

Садыкова А.А.

ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ

A.A. Sadykova

PANCREATIC INVOLVEMENT OF ADULT PATIENTS WITH MUMPS

УДК: 616.995/545.20

Данное исследование посвящено комплексному изучению частоты и особенности течения паротитной инфекции у взрослых больных с вовлечением поджелудочной железы в патологический процесс в условиях Кыргызстана и направлено на разработку алгоритмов ранней диагностики, профилактических и лечебных мероприятий при данном заболевании.

Ключевые слова: паротитная инфекция, панкреатит, взрослые больные, диастаза крови, мочи.

The Given research is devoted the complex comparative study showed the rate and characteristics of the course of mumps in patients with pancreatic involvement in Kyrgyzstan and on working out of rational algorithms diagnostic, preventive and medical actions in of mumps infection.

Key words: mumps, pancreatitis, adult patients, diastase in blood and urine

Введение.

Частое проявление эпидемического паротита – острый панкреатит, нередко протекающий бессимптомно и диагностируемый только на основании повышения активности амилазы и диастазы в крови и моче. Частота развития панкреатита, по данным различных авторов, варьирует в широких пределах - от 2 до 50% [1,2,4]. Чаще он развивается у детей и подростков. Такой разброс данных связан с использованием различных критериев диагностики панкреатита.

Объём и методы исследования.

Клиническое наблюдение включало объективное обследование 314 больных в возрасте от 6 до 38 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с диагнозом: «Эпидемический паротит» в 2005-2010 гг. при поступлении в стационар и в дальнейшем в течение всего пребывания в клинике от 7 до 21 дня. Из них только 10% составили женщины. Лабораторное обследование состояло из общего анализа крови и мочи, по показаниям проводились – определение уровня диастазы крови и мочи, исследование спинномозговой жидкости, УЗИ, ЭКГ.

Результаты исследования.

Клинически выраженные признаки панкреатита (ПТ) в сочетании с другими локализациями паротитной инфекции установлены у 122 (38,8%) из 314 больных в возрасте от 6 до 38 лет. Один больной – 46 лет (табл. 1).

Таблица 1

Частота сочетания панкреатита с другими локализациями у больных ЭП

Сочетание клинических проявлений	Абс.чис.	%
Паротит + панкреатит	60	49,2
Паротит + панкреатит + орхит	37	30,3
Паротит + панкреатит + субмаксиллит	18	14,8
Паротит + панкреатит + субмаксиллит + орхит	5	4,1
Паротит + панкреатит + субмаксиллит + орхит + серозный менингит	2	1,6
Всего:	122	100,0

Как и в исследованиях прежних лет [1.4.5], более половины больных (52,4%) с вовлечением в патологический процесс поджелудочной железы составили дети от 6 до 14 лет, в том числе: 6-10 лет – 9,8%, 10-14 лет – 42,6% (52 ребёнка).

Из числа взрослых (58 больных), панкреатитом паротитной этиологии чаще всего болели подростки и юноши 15-20 лет – 63,8%. У лиц старше 30 лет данное заболевание встречалось редко – в 8,6% случаев.

Частота панкреатита была примерно одинаковой при тяжелых и среднетяжелых формах ЭП (соответственно 51,1% и 53,2%), при легких формах – редко (1,43 %). Среди 314 больных изолированный панкреатит наблюдался только в одном случае (0,3%), в сочетании с увеличением слюнных желез – в 19,1%, орхита – в 11,8%, в 7,9% поражение носило множественный характер.

Из 122 обследованных больных с вовлечением в патологический процесс поджелудочной железы повторное или многократное повышение уровня диастазы крови и мочи имело место у 65 больных (53,3%).

Анализ показал, что вовлечение в воспалительный процесс нескольких железистых органов не сказывается на частоте повышения уровня диастазы ($p > 0,05$).

В то же время у взрослых больных паротитной инфекцией без вовлечения поджелудочной железы (192 чел.) довольно часто обнаруживалось повышение уровня диастазы крови и мочи (14,1%), что свидетельствует о гиподиагностике панкреатита или наличии воспаления поджелудочной железы в субклинической форме.

Определение уровня диастазы у детей в возрасте до 2-х лет не проводилось. У двух детей 3 и 5 лет, а также у 9,8% детей младшего школьного возраста установлено повышение содержания диастазы в крови и моче. У подростков и взрослых пациентов повышение уровня диастазы в моче наблюдалось в 51,8% случаев.

Повышение уровня диастазы мочи почти у всех взрослых больных имело место с начала заболевания – одновременно с поражением слюнных желез или несколько запаздывало, появляясь на первой неделе болезни, на фоне уже увеличенных слюнных желез. В поздние сроки, со второй недели ЭП, панкреатит возникал в 9,8% случаев.

Диагноз панкреатита клинически был установлен у 69 больных из 127 чел. (54,3%), обследованных на содержание диастазы в сыворотке крови в Республиканской клинической инфекционной больнице, а в прошлые годы панкреатит диагностировался только у 9 чел. (15,5%) из 58, обследованных на уровень диастазы.

Среди 127 больных паротитной инфекцией, обследованных на содержание диастазы (альфа-амилазы) в сыворотке крови, у 112 (88,2%) – данный показатель был значительно повышен и составил $90,3 \pm 5,6$ мг/мл/ч

Тогда как, у анализируемых 5 лет назад больных данной инфекцией, только у – 34,5% выявлено умеренное повышение уровня диастазы – $63,7 \pm 7,8$ мг/мл/ч, что свидетельствует об увеличении тяжести современной паротитной инфекции.

Уровень диастазы мочи у наблюдаемых нами больных ЭП (33 больных) составил $200,5 \pm 11,2$ мг/мл/ч; содержание диастазы в сыворотке крови у 42 (37,5%) больных было более 100 мг/мл/ч, а у 5 больных (15,5%) уровень данного фермента в моче колебался от 400 до 640 мг/мл/ч.

У большинства больных уровень диастазы мочи был повышен в течение одной недели – 73,8%, а в 19,7% повышенный уровень держался в течение двух недель. При определении сахара мочи реакция оказалась слабо положительной в 10,7% случаев; уровень сахара в крови при этом был нормальным.

Характерные клинические симптомы поражения поджелудочной железы выявлены только у 27 из 122 (22,1%) больных в возрасте 20-30 лет. У остальных имелся не резко выраженный симптомокомплекс – повторная рвота, тошнота, головная боль, боль в животе, нередко опоясывающего характера, метеоризм, повышение температуры тела, дисфункция кишечника (не частый жидкий стул, без патологических примесей).

С целью суждения об изменениях, связанных непосредственно с панкреатитом, были проанализированы данные, касающиеся 60 больных, у которых отмечалось только увеличение околоуш-

ных слюнных желез и поражение поджелудочной железы. Панкреатит развивался преимущественно одновременно с поражением слюнных желез у 51 чел. (85%) и только у 9 чел. (15%) позже.

При этом почти в одной трети случаев – в 28,3% - паротит протекал в легкой форме; тяжелая и среднетяжелая формы заболевания наблюдались соответственно в 13,3% и в 58,4%.

Госпитализация больных (60 чел.) проводилась в первые два дня заболевания паротитной инфекцией – 16,7% случаев, на 3-5 дни – 35%, на 5-7 дни – 36,7% и в более поздние сроки болезни (8-14 дни) – 11,6%.

Паротитная инфекция у большинства больных начиналась остро.

Увеличение околоушных слюнных желез наблюдалось в первые два дня болезни. Максимальная температура тела в 75% была выше $38,0^{\circ}\text{C}$, при этом у 25% превышала $39,0^{\circ}\text{C}$. Нормальная температура на всем протяжении болезни была в 3,3% и субфебрильная – в 16,7%. Повышенная температура тела у большинства больных (68,3%) была довольно кратковременной – с первого по пятый дни болезни.

В 62,7% случаев имели место различные клинические симптомы, которые можно было связать с панкреатитом: головная боль (32,6%), рвота (30,5%), боль в животе (14,7%). Повышенный уровень диастазы крови и мочи в среднем наблюдался около 10 дней. При возникновении панкреатита в более поздние сроки, чем поражение слюнных желез, что наблюдалось у 11 больных, температурная кривая носила двугорбый характер. Повторное повышение температуры тела, определяющее второй горб, совпадало с появлением панкреатита. После острого периода температура тела у большинства больных (68,3%) была нормальной, в 31,7% - субфебрильной.

Сроки лечения в стационаре у больных со среднетяжелой формой паротитной инфекции в сочетании с панкреатитом составили: $9,3 \pm 2,7$ койко- дней и тяжелой формой – $13,1 \pm 3,9$ дн. При легкой – $8,3 \pm 3,3$ дн.

Выводы.

1. Поражение поджелудочной железы при паротитной инфекции выявлено у 38,8% взрослых больных.
2. Клиническая диагностика панкреатита представляла затруднения ввиду отсутствия характерных изменений. Доказательством того, что повышение уровня диастазы мочи отражает поражение поджелудочной железы, являлось развитие панкреатита в более поздние сроки от начала заболевания.
3. Панкреатит протекал доброкачественно и преимущественно в среднетяжелой (58,4%) и легкой (28,3%) формах. Тяжесть паротитной инфекции, зачастую обуславливалась сочета-

нием панкреатита с орхитом, субмаксиллитом и серозным менингитом (13,3%).

Литература:

1. Аксенов О.А., Сиземов А.Н., Пархаева О.В. и др. Роль интерферона в терапии осложненных форм паротитной инфекции у детей // Сб. материалов научной конференции. «Вирусные инфекции на пороге XXI века: эпидемиология и профилактика». – СПб., 1999. – С. 120.
2. Борисов Ю.Н., Тихомолова Е.Г., Аббасова С.В., Фурсова Е.А. и др.
3. Особенности паротитной инфекции у военнослужащих //Матер. Конференции посвященной 175-

летию со дня рождения С.П. Боткина.- СПб, 2007.- С. 223.

4. Болотовский В.М, Геликман Б.Г., Михеева И.В., Шубин Н.С.,
5. Глинская Е.В. Результаты иммуноэпидемиологического обследования очагов эпидемического паротита //Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1990. – № 8. – С. 42-46.
6. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д.
7. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.
8. Тимченко В.Н. Эпидемический паротит – эволюция, причина бесплодного брака, современная терапия, экстренная профилактика.- СПб, 2007.- 261

Рецензент: д.м.н., профессор Кутманова А.З.