

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ**

Даурова Р. А., Шнак С. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Паротитная инфекция — острое системное вирусное инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи и характеризующееся преимущественным поражением слюнных желез, а также других железистых органов и нервной системы. Как правило, заболевание протекает не очень тяжело. Эпидемический паротит (эпидпаротит, паротитная инфекция) уже в течение нескольких десятилетий относится к «управляемым» инфекциям, уровень заболеваемости, которых зависит от проведения плановой вакцинации [1, 2].

Раньше это заболевание считалось сугубо детской болезнью, потому что эпидемическим паротитом болели в основном дети в возрасте от двух до шести лет. С 1981 г. стали проводиться профилактические прививки против эпидемического паротита всем детям в возрасте 12 месяцев. Введенная с 1996 г. однократная, а с 2000 г. — двукратная иммунизация против кори, эпидпаротита и краснухи с использованием тривакцины, а также высокий охват иммунизацией позволили снизить заболеваемость эпидпаротитом по сравнению с 2000 г. в 35 раз. Современная вакцинопрофилактика позволяет ежегодно предотвратить около 2 тыс. случаев эпидемического паротита [3].

Инкубационный период заболевания (сроки от момента заражения до проявления симптомов заболевания) составляет 11–21 день. Больные заразны с последних дней инкубационного периода до момента затухания воспалительного процесса в железистых органах, т. е. примерно в течение 7–10 дней от момента заражения [4].

Развитие эпидпаротита опасно своими осложнениями. Их развитие начинается обычно с 5–10-го дня от появления симптомов заболевания. Наиболее серьезное из осложнений — орхит (воспаление яичек), возникающее в 12–66 % случаев у молодых мужчин и мальчиков, вступивших в период полового созревания. В результате этого осложнения в последствии развивается бесплодие. На втором месте среди осложнений находится острый панкреатит. Среди осложнений со стороны центральной нервной системы наиболее часто возникает серозный менингит, крайне редко — менингоэнцефалит. При появлении болей внизу живота у девочек — подростков на фоне эпидемического паротита необходимо думать об оофорите (воспалении яичников). Эпидемический паротит у беременных женщин может привести к выкидышу или врожденному заболеванию плода. Именно такие особенности заболевания и возможность серьезных осложнений, делают данное заболевание столь актуальным на сегодняшний день и требуют особо внимания и своевременной диагностики.

Цель

Анализ эпидемиологических, клинических особенностей паротитной инфекции у пациентов УЗ «Гомельская областная клиническая инфекционная больница».

Материал и методы исследования

Нами проводился анализ 16 медицинских карт стационарного пациента с направительным диагнозом «эпидемический паротит» за 2012–2018 гг. Клиническое наблюдение включало объективное обследование при поступлении в стационар и в дальнейшем в течение всего пребывания в клинике от 3 до 11 дня. Лабораторное обследование состояло из клинического анализа крови, общего анализа мочи, по показаниям проводилось определение уровня амилазы крови и мочи, исследование спинномозговой жидкости, иммунного статуса, УЗИ, ЭКГ.

Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statisticas» 6.0.

Результат исследования и их обсуждение

У 7 пациентов диагноз «эпидемический паротит» подтвержден клинически, у 3-х из них также лабораторно, у 6 человек установлен диагноз «паротит неуточненной этиологии», 1 пациенту поставлен вторичный эпидемический паротит и еще 1 пациенту — субмаксилит-паротит. Среди этих пациентов преобладали дети (дошкольный возраст — 18,65 %, из них посещают детский сад — 12,4 %, школа — 37,5 %, взрослые — 43,85 %). Большинство детей было из организованных коллективов: детский сад — 2 человека, школа — 6 человек. К неорганизованным относился только 1 ребенок дошкольного возраста. Средний возраст пациентов — $18,3 \pm 12,95$ лет, с индивидуальными колебаниями 3 — 43 год. Преобладали лица мужского пола (мужчин — 75 %, женщин — 25 %). Заболеваемость характеризуется выраженной сезонностью и ее максимум приходится на апрель-май (37,5 %), минимум — на июль-сентябрь месяца (12,5 %). Подавляющее большинство пациентов являлись городскими жителями 87,5 %.

Как известно, явный признак эпидемического паротита — вовлечение в процесс околоушных слюнных желез. Чаще процесс начинался с одной стороны, а через несколько (1–5) дней поражалась и вторая железа. Одностороннее поражение околоушных желез было у 81,25 %, двустороннее — у 12,5 % пациентов и проявлялось припухлостью и болезненностью. У 6,25 % больных отмечено поражение как околоушных, так и подчелюстных желез.

Температура тела повышалась у большинства пациентов (у 14 (87,5%)) и колебалась от $37,1$ до $38,6$ °С; у 2 (11,5 %) пациентов — оставалась нормальной. Продолжительность лихорадки от 3 до 6 дней, в среднем $2,63 \pm 2,53$ дней. Средняя длительность лихорадки у пациентов различного пола была примерно равной (у мужчин — $2,58 \pm 2,59$ дней, у женщин — $2,75 \pm 1,92$ дней, $p > 0,05$), по возрасту наибольшая длительность лихорадки отмечалась у взрослых (у взрослых — $4,14 \pm 2,58$ дней, у детей — $1,44 \pm 1,49$ дней, $p \leq 0,05$). Средняя температура у женщин составила $37,8 \pm 0,48$ °С, у лиц мужского пола — $37,56 \pm 0,66$ °С. Максимальная температура тела составила, в среднем $37,8 \pm 0,64$ °С.

Важное диагностическое значение имеет также симптом Мурсона — гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки вокруг отверстия протока околоушной железы (в преддверии рта на уровне второго или первого коренного зуба верхней челюсти). Симптом Мурсу наблюдалось в 50 % случаев. Частота встречаемости по полу одинаково (мужчин — 50 %, женщин — 50 %, $p > 0,05$). Чаще этот симптом наблюдался у детей (дети — 43,85 %, взрослые — 56,15 %, $p \leq 0,05$). Специфические осложнения зарегистрированы у 25 % пациентов, чаще они отмечались на фоне одностороннего паротита (81,25 %). Паротитный панкреатит выявлен — у 18,75 % пациентов с осложнениями. У пациентов с диагнозом эпидпаротит выявлялся также субмаксилит (6,25 %).

Изменения количества лейкоцитов периферической крови у большинства пациентов не отмечалось (у 62,5 %), у 31,25 % был лейкоцитоз, у 6,25 % — лейкопения.

В общем анализе мочи выявляется повышение уровня амилазы (у 56,25 %).

Среди 16 подозрительных на эпидемический паротит случаев, выявленных и направленных на лабораторное обследование, подтверждены только 3 (18,75 %), на основании обнаружения специфических IgM антител. Определение IgM антител к вирусу паротита выполняли с использованием иммуноферментных тест-систем.

Вывод.

Чаще с эпидпаротитом направлялись лица мужского пола. Болезнь чаще всего встречалась у детей (в возрасте 3–10 лет), а также у подростков (в возрасте от 14 до 18 лет). Подавляющее большинство пациентов были городскими жителями. Только у 1 пациента имелся ранее контакт с пациентом с эпидпаротитом, у 3 пациентов было не известно о наличии контакта, а у всех остальных 12 пациентов контакт отсутствовал. Симптом Мурсона наблюдался практически у половины пациентов (7 человек). У большинства (13 человек) поражалась только 1 слюнная железа (у 9 человек — поражение слева, у 4 человека — поражение справа). Диагноз эпидпаротит был выставлен на основании клинических признаков, а также лабораторных данных у 7 пациентов. У 3 пациентов он был подтвержден с помощью метода ИФА, в результате найденных Ig M.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шиманович, В. П. Годовая динамика и возрастные особенности заболеваемости эпидемическим паротитом в периоды однодозовой и двухдозовой иммунизации в Республике Беларусь / В. П. Шиманович, Е. О. Самойлович // Мед. журн. — 2013. — № 4. — С. 107–110.
2. Самойлович, Е. О. Надзор за вакциноуправляемыми инфекциями в Республике Беларусь: соответствие международным стандартам / Е. О. Самойлович // Здоровоохранение. — 2014. — № 6. — С. 7–12.
3. Влияние вакцинации на популяционный иммунитет к вирусу паротита в Республике Беларусь / Е. О. Самойлович [и др.] // Здоровоохранение. — 2012. — № 11. — С. 45–48.
4. Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика / А. П. Агафонов [и др.] // Новосибирск: ЗАО «Медико-биологический Союз», 2007. — 82 с.

УДК 616.24-002.828-07-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ

Бакулина К. В., Дорошкевич А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Буйневич*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Микобактериоз легких — инфекционное заболевание, возбудителем которого являются нетуберкулезные микобактерии. Распространенность заболевания на территории промышленно развитых стран составляет 1–2 случая на 100 тыс. человек [1], однако, не смотря на отсутствие эпидемиологической опасности, микобактериозы становятся все более актуальной медицинской проблемой в связи с ежегодным ростом числа пациентов с микробиологически подтвержденным диагнозом [2]. Это связано с большей осведомленностью о заболевании, с появлением новых, более точных диагностических методик идентификации микобактерий до вида, ежегодным ростом числа людей, входящих в группы риска по развитию заболевания. Среди возможных причин развития инфекции, вызванной нетуберкулезными микобактериями, рассматривают также снижение локального или общего иммунитета, снижение распространенности туберкулеза [3, 4, 5]. Трудность диагностики микобактериоза легких заключается в отсутствии характерного симптомокомплекса болезни. Факторами, обуславливающими затруднения в оказании качественной медицинской помощи больным микобактериозами, являются высокие затраты, связанные с длительным лечением подобных пациентов [6], трудности интерпретации тестов лекарственной чувствительности и подбора схем терапии, часто неудовлетворительные результаты лечения [7, 8].

Цель

Изучить научно-исследовательские работы, посвященные современным подходам к диагностике и лечению микобактериоза легких, опубликованные зарубежными и отечественными учеными.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ источников медицинской информации, посвященных диагностике и лечению микобактериоза, по средствам библиографических баз MEDLINE, PubMed и EMBASE, за период с 2000 по 2018 гг. Использовались следующие поисковые термины: non-tuberculous mycobacteria, pulmonary mycobacteriosis, treatment. Поиск осуществлялся также по отечественным публикациям, не вошедшим в указанные поисковые системы.

Результаты исследования и их обсуждение

Нетуберкулезные микобактерии относятся к порядку *Actinomycetales*, семейству *Mycobacteriaceae*, включающему 2 рода: *Mycobacterium* и *Amycolicococcus*. Микобактериоз вызывают около 60 видов нетуберкулезных микобактерий [19], которые классифицируются по скорости роста на питательных средах на медленно растущие (видимый рост на среде более чем через 7 дней) и быстрорастущие (видимый рост на среде менее чем через 7 дней). К наиболее клинически