., Robertson S.E., Kraigher A. Wide-spread inflammation of the parotid glands (mumps): an underestimating disease. I. Epidemiology of the mumps and its medical meaning in Poland // Przegł. Epidemiol. – 1998. – Vol. 52. – N4. – P. 389-400.

7 Galaska A.M., Robertson S.E., Kraigher A. Wide-spread inflammation of the parotid glands (mumps): an underestimating disease, n. Development, use, efficacy and safety of mumps vaccines // Przegł. Epidemiol. – 1998. – Vol. 52. – N4. – P. 401-412

8 Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. – М.: Медицина, 2008

9 doctor.by/information/articles/1635-parotit.

10 bolezni.by/osnovnye-infektsii/203-epidemicheskij-parotit

## Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.Қ. ДҮЙСЕНОВА, А.Қ. ШОҚАЛАКОВА,  
А.М. САДЫҚОВА, И.Ж. АБІЛДАЕВА, А.Е. ИМАНБАЕВА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық  
Медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан*

**И.С. ЖЕКЕНОВА АТЫНДАҒЫ ЖҚКАА МАТЕРИАЛДАРЫ  
БОЙЫНША ПАРОТИТТИ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЕРЕСЕКТЕРДЕГІ  
АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ**

**Мақсаты:** Ересектердегі паротитті инфекция ағымының ерекшеліктерін ерте анықтап, критерилерін өңдеу.

**Материалдар және әдістер:** Алматы қаласының қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасында соңғы 10 жылда (2004-2013 жж.), паротитті инфекцияның ағымының ерекшелігін зерттеу мақсатында 263 ересек науқасқа (мұрағат деректері бойынша) сараптама жүргізілді.

**Нәтижелері және талқылауы:** Сырқаттанғандардың ішінде басым ауырғандар қатарын жастар (19-29) жастағы, репродуктивті жастағы ер адамдар (69,6%) құрады. Клиникалық көріністері бойынша паротит пен орхиттің қосарлануы басқа клиникалық түрлерден жиі кездесті. Паротитті инфекцияның ағымының ерекшелігі ауыр жағдайда өтуі, қосымша нысана мүшелерді зақымдауы, паротит белгілерінің болмауы немесе кеш көрініс беруі, осы себептер аурудың клиникалық диагностикасын қиындатады. Жеке бақылауда болған клиникалық жағдайлар осы мақалада көрсетілген.

**Нәтижелерді пайдалану аймағы:** жұқпалы стационарлар/ бөлімшелер.

**Қорытынды:** БМЖК дәрігерлері арасында паротитті инфекциядан қорғану елегізділігі жоқ. Дәлелді медицина принциптеріне сүйене отырып осы инфекцияға байланысты анықтау және емдеу хаттамасын өңдеу қажет.

**Негізгі сөздер:** паротиттік инфекция, орхит, орхоэпидидимит, панкреатит, менингит.

## SUMMARY

**A.K. DUSENOVA, A.K. SHOKALAKOVA,  
A.M. SADYKOVA, I.J. ABILDAEVA, A.E. IMANBAEVA**

*Kazakh national medical university named  
after S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan*

**FEATURES OF A CURRENT PAROTITIS INFECTION IN  
ADULTS BY MATERIAL ON THE CITY INFECTIOUS HOSPI-  
TAL NAMED AFTER I.S. ZHEKENOVA**

**The purpose of research:** Examine the course of mumps infection in adults for developing criteria for early diagnosis.

**Material and methods:** The analysis of the incidence and characteristics of a study of mumps infection in 263 adult patients (historical data), hospitalized in Clinical Infectious Diseases Hospital in Almaty in the past 10 years (2004-2013) was conducted.

**Results and discussion:** Among the clinical cases dominated young (19-29 years) men of reproductive age (69.6%). Clinical manifestations in the form of parotitis combined with orchitis, significantly prevailed over other clinical forms. Features of the mumps infection in adults are the prevalence of severe forms, combined lesions of target organs, the frequent absence of mumps or its later manifestations, which hampers clinical diagnosis of the disease. The article presents the clinical cases of their own observations.

**Scope of use:** infectious hospitals/departments.

**Conclusions:** Among primary care physicians no warnings regarding mumps infection. Need to develop protocols for diagnosis and treatment of this infection on the basis of evidence-based medicine.

**Key words:** mumps infection, orchitis, orchoepididymitis, pancreatitis, meningitis.