КЛИНИЧНА ПРАКТИКА – ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА

МНОЖЕСТВЕНИ И РЕДКИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ ПРИ ПАРОТИТНАТА ИНФЕКЦИЯ

И. Диков[1], Г. Попов[1], А. Апостолова[1], Д. Димитрова[1], Д. Стойнова[1], К. Плочев[1], В. Ковальова[2], С. Стоянова[1] и Р. Михайлова[1]

[1]Клиника по инфекциозни, паразитни и тропически болести, ВМА – София
[2]Център по военна епидемиология и хигиена, ВМА – София

MULTIPLE AND RARE LOCALIZATIONS AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF MUMPS

I. Dikov[1], G. Popov[1], A. Apostolova[1], D. Dimitrova[1], D. Stoynova[1], K. Plochev[1], V. Kovaliova[2], S. Stoyanova[1] and R. Mihailova[1]

[1]Clinic of Infectious, Tropical and Parasitic Diseases, MMA – Sofia
[2]Center of Military Epidemiology and Hygiene, MMA – Sofia

Резюме: *Характерна особеност на заболяването епидемичен паротит е засягането от вируса на слюнчените жлези, други жлезисти органи и ЦНС. Съобщава се за трима болни с повече от две локализации на паротитния вирус и съответните клинични изяви: паротит, орхит, субмандибулит, панкреатит, менингизъм с мозъчен оток. При двама пациенти е налице и чернодробно засягане, прието за паротитен хепатит, а също така и прояви от вестибуларния апарат, интерпретирани като комбиниран отоневрологичен синдром.*

Ключови думи: *епидемичен паротит, паротитен хепатит, отоневрологичен синдром*

Адрес за кореспонденция: *Проф. И. Диков, дмн, ВМА, Клиника по инфекциозни и тропически болести, ул. „Г. Софийски" 3, 1431 София, сл. тел.: 92-26-157*

Summary: *Mumps is characterized by viral invasion in the salivary glands, other glandular organs and CNS. Presented are three patients with more than two localizations of mumps, and the corresponding clinical sings: parotitis, orchitis, submandibulitis, pancreatitis, cerebral oedema. In two patients, a hepatic lesion assumed as mumps hepatitis, and signs of vestibulopathy, interpreted as combined otoneurological syndrome are observed.*

Key words: *mumps, mumps hepatitis, otoneurological syndrome*

Address for correspondence: *Prof. I. Dikov, MD, PhD, Dr Sc, Military Medical Academy, Clinic for Infectious and Tropical Diseases, 3 Sv. G. Sofiyski str., Bg – 1431 Sofia, tel.: 92-26-157*

ВЪВЕДЕНИЕ

Характерна особеност на инфекциозния процес, предизвикан от паротитния вирус, е засягането не само на слюнчените жлези, но и на други жлезисти органи, както и на ЦНС. В научната литература възпалителните процеси като орхит, орхиепидидимит, оофорит, панкреатит, тиреоидит, дакриоцистит се приемат като израз на други локализации на паротитния вирус. Спорен е въпросът за генезата на други органни възпалителни процеси: нефрит, цистит, пневмопатии, ендокардит, миокардит, отит, синуит, хепатит и др. Повечето автори ги интерпретират като усложнение на паротита (М. А. Дадиомова и Р. М. Пратусевич, 1974; А. П. Казанцев, 1976; E. Pilly, 1978; S. Baum и N. Zittman, 1988; R. Gi. Petersdorf и I. L. Bennett, 1957).

Този проблем има важно практическо значение, особено въпросът за чернодробното зася-

гане при паротитна инфекция. Мнозинството стари автори приемат, че при нея няма такова засягане – липсват хепатомегалия, промени във функционалните чернодробни проби. Единични са съобщенията за установени промени като хепатомегалия, повишени серумни трансаминази, дори поява на иктерен синдром, т.е. клинично изявен хепатит (А. П. Казанцев, 1988; С. Постовит, 1982; В. Я. Негреску, 1957; М. Н. Мелник и др., 1979; R. Gi. Petersdorf и I. L. Bennett, 1957; E. Pilly, 1976; S. Kernbaum, 1982; S. Baum и N. Zittman, 1988).

Друг интересен за практиката въпрос е множествеността на органните локализации при паротитната вирусна инфекция. Съчетанието на две до три такива локализации, най-често паротит с панкреатит, паротит с орхит, паротит с менингит или паротит + орхит + панкреатит, е сравнително често. Много по-рядко е наличието на повече локализации. Единични са съобщенията в чуждата литература за четири или пет клинични локализации (Т. Ф. Корнеева, 1971, цит. по Мелник; И. Л. Богданов и В. В. Гебеш, 1976). В нашата литература Илиева и сътр. съобщават за двама болни с три локализации – паротит + панкреатит + орхит при 13.33% от 50 наблюдавани болни (П. Илиева и др., 2000).

По време на последната епидемия от епидемичен паротит – 2006/2007 г., наблюдавахме няколко пациенти с над три клинично проявени органни локализации, включително и чернодробна, които представяме накратко.

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е да се опишат болни с повече от две локализации на паротитния вирус, както и с много редки локализации на вируса.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Н. О. М., 20 г., И.З. № 2390/30.01.2007 г. Заболяването при пациента започва с висока температура до 38°С, болки при дъвчене и обща отпадналост. В поделението, където служи, има болни от заушка войници. Постъпва с изразен оток на лявата паротисна жлеза на 3-тия ден от началото на заболяването. През следващите дни с появата на нов фебрилитет се развива последователно картината на:

– панкреатит с несилни болки в епигастриума, гадене без повръщане паралелно с повишено ниво на серумната амилаза;

– изразен световъртеж, нарушение на равновесието със залитане при ставане от леглото и положителен тест на Romberg. Консултацията с УНГ специалист дава заключение за комбиниран отоневрологичен синдром. Постепенно за 5 дни тези прояви преминават;

– от 02.02.2007 г. се развива орхит, отначало с болки и лек оток на левия тестис, а след 2 дни и в десния тестис. Тези прояви продължават повече от 10 дни;

– умерена хепатомегалия без спленомегалия, която на 26-ия ден от заболяването не се констатира при ехографското изследване.

Резултати от изследванията:

– В урината и хемограмата не се установяват отклонения освен преходна и лека левкоцитоза и ускорена СУЕ при появата на орхита.

– В биохимичните показатели е налице повишена серумна амилаза (381-199-143-115 U/l); повишени ALAT и ASAT (55/65-40/73-88/167-41/147-25/63 U/l); нормални билирубин, алкална фосфатаза и GGTP.

– Вирусологично изследване: за хепатитни маркери A, B, C – двукратно негативни; за CMV, EBV, аденовируси, микоплазми, хламидии, P. Burnetti, грипни и парвовируси – негативни; за епидемичен паротит: позитивни антитела от клас IgM.

– Имунологични изследвания: всички показатели за имуноглобулини M, G и A са с нормални стойности; C3 и C4 са в норма; няма автоантитела.

Проведено е комплексно лечение, което включва:

– пълен покой и режим на легло;

– повдигаща превръзка на скротума;

– метилпреднизолон в „каскадна" схема на дозировката (1 mg/kg т. маса) заедно с кларитромицин по 500 mg за 9 дни;

– нестероидни противовъзпалителни средства;

– кавинтон, ноотропил, бетасерк за 20 дни;

– креон за 7 дни.

Постепенно болният се възстановява и е изписан на 07.03.2007 г. (след 36 дни болничен престой) клинично здрав, с нормализирани серумни трансаминази и амилаза. След 30 дни е проведено изследване на спермограмата с данни за азооспермия и пациентът е насочен към клиника по урология за проследяване и лечение. На четвъртия месец от паротита се констатира лека атрофия на левия тестис и персистираща азооспермия.

Окончателната диагноза е епидемичен паротит, двустранен паротитен орхит, паротитен панкреатит, паротитен хепатит, вестибулопатия.

2. В. С. К., 21 г., И.З. № 2389/30.01.2007 г. Пациентът заболява с висока температура до 39°C, болки при дъвчене и оток на двете паротидни жлези. В поделението, където служи, има контакт с болни от заушка войници. Обективно е с изразен двустранен паротит и субмандибулит, със силно главоболие, виене на свят, залитане при ставане от леглото. При снемане на неврологичния статус не се установява менинго-радикуларен синдром. Консултацията с УНГ специалист дава заключение за комбиниран отоневрологичен синдром. Установена е дискретна хепатомегалия, непотвърдена при ехографското изследване. Паралелно се развива леко изразен орхит, повече вдясно.

Резултати от изследванията:

– В урината и хемограмата не се установяват отклонения.

– В биохимичните показатели е налице силно повишена серумна амилаза (741 U/l); повишени ALAT и ASAT (30/19-86/224-330/899-69/345-32/126 U/l); GGTP (96-69), нормални билирубин и алкална фосфатаза.

– Вирусологично изследване: за хепатитни маркери A, B, C – негативни (за HCV – трикратно в динамика); за CMV, EBV, аденовируси, микоплазми, хламидии, P. Burnetti, грипни и парвовируси – негативни; за епидемичен паротит: позитивни антитела от клас IgM.

– Имунологични изследвания: всички показатели за имуноглобулини M, G и A са с нормални стойности; няма автоантитела.

Проведено е комплексно лечение със:

– пълен покой и режим на легло;

– повдигаща превръзка на скротума;

– метилпреднизолон в „каскадна" схема на дозировката (1 mg/kg т. маса) с кларитромицин за 9 дни;

– нестероидни противовъзпалителни средства;

– кавинтон, ноотропил, бетасерк за 20 дни;

– креон и улкопрол за 7 дни.

Болният се възстановява постепенно и е изписан след 36 дни болничен престой клинично здрав, с нормализирани серумни трансаминази и амилаза. След 30 дни е проведено изследване на спермограмата, при което се установява леко понижение на показателите.

Окончателната диагноза е епидемичен паротит, паротитен орхит, паротитен панкреатит, паротитен хепатит, вестибулопатия.

3. И. М. И., 20 г., И.З. № 16353/11.07.2007 г. В хода на заболяването от епидемичен паротит, доказан и серологично, се развиват едностранен орхит и менинго-радикуларен синдром с паралелни промени в хемограмата: левкоцитоза с полинуклеоза и леко ускорена СУЕ. Направената лумбална пункция дава закървен ликвор, изтичащ под високо налягане. Приехме съчетанието на три локализации на паротитния вирус: паротит, орхит и ЦНС – менингизъм с мозъчен оток. Леко повишените стойности на серумната амилаза не са съпроводени от клинични прояви на панкреатит, поради което тази диагноза не се прие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Съобщават се три случая на множествени локализации на паротитния вирус със съответната клинична картина.
2. При двама болни е налице паротитен орхит.
3. При същите болни се наблюдава и бързопреходна вестибулопатия.

Библиография

1. Богданов, И. Л. и В. В. Гебеш. Вирусные менингиты. Киев, Здоровья, 1976, 24.
2. Дадиомова, М. А. и Р. М. Пратусевич. Острые серозные менингиты и энцефалиты у детей. Ленинград, Медицина, 1974, 31-44.
3. Зозиков, В. Епидемичен паротит. – В: Инфекциозни болести. С., Мед. и физк., 1973, 222.
4. Илиева, П., М. Атанасова, Ц. Дойчинова, И. Симова, Хр. Цветанова. Клинични форми на паротитната инфекция. – Инфектология, **3**, 2000, 16-18.
5. Казанцев, А. П. Эпидемический паротит. Москва, Медицина, 1988, 69.
6. Мельник, М. Н. и др. Эпидемический паротит. Киев, Здоровья, 1979, 102-103.
7. Негреску, В. Я. – Здравоохранение (Кишинев), 1957, № 5, 26.
8. Постовит, С. Эпидемический паротит. – В: Детские капельные инфекции у взрослых. Ленинград, Медицина, 1982, 208.
9. Baum, S. et N. Zittman. Mumps. – In: Principles and Practice of Infectious Diseases. Mendell/Douglas/Benett, 1988, 874-875.
10. Kellemen, Z. et al. Hepatic involvement by mumps. – Med. Int., **23**, 1971, № 6, 659-666.
11. Kernbaum, S. Elements de pathologie infectieuse. Paris, Simep/specia, 1982, 242.
12. Petersdorf, R. G. et I. L. Bennett. Corticosteroids treatment by patients with mumps orchitis. – Arch. Int. Med., **99**, 1957, 222-224.
13. Pilly, E. Maladies Infectieuses. Paris, Crouan/Roques, 1976, 299.

Постъпила – 28 февруари 2008 г.