

SUMMARY

MEDICAL-SOCIAL AND EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES, OF THE DYNAMICS IN THE CHANGES IN THE STATE OF HEALTH OF ADULT POPULATION IN TRANSCARPATHTIA

Pirogova V.G., Fera A.V.

Medical-social and epidemiologic peculiarities of the dynamics in the changes in the state of health of the adult population in Transcarpathia have been studied. A complex of medical-prophylactic measures in epidemiologic area and environmental monitoring with definite priority risk factors of living conditions have been elaborated.

Key words: medical-social and epidemiologic peculiarities, the state of health of adult population in Transcarpathia, the dynamics of changes

УДК 616.986.7-036-07 (477.87)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПІД ЧАС ЗРОСТАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ДОРОСЛИХ ЛЮДЕЙ

Тимкович М.А., Коваль Г.М., Туряниця С.М., Поляк М.А., Поляк В.М., Оберемко С.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, м.Ужгород; Обласна інфекційна лікарня, м.Ужгород; Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м.Ужгород

Резюме: проаналізовано клініко-епідеміологічні особливості перебігу паротитної інфекції, які були зареєстровані на Закарпатті в 2006 році.

Ключові слова: епідемічний паротит, етіологія, лікування, щеплення

Вступ. Епідемічний паротит (Parotitis epidemica) – гостра інфекційна хвороба, яка спричиняється вірусом паротиту (Paramyxovirus parotitidis), передається повітряно-краплинним шляхом і характеризується ураженням привушних слинних залоз, ушкодженням інших залоз (підшлункової, щитовидної, статевих залоз), нервової системи і має схильність до епідемічного поширення [1, 3].

Моніторинг захворюваності на епідемічний паротит в Україні вказує на характерну циклічність перебігу епідемічного процесу з періодичним зростанням захворюваності кожні 4-5 років, що пов'язано з коливанням колективного імунітету при цій інфекції.

Спостереження за циклічністю перебігу епідемічного процесу в Закарпатській області вказує на те, що періодичність складає 5-6 років. За останні 20 років спостерігались три зростання – у 1990 р. (23,8 на 100 тис. населення), 1996 р. (66,5), 2001 р. (14,1). За епідеміологічними прогнозами, у 2006 р. очікувалась тенденція до наростання рівнів захворюваності на кінець року показник досяг 21,2. Протягом року спорадичні випадки виявлялись у декількох районах. З осені 2005 року захворюваність зросла в основному по Перечинському району. Одночасно спостерігається процес „подорослішання” захворюваності, оскільки питома вага дорослого населення в області зросла з 27,6% до 53,0%.

В Закарпатській області хвиля чергового циклічного зростання захворюваності на епідемічний паротит розпочалась із кінця листопада 2006 р. у Перечинському районі. Переважним чином в епідемічний процес були задіяні підлітки та доросле населення (53%). Інтенсивного розповсюдження захворювання набуло серед старшокласників середніх загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладів. Найбільш тривалі спалахи мали місце в організованих колективах. Епідемічний процес по-

ширився на інші території, у т.ч. і на м. Ужгород, де було виявлено 30 випадків. Спорадичні випадки захворювань зареєстровані в Ужгородському, Свалявському та Виноградівському районах.

За літературними даними, 15% всіх випадків захворювання на епідемічний паротит припадає на доросле населення. Орхіти, які уражають 20% дорослих із випадками епідемічного паротиту, зрідка приводять до стерильності. Немає спостережень, що хвороба у вагітних впливає на ураження плоду. Спалахи епідемічного паротиту, які в останні роки спостерігаються у США серед дорослих організованих колективів, пов'язані з недостатністю або незавершеною імунізацією дітей, народжених у період 1967-1977 років, коли вакцинація від паротиту не була обов'язковою. Тривалі спостереження протягом 35 років з моменту виготовлення на клітинах курячого ембріону вакцини вказують на те, що 95% вакцинованих відповідають тривалим специфічним антитілоутворенням високого титру, але точний термін визначено не було [4, 5].

Виявити джерело інфекції вдається тільки у 40% дорослих хворих на епідемічний паротит. За даними літератури, епідемічний паротит у дорослих найчастіше зустрічається у віці 16-25 років [1, 2, 3]. Все вищевказане і пояснює доцільність наших спостережень.

Метою дослідження було провести аналіз всіх випадків захворювання на епідемічний паротит, які були зареєстровані на Закарпатті в 2006 році.

Матеріали та методи. Нами досліджено 214 випадків захворювання на епідемічний паротит, з яких 33 хворих знаходилися на стаціонарному лікуванні в Обласній інфекційній лікарні м. Ужгород. Епідемічний паротит частіше зустрічається у хворих чоловічої статі, серед обстежених нами хворих – у 64% чоловіків і 36% жінок.

Серед обстежених нами дорослих епідемічний паротит зустрічається у віці 17-20 років у 64%, 21-25 – у 17%, старше 25 років – у 19% випадків.

Перебіг хвороби був середньо-важкий у 91% хворих, легкий – у 7% і у 2% – важкий перебіг хвороби.

Результати дослідження та їх обговорення. Захворювання частіше починалося гостро, у дорослих гострий початок мав місце у 86% хворих. Інкубаційний період коливався в межах 3-35 днів у середньому 15-18. Продромальний період у вигляді загального нездужання, головного болю, кволості, артралгій, болю в ділянці соскоподібного відростку спостерігався в 12% і тривав у середньому 1-2 дні. Початок хвороби характеризувався підвищенням гарячки до 39 С і появою припухлості та болю в привушних слинних залозах. У деяких хворих мав місце біль у вухах та при жуванні. Біль за мочкою вуха в місці появи набряку (симптом Філатова) – найбільш типова ознака епідемічного паротиту. Деякі дорослі хворі скаржилися на пониження слуху, що пов'язано з набряком, який здавлював зовнішній слуховий отвір і, можливо, евстахієву трубу. Максимально набряк розвивався до 4-го дня хвороби і зникав повністю на 10-ий день. Збільшення привушних залоз до 9-го дня мало місце у 44% дорослих, до 10-14 дня – у 50%, після 14-го дня – у 5-6%. Порівняно з дітьми набряк привушних залоз зберігається більш тривало. Набряк слизової навколо слинної протоки спостерігався у 85% хворих (симптом Мурсу), двобічне ураження слинних залоз у 40% хворих, одnobічне – у 52%.

Лімфатичні вузли у запальний процес не залучалися. Наші спостереження вказують, що збільшення шийних лімфатичних вузлів на висоті захворювання спостерігалось у 3-4% дорослих.

Температура тіла піднімалася з першого дня хвороби і чим менше було ураження слинних залоз, тим нижчою і короткотривалою була гарячка. Здебільшого досягала 38-39С, тривала від 2 до 4-го дня у 61% хворих, а потім знижувалася до норми по типу короткого лізису. Тривалий тип гарячки мав місце у 11%.

Значних змін із боку внутрішніх органів при ізольованих формах епідемічного паротиту ми не спостерігали. У деяких хворих спостерігалися брадикардія та приглушеність тонів серця. У частини обстежених хворих у гострому періоді рентгенологічно виявлено посилення рисунку коренів легень і нестійкі вогнища затемнення.

Печінка і селезінка при паротиті не збільшувалися. Активність АЛТ у крові підвищувалась незначно. Зміни загального аналізу крові у більшості хворих характеризувалися лейкоцитозом. В загальному аналізі сечі мала місце пов'язана з гарячкою альбумінурія.

Наші спостереження вказують на те, що епідемічний паротит у дорослих перебігав важче ніж у дітей: чим старший вік хворого, тим важчий перебіг.

Трактування ускладнень епідемічного паротиту двоєке, але більшість інфекціоністів вважають, що ураження ЦНС, підшлункової залози, яєчок, які мають таку саму природу як і ураження привушних залоз, є проявами, а не ускладненнями епідемічного паротиту. Тобто важкість перебігу хвороби нарастає зі збільшенням уражених органів і систем залучених до патологічного процесу.

Паротитний орхіт і епідидіміт у дорослих спостерігався у 34% і розвивався як одночасно у 4% хворих, так і окремо – у 30%. Частота паротитних орхітів та епідидімітів підвищувалася з ростом віку хворих. У наших хворих орхіт і епідидіміт виникав частіше на 6-ий день хвороби, деколи після зникнення привушної припухлості. Появі припухлості яєчка передували підвищення температури тіла, головний біль, біль в паховій й ураженому яєчкові, лейкоцитоз. Двобічний орхіт спостерігався рідше – 4%. Прояви орхіта і епідидіміта зникали у більшості хворих протягом двох тижнів. В одному випадку ми спостерігали часткову атрофію яєчка.

Паротитний панкреатит спостерігався у 35% хворих жінок і у 4% чоловіків у поєднанні з орхітом. У частини хворих на ураження підшлункової залози вказувало тільки підвищення ферменту підшлункової залози вище 32 г/год/л, в інших випадках з'являвся оперізуючий біль, гарячка, нудота, блювання. Паротитний панкреатит має нетривалий перебіг і продовжується 7-10 діб і завершується одужанням, проте для виключення панкреатиту з іншою етіологією потребує консультацію хірурга.

Ураження нервової системи при епідемічному паротиті не завжди має виражені клінічні прояви. Ознаки нейротоксикозу і серозного менінгіту мали місце у 15% хворих.

Зміни з боку крові характеризувалися лімфомоноцитозом у 38% хворих, і лейкоцитозом у – 17%.

Висновки. Проведені нами дослідження підтверджують характерну циклічність перебігу епідемічного паротиту, багаторічні спостереження за динамікою епідемічного процесу в Закарпатській області і окремих районах свідчать про подібні тенденції перебігу.

Аналіз клінічних проявів епідемічного паротиту вказує, що захворювання часто охоплює вікові групи 18-30 років. Більшість дорослих нездужають у зимово-весняний період року. Як свідчить наш аналіз спалаху епідемічного паротиту 2006 року, перебіг хвороби у більшості дорослих був середньо-тяжким, часто з розвитком ускладнень, однак зберігав свої типові прояви.

Клінічні прояви хвороби у дорослих мають цілий ряд особливостей. Так, продромальний період – притаманний частіше дорослим, ніж дітям. Збільшення привушних залоз та лихоманка також триває довше у дорослих. Частіше у них спостерігаються і короткотривалі зміни в сечі у вигляді незначної протеїнурії, лейкоцитурії і циліндрурії.

В зв'язку з тим, що госпіталізовані дорослі мали середньо-важкий і важкий перебіг хвороби, – це також вказує на більш важкий перебіг паротиту в

даної вікової групи. Паротитний орхіт в основному спостерігався серед дорослих.

Захворюваність на паротит швидко знизилася серед екстрено вакцинованого колективу при вак-

цинопрофілактиці дорослих, що дозволило стабілізувати епідемічну ситуацію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Крамарев С.О., Кочеткова О.М., Михайлова А.М. Інфекційні хвороби у дітей. – К.: Здоров'я, 2000. – 248 с.
1. Лобзин Ю.В., Захаренко С.М. Справочник семейного врача. – М., Санкт-Петербург, 2005. – 464 с.
2. Тітов М.Б. Інфекційні хвороби. – К.: Вища школа, 1995. – 570 с.
3. Georges Peter. Report of the Committee on Infections Diseases, 24 th Edition. – American Academy of Pediatrics, 1997. – 764 p.
4. Heikki Peltola. Mumps outbreaks in Canada and the United States. – Clinical infectious diseases. – Vol.45, №4. – P.459-466.

SUMMARY

PECULIARITIES OF MUMPS IN THE TRANSCARPATHIAN REGION

Tymkovych M.A., Koval G.N., Turianytsia S.M., Poliak M.A., Poliak V.M.

In the 2006 an increased numbers of coses of mumps in adults were observed in our infections diseases clinic as inpatients. This outbreak was associated with not fulfilled measures this vaccine preventable illness.

Key words: mumps, etiologi, treatment, inoculate

УДК 314.4 (477)

ПРИЧИНИ ТА СТРУКТУРА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ м.УЖГОРОД ЗА 2002-2006 РОКИ

Фера О.В., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Качала Т.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: вивчена динаміка показників смертності населення м. Ужгород за 2002-2006 рр., встановлені причини смертності осіб різних вікових груп залежно від статі.

Ключові слова: смертність населення, причини смертності, населення працездатного віку

Вступ. Смертність належить до основних інтегральних показників, які характеризують стан здоров'я населення України. Це обумовлено соціально-економічною нестабільністю, зниженням рівня життя, психоемоційними факторами. При цьому посилюється медико-демографічне напруження в країні, а кризові явища у сфері відтворення населення проявляються в значному перевищенні рівня смертності населення над коефіцієнтом народжуваності, що призводить до від'ємного природного приросту [1,2,3].

Щорічно за рахунок високої смертності та низької народжуваності чисельність населення України зменшується на 350-400 тис. осіб [4,5,6].

Зростання смертності населення спостерігається у всіх регіонах України. Високими темпами зростає смертність і серед населення Закарпатської області [1,2,3]. Рівень загальної смертності населення Закарпаття за 2001-2005 роки збільшився на 17,8% [7].

Спостерігається негативна тенденція збільшення смертності серед населення працездатного віку на 20%, що свідчить про погіршення здоров'я населення області. Щодо сільського населення, то рівень смертності його в Україні значно вищий, ніж міського (на 36,1%), однак починаючи з 2002 року серед областей України за темпами збіль-

шення смертності в містах чільне місце займає Закарпатська область (22,2%) [7, 8].

Високими темпами у 2005 році порівняно з 2001 роком зросла смертність населення м. Ужгород (на 39%) [7]. В зв'язку з цим, дослідження причин та особливостей смертності міського населення ендемічного регіону є актуальною проблемою.

Мета дослідження – виявлення особливостей рівнів смертності серед населення м. Ужгород залежно від статі та вікових груп у динаміці за 2002-2006 роки.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження стало населення м. Ужгород. Проаналізовано дані звітів лікувально-профілактичних закладів (форма № 20) за 2002-2006 рр. Використовуючи спеціалізований пакет прикладних статистичних програм SPSS, сформульована база даних і проведена її обробка із застосуванням методів санітарної статистики.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз демографічних показників у м. Ужгород у динаміці за 2002-2006 роки вказує на зростання народжуваності, що в 2006 році становить 12,9‰ проти 9,2‰ у 2002 році, та на позитивне підвищення показника природного приросту починаючи з 2003 року (табл. 1).