

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

**А.К. ТОКМАЛАЕВ, Н.А. ПОЛОВИНКИНА, В.П. ГОЛУБ, А.Ф. БАБАЙЛОВ,
И.В. БАРЫШЕВА, С.В. СМЕТАНИНА**

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН

Москва, 105275, 8-ая ул. Соколиной горы, д. 15, корп. 5

В статье представлены результаты исследования 1413 взрослых больных паротитной инфекцией в возрасте от 18 до 30 лет. В результате проведенного обследования было выявлено, что паротитная инфекция у взрослых имеет ту же типичную клиническую картину, что у детей, преобладающими формами течения были легкие и среднетяжелые, тяжелое течение болезни было зарегистрировано у 1,3% больных. Несмотря на это у каждого 3-го взрослого больного развивались орхиты и орхоэпидидимиты, что при сравнении с данными литературы, значительно превышало частоту этих поражений у детей. В то же время поражение центральной нервной системы и панкреатиты зарегистрированы всего у 4,5% и у 1% больных, соответственно.

Диагноз эпидемического паротита подтверждался сероиммунологически методом ИФА. Включение препарата виферон повышало эффективность комплексной терапии больных железистыми формами паротитной инфекции.

В последнее десятилетие в Российской Федерации наблюдался рост заболеваемости эпидемическим паротитом среди детей и взрослых. С 1991 по 1998 год произошло почти четырехкратное возрастание общей заболеваемости: с 24,6 до 94,8 больных на 100 тысяч населения (рис 1.).

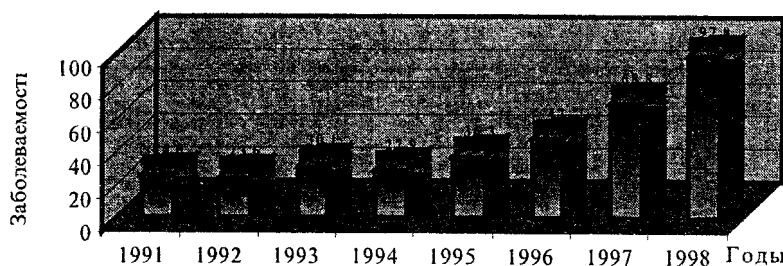


Рис. 1 Заболеваемость паротитной инфекцией в Российской Федерации за период с 1991 по 1998 г.

Среди детей до 14 лет в 1996 году этот показатель был значительно выше и составлял 159,3, а в 1997 году возрос уже до 223 на 100 тысяч. В городе Москве ситуация такая же: в 1996 году среди детей было зарегистрировано 2442 больных эпидемическим паротитом, в 1997 г. - 4438, в 1998 г. - 7109, т.е. за 3 года произошло почти 3-кратное увеличение, а среди взрослых даже больше - с 2907 больных в 1996 году - до 9514 - в 1998, т.е. возрастание в 3,3 раза. Отражением этого нарастания заболеваемости в городе явилось и увеличение числа взрослых больных, госпитализированных в ИКБ №2: за 1997-1998 гг. всего в больницу было госпитализировано 1462 больных, из них 1413 в наше отделение. Преобладающей группой были военнослужащие срочной службы (72 %), женщины составили всего 5,3%.

В типичных случаях наблюдается острое начало заболевания с повышением температуры тела до 38-40 °С и появлением признаков общей интоксикации, тянущих болей и чувства напряжения в околоушной области, шума в ушах. Лихорадка чаще достигает максимальной выраженности на 1-2-й день болезни и продолжается 4-7 дней с последующим снижением по типу укороченного лизиса. В наших наблюдениях подобная картина зарегистрирована у 51,3% больных, у 34% больных температура тела не превышала

38 °С, т.е. была субфебрильной, а у 14,7% при поступлении (на 6-й день болезни) была нормальной, при этом больные дома ее субъективно не ощущали и не измеряли. В основном это были больные из числа солдат срочной службы. Длительность лихорадки до 3-х дней имела место у 54,8% больных, 6-7 дней – у 14%, от 8 до 12 дней у 11,7% больных, у 80% больных встречалась одноволновая лихорадка, реже наблюдалась двухволновая (у 17%), а иногда были три волны (3%), что обычно было связано с вовлечением в процесс других слюнных желез или железистых органов и нервной системы.

Поражение околоушных слюнных желез - первый признак болезни. Этот характерный симптом у большинства больных (70%) отмечен уже в первый день болезни, у 25% - на 2-й день, и только у 5% - на 3-4 -й день. Одностороннее поражение нами отмечено у 16,9% больных (правостороннее - у 9%, левостороннее - у 7,9%), двустороннее - наблюдалось у 79,7%. У 56% больных отмечалось увеличение противоположной околоушной железы на 2-3 -й день болезни. Диагностическое значение имеет симптом Мурсу - краснота и припухлость на слизистой оболочке щек в области выводного протока пораженной околоушной железы. В наших наблюдениях этот симптом выявлен у 82 % больных. В процесс могут вовлекаться и другие слюнные железы - подчелюстные и подъязычные. Изолированный субмаксиллит нами отмечен только у 3,4% больных. Обычно ему предшествовал паротит, чаще двусторонний (56,2%). Больных беспокоит болезненность при жевании, уменьшается слюноотделение, ощущается сухость во рту, изредка наблюдается рефлекторный тризм. Увеличение слюнной железы прогрессирует и достигает максимума в течение 3-х дней. Припухлость держится 2-3 дня и затем постепенно в течение 7-10 дней уменьшается. Увеличение околоушных слюнных желез у взрослых больных держится дольше, чем у детей - иногда до двух недель и более. В случаях изолированного субмаксиллита явления интоксикации выражены слабо. Существенных изменений со стороны внутренних органов при изолированных формах эпидемического паротита обычно не отмечается. У некоторых больных выявляется брадикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония. Изменения в периферической крови незначительны, чаще в виде лейкопении, относительного лимфоцитоза. В наших наблюдениях преобладающим было нормальное количество лейкоцитов - у 61,5% больных, лейкопения - у 19,2%, умеренный лейкоцитоз - у 19,3%. Изменения со стороны мочевыделительной системы кратковременны и проявляются лихорадочной альбуминурией и лейкоцитурией.

Сравнительные данные о частоте отдельных симптомов и поражении органов при эпидемическом паротите у детей и взрослых по данным ряда авторов и нашим собственным наблюдениям приведены в табл. 1.

Тяжесть течения при эпидемическом паротите обусловлена поражением отдельных железистых органов, нервной системы, выраженностью лихорадки, симптомов интоксикации. Различают легкое, среднетяжелое, тяжелое и стертое течение болезни. Тяжелое течение у взрослых, по данным разных авторов, наблюдается в 5 раз чаще, чем у детей. Нашими наблюдениями это не подтверждается: больные с тяжелым течением составили всего 1,3%.

Поражения различных органов и систем, обусловленные вирусом эпидемического паротита, следует рассматривать как проявление собственно болезни, а не как его осложнение. Такого мнения придерживался еще И.В. Троицкий, опубликовавший свою монографию "Материалы к учению об эпидемическом перипаротите" в 1883 году, хотя среди отечественных авторов в этом плане до сих пор нет единого мнения. Так, например, А.П. Казанцев (1988) и многие инфекционисты - педиатры к неосложненным манифестным формам относят только случаи с поражениями слюнных желез, все остальные поражения они считают осложнением эпидемического паротита. Среди основных поражений, кроме слюнных желез, у взрослых ведущее место занимает орхит, который у

мальчиков до 14 лет наблюдается редко. В наших наблюдениях орхит зарегистрирован у 30,1% больных. У большинства больных (80%) орхит обычно возникал в первые 9 дней болезни (чаще с 6-го по 9 -й) на фоне исчезающей припухлости околоушной железы.

Таблица 1

Сравнительная частота отдельных симптомов и поражений органов при паротитной инфекции у взрослых и детей (в %)

Симптомы и поражения	Взрослые		Дети
	Собственные наблюдения	Сводные данные ряда авторов	Сводные данные ряда авторов
Лихорадка	85,3	89,9 – 93,3	61 – 88,7
Лихорадка бол. 8дн.	6,8	22	3
Паротит одностор.	16,9	25 - 58	19 - 20
Паротит двустор.	79,7	42 – 73,2	37,6 - 80
Симптом Мурсу	82	86,9	90
Боли в области слюнных желез	98,1	94,5 - 100	77,5
Головная боль	37	45	49
Тошнота, рвота	6,7	12	
Сухость во рту	26,9	2,38	
Паротит + субмаксиллит	56,2	51,8	25
Субмаксиллит изолированный	3,4	2 – 4,9	2,6
Поражение слюн. желез + орхит	30,1	38 – 54,2	0 – 2
Поражение слюн. желез + панкреатит	1	5,1	0 – 72,5
Поражение слюн. желез + менингит	1,4	5,7-15,5	30
Поражение слюн. желез + орхит + менингит	3,1		
Течение болезни			
Легкое	24	22	45
Средней тяжести	74,7	58,9	52,5
Тяжелое	1,3	19,5	2,5

Обычно поражается одно яичко (по нашим наблюдениям и данным других авторов, более чем у 80% больных), однако наблюдается и двусторонний орхит. Выраженные признаки орхита держатся, как правило, не более 3-5 дней, после чего клинические проявления идут на убыль и уже к 10-15-у дню болезни они исчезают. Развитие орхоэпидидимита наблюдается чаще на 5-9-й день болезни. Опухоль придатка при паротите, в отличие от эпидидимитов другой этиологии, быстро появляется и также быстро исчезает.

Изолированное поражение придатков яичек встречается очень редко, нами это отмечено только у 2-х больных.

Частота поражения поджелудочной железы, по данным разных авторов, колеблется от 1-2% до 42,2% (В.А. Постовит, 1982), а у детей превышает 70%. В.Н. Реморов справедливо подчеркивает, что это зависит от того, что авторы считают основанием для постановки диагноза панкреатита. Как и при орхитах, поражение поджелудочной железы может развиваться до опухания слюнных желез, одновременно с ним или спустя некоторое время. В целом течение панкреатита при данной инфекции имеет доброкачественный характер и через 5-10 дней заканчивается выздоровлением. В наших наблюдениях явные клинические признаки панкреатита наблюдались всего у 1% больных, при этом повышение активности амилазы мочи у них было в 10 раз выше нормы. Наряду с этим, у больных без клиники острого панкреатита также нередко имело место повышение активности амилазы мочи: в 2 раза - у 20,7%, в 3-5 раз - у 25,3%, более 6 раз - у 10% больных. По мнению А.П. Казанцева (1988), повышение активности амилазы мочи в 5 раз и более по сравнению с исходным уровнем делает вероятным предположение о возможности развития панкреатита.

Ввиду тропности возбудителя к нервным клеткам при эпидемическом паротите часто поражается центральная нервная система. Серозные менингиты и менингоэнцефалиты при этой болезни характеризуются теми же клиническими проявлениями, что и подобные поражения другой этиологии, причем у лиц мужского пола они встречаются более чем в 3 раза чаще, чем у женщин. Серозные менингиты, как правило, сочетались с поражением других органов и возникали на 3-7-й день болезни. Течение менингита обычно доброкачественное, хотя санация цереброспинальной жидкости у взрослых протекает медленнее, чем у детей (иногда до 3-х недель и больше) и значительно отстает от клинического выздоровления. В наших наблюдениях серозный менингит на фоне других поражений, характерных для паротитной инфекции, наблюдался у 4,5% больных. Исход болезни у всех был благоприятный.

Комплекс терапевтических мероприятий для больных с поражением только слюнных желез включал соблюдение постельного режима, обеспечение соответствующего питания, назначение симптоматических средств, витаминов, индометацина, как противовоспалительного анальгезирующего средства, полоскания полости рта, физиотерапевтических процедур в течение 5 дней. При возникновении орхита проводимую терапию дополняли назначением преднизолона в начальной дозе 60-80 мг в сутки коротким курсом - 5-6 дней, иногда больше. При развитии панкреатита больные в первые сутки должны голодать, ограничиваться питьем 1-2 л жидкости. В последующие дни диета расширяется. Вместе с инфузионной дезинтоксикационной терапией внутривенно вводили антиферментные препараты: контрикал, трасилол. При появлении паротитного менингита всем больным производили люмбальную пункцию, которая имеет не только диагностическое, но и лечебное значение. Проводили общепринятую при подобной патологии дезинтоксикационную и дегидратационную терапию. Преднизолон применяли только при тяжелом течении менингита. Развития менингоэнцефалитов у наблюдавшихся нами больных не было, но в подобных случаях назначение глюкокортикоидных гормонов обязательно.

В последние годы при лечении больных паротитной инфекцией, особенно в педиатрии, стали применять препараты интерферонового ряда.

Для лечения 60 больных железистыми формами паротитной инфекции: 30 больных паротитом и субмаксиллитом ("П+С") и 30 - с диагнозом "паротит+орхит" ("П+О") мы применяли препарат ВИФЕРОН, разработанный в НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи. Лекарственная форма - суппозитории - обеспечивает простой, безопасный способ введения. Больные в комплексе с базисной терапией получали ВИФЕРОН-2 с содержанием 500

тыс. МЕ ИФН в 1-й свече и ВИФЕРОН-3, с содержанием 1млн МЕ. Назначали по 1-ой свече 2 раза в день с интервалом 12 часов, длительность курса - 5 дней. Контрольную группу составили 20 больных, получавших плацебо, и 40 больных - только базисную терапию.

По результатам проведенного анализа различия в длительности лихорадки у больных, леченых вифероном, и не получавших препарат, были незначительными: у первых она была короче менее чем на 1 день, что не имело статистической значимости. Более существенными были различия в продолжительности признаков поражения желез: у больных, леченых с применением виферона, явления паротита сохранялись до $11,4 \pm 2,6$ дня, в группе сравнения - $14,3 \pm 2,7$ дня. То же можно сказать о продолжительности орхита: в исследуемой группе она равнялась $7,45 \pm 0,25$ дня, в контрольной - $9,15 \pm 0,3$ дня. Вместе с тем следует отметить, лечение вифероном не предотвращало развития орхита у части больных паротитом - это наблюдалось у 2-х из 30 больных (6,6%), однако в контрольной группе подобное развитие болезни произошло у 16,6% (10 из 60), т.е. наблюдалось в 2,5 раза чаще. Ни в одном случае применения виферона не зарегистрировано каких-либо побочных реакций.

У всех больных, получавших виферон и плацебо, диагноз паротитной инфекции был подтвержден серологически в ИФА. Исследования проводили до лечения и после окончания курса лечения. Хотя интервалы между исследованиями в динамике были небольшими - в пределах 1-й недели, все же прослеживались определенные тенденции в изменении титров противопаротитных антител классов IgM и IgG. За это время у больных "П+С" отмечено нарастание IgM на 12,3% по сравнению с содержанием до начала лечения вифероном, в то же время изменение содержания IgG в сторону повышения составило всего 4,3%. У больных "П+О" также наблюдалось некоторое увеличение антител обоих классов - на 10,5 и 4,0%. В группе больных, которым назначали плацебо, подобной динамики не отмечено.

ВЫВОДЫ:

1. Паротитная инфекция у взрослых имеет ту же типичную клиническую картину, что у детей.
2. Преобладающими у взрослых были легкие и среднетяжелые формы, тяжелое течение болезни зарегистрировано всего у 1,3 % больных. В определенной степени это можно объяснить ранней госпитализацией большинства больных, которые были преимущественно из очагов организованных коллективов.
3. Несмотря на это у каждого третьего взрослого больного паротитной инфекцией развились орхиты и орхоэпидидимиты, что при сравнении с данными литературы значительно превышает частоту этих поражений у детей. В то же время у взрослых поражения ЦНС зарегистрированы намного реже - всего у 4,5 %, так же как и панкреатиты - у 1 % больных.
4. Отечественный препарат интерферонового ряда ВИФЕРОН, проявляющий очевидную клиническую эффективность, выпускаемый в удобной и простой для применения лекарственной форме, обладающий хорошей переносимостью, может быть рекомендован для включения в комплексную терапию больных паротитной инфекцией.

Литература

1. Реморов В.Н. Эпидемический паротит у взрослых. Рига: Издательство Академии наук Латвийской ССР, Рига, 1961.
2. Постовит В.А. Детские капельные инфекции у взрослых. - М., 1982.

3. Казанцев А.Н. Эпидемиологический паротит. – М., 1988.
4. В.А.Постовит, В.Корягин Эпидемический паротит. // Медицинская газета, 1998. №6, 21.01.
5. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. – М., 1996.
6. Тареев Т.Г., Брагина Г.С., Малиновская В.В., Романцов М.Г. Виферон-рекомбинантный α_{2b} – ИФН: применение в педиатрии: Руководство для врачей и фармацевтов / Под ред. В.В.Малиновской, М.Г.Романцова. – М., 1997. – 78 с.
7. “Виферон - новый противовирусный и иммуномодулирующий препарат для детей и взрослых”. Руководство для врачей под ред. Малиновской В.В. - М., 1998.
8. Интерферонотерапия и иммунотерапия: методы контроля и повышения эффективности. // Terra medica nova/ - М., 1998. - №1, с. 32.
9. Токмалаев А.К., Малиновская В.В., Голованзюк Д.В., Бабайлов А.Ф., Голуб В.П., Половинкина Н.А., Петрова Е.В. // Применение виферона у взрослых больных паротитной вирусной инфекцией, - Пятый российский съезд врачей-инфекционистов. Тезисы докладов. - М., 1998., с. 311.
10. Иванова В.В., Сиземов А.Н., Аксенов О.А. // Применение виферона у детей с различными формами эпидемического паротита. – “Человек и лекарство” VI Российский национальный конгресс. Тезисы докладов. - М., 1999., - с. 296.
11. Токмалаев А.К., Малиновская В.В., Голованзюк Д.В., Бабайлов А.Ф., Голуб В.П., Половинкина Н.А., Петрова С.В. // Клиническая эффективность виферона в комплексной терапии взрослых больных паротитной вирусной инфекцией. – “Человек и лекарство” VI Российский национальный конгресс. Тезисы докладов. - М., 1999., - с. 335.

CLINIC AND TREATMENT OF A PAROTITIS INFECTION FOR THE ADULTS

**A.K. TOKMALAEV, N.A. POLOVINKINA, V.P. GOLUB, A.F. BABAYLOV,
I.V. BARYSHEVA, S.V. SMETANINA**

*RPFU's faculty of infectious diseases with a course of epidemiology.
Moscow, 105275, 8-th Street Socolinoy gory, h.15.*

In paper the results of research 1412 patients by a parotitis infection in the age of from 18 till 30 years represented. As a result of the carried out inspection was detected, that the parotitis infection for the adults has the same typical clinical picture, as for children. The dominant forms of current of disease were mild and medium-serious. The serious current of disease was registered for 1,3 % of the patients. Despite of it, for each third adult patient the orchitis and orchitepididimites explicated, that at matching with literary data's, considerably exceeded frequency of these defeats for children. At the same time involvement of the central nervous system and pancreatitis are registered all for 4,5 % and for 1,0 % of the patients accordingly. The diagnosis of an epidemic parotitis confirmed seroimmunologic method IFA.

The inclusion of a preparation vipheron boosted efficiency of complex therapy of the patients by the glandular forms of a parotitis infection.