

1/2008

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

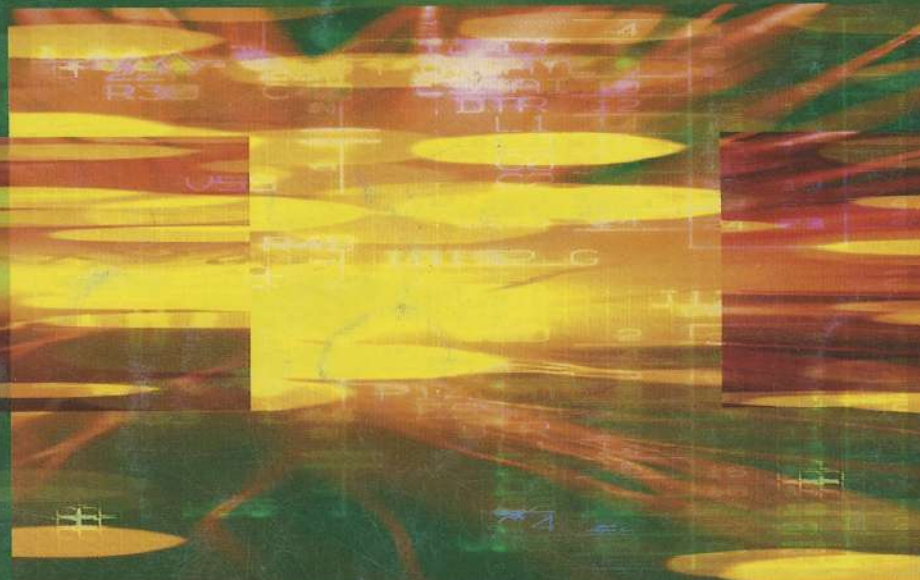
На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 616.915-053.8-039.11:616.2-002.153-008.6

ПРОЯВЛЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО СИНДРОМА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ

О.А. ПОДОЛЮК

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев,
кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой доцент А.М. Печенка

ключевые слова:

корь, катаральный синдром, диагностика

Современное течение многих инфекционных болезней, в том числе кори, изменяет традиционные взгляды на их эпидемиологию и клиническую картину. Литературные данные свидетельствуют о том, что "детская" инфекция корь в настоящее время поражает преимущественно лиц старше 14 лет, что приводит к преобладанию взрослых в возрастной структуре больных [1, 5]. Это объясняется тем, что иммунная прослойка среди детского населения, созданная путем плановой вакцинации, значительно снижает уровень детской заболеваемости, но пока недостаточна для прекращения циркуляции вируса в популяции. Вакцинированные дети через 10-15 лет утрачивают поствакцинальный иммунитет и становятся восприимчивы к болезни [2]. Таким образом, включение взрослых лиц в эпидемический процесс обусловлено недостаточным уровнем коллективного и недолговечностью индивидуального искусственного иммунитета [6].

Изменение возрастной структуры сопровождается изменениями клинического течения болезни. Высказывается мнение, что корь у взрослых протекает тяжелее, чем у детей, имеются отличия в длительности и характере основных клинических симптомов, структуре осложнений [1, 2, 4].

Успех клинических и противоэпидемических мероприятий при инфекционных болезнях в значительной степени определяется установлением диагноза в ранние сроки болезни. Укоренившееся мнение о кори как о сугубо детской инфекции привело к тому, что диагноз кори в раннем (катаральном) периоде взрослым ставится крайне редко и базируется преимущественно на эпидемиологических, а не клинических предпосылках. Неготовность врача поставить диагноз "детской инфекции" взрослому человеку, уверенность в невозможности возникновения болезни у ранее вакцинированного пациента часто исключают корь из дифференциально-диагностического поиска.

Но характерный для кори дебют в виде поражения респираторного тракта, многообразие факторов, влияющих на его клинические проявления у взрослых (вредные привычки, сопутствующие хронические заболевания) оказывают влияние и на своевременность постановки диагноза кори, что побудило нас проанализировать ранние проявления катарального синдрома у взрослых больных корью в современных условиях.

Цель исследования. Изучить особенности проявления и динамики катарального синдрома у взрослых больных корью в на-

чальном периоде, выявить факторы, определяющие эти особенности, значимые для ранней клинической диагностики заболевания.

Материалы и методы исследования

Изучено клиническое течение кори у 126 больных, которые находились на стационарном лечении в инфекционных отделениях ЦГКБ и ГКБ № 9 в 2002-2006 годах на основании анализа анамнестических данных, полученных от пациентов, данных медицинских карт, результатов клинического и лабораторно-инструментального обследования (стандартные общеклинические анализы крови и мочи, рентгенографическое исследование придаточных пазух носа и органов грудной полости). Диагноз кори у всех больных был подтвержден обнаружением специфических противокоревых антител (IgM) в реакции иммуноферментного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Для анализа клинических проявлений пациенты в зависимости от возраста были разделены на 4 группы (рис. 1).

Отсутствие достоверных различий между больными в возрасте 40-49 и 50-59 лет и относительно малое их количество позволили объединить их в одну группу.

Сопутствующая патология со стороны органов дыхания была выявлена у 56 (44,4%) пациентов — хронический бронхит (ХБ) у 33 (26,2%), хронический тонзиллит (ХТ) у 19 (14,3%) и хронический гайморит у 2 (1,6%) больных (табл. 1).

Хронический бронхит достоверно ($p < 0,05$) чаще встречался в группах С и D. Проанализировав связь курения с развитием ХБ, мы выявили, что в старших возрастных группах отмечается увеличение удельного веса курящих, длительность курения и частота хронического бронхита, связанного с курением (табл. 2).

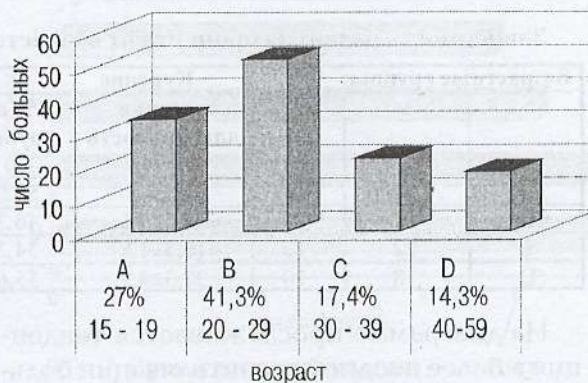


Рис. 1. Возрастная структура больных корью

Таким образом, хронический бронхит чаще встречался у лиц старших возрастных групп, имевших большую продолжительность курения. У части курящих больных, преимущественно в группах А и В, клиничко-анамнестические данные не дали основания диагностировать хронический бронхит, что, по-видимому, обусловлено относительно коротким "стажем" курения и большими компенсаторными возможностями слизистой оболочки респираторного тракта у лиц молодого возраста.

Хронический тонзиллит, напротив, чаще встречался у лиц молодого возраста — в группах А и В.

Степень тяжести течения болезни оценивалась по совокупности признаков: интенсивность интоксикации и катарального синдрома, характер сыпи, наличие и выраженность осложнений. Легкого течения кори у больных, которые находились на стационарном лечении, мы не наблюдали. Среднетяжелое течение было у 94 (74,6%), тяжелое — у 32 (25,4%) больных. В возрастных группах больные по степени тяжести распределились следующим образом (рис. 2)

Все больные корью поступали в стационар с симптомами интоксикации, наличием катарального синдрома и сыпью. Сроки

госпитализации варьировали от 2-го до 9-го дня болезни ($M_{cp} = 5,3 \pm 0,3$), в возрастных группах средние сроки поступления в стационар распределились следующим образом (рис. 3):

Таблица 1
Хроническая патология органов дыхания у больных корью

Возрастные группы	n	Хронический бронхит			Хронический тонзиллит			Хронический гайморит		
		абс.	%	% в группе	абс.	%	% в группе	абс.	%	% в группе
A	34	4	3,2	11,8	9	7,1	26,5	0	0	0
B	52	11	8,7	21,2	7	5,6	13,5	1	0,8	1,9
C	22	8	6,3	36,4	1	0,8	4,5	0	0	0
D	18	10	7,9	55,6	1	0,8	5,6	1	0,8	5,6

Таблиця 2
Зависимость развития бронхита от возраста и "стажа" курения

Возрастные группы	Курение				Курение + ХБ	
	п	абс.	средняя длительность (годы)	% в группе	абс.	% среди курящих
A	34	18	3,2±1,5	52,9	4	22,2
B	52	24	10,5±3,8	46,2	11	45,8
C	22	12	19,5±1,8	54,2	8	66,7
D	18	10	37,3±4,9	55,6	10	100

На диаграмме прослеживается тенденция к более поздней госпитализации больных старших возрастных групп, однако достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

4 (3,2%) больных госпитализированы на 2-й день болезни с диагнозом "краснуха" в связи с появлением с начала заболевания мелкопятнистой раш-сыпи, которая после 3-го дня болезни сменилась характерной для кори пятнисто-пулезной экзантемой. Остальные 122 (96,8%) пациента поступали в период разгара болезни с типичной коревой сыпью.

Только 8 (6,3%) больных обратились к врачу в катаральный период болезни с жалобами на кашель, насморк, повышение температуры тела и проходили амбулаторное лечение по поводу острых респираторных заболеваний. У 118 (93,7%) больных, включая и 4 больных с раш-сыпью, побудительной причиной обращения за медицинской помощью послужило появление сыпи.

Таким образом, во всех наблюдаемых случаях именно сыпь, а не катаральный синдром, стала основанием для госпитализации больного. Однако даже при появлении сыпи диагноз кори устанавливался далеко не всегда. На догоспитальном этапе диагноз кори был установлен 68 (54%) больным. У остальных 58 (45%) больных первичные диагнозы были весьма разнообразны (табл. 2).

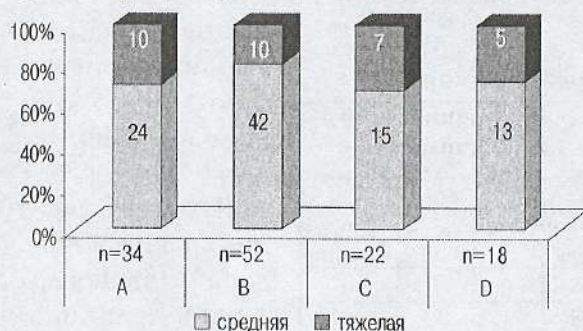


Рис. 2. Степень тяжести течения кори

У всех больных заболевание начиналось внезапно с симптомов общей интоксикации: озноба, ломоты в теле, повышения температуры тела. На протяжении первых суток болезни катаральный

синдром возник у 119 (94,4%) больных. У 7 (5,6%) больных (3 — из группы А, 4 — из группы В) признаки поражения респираторного тракта возникли на 2 — 3-й день болезни, но всегда на 2-3 дня раньше, чем появлялась сыпь.

Длительность катарального периода варьировала от 2 до 6 дней. Средние значения по группам составили: в группе А — $3,9 \pm 1,0$, в группе В — $4,0 \pm 1,0$, в группе С — $4,1 \pm 0,9$ и в группе D — $4,5 \pm 0,6$ дня.

Достоверной оказалась разница ($p < 0,05$) длительности катарального синдрома у больных разных возрастных групп — средние показатели у лиц старших возрастных групп оказались выше, чем у лиц более молодого возраста.

Постоянным симптомом поражения респираторного тракта у всех больных был кашель.

У 86 (68,3%) обследованных больных кашель был сухим на протяжении всего катарального периода. У 31 (24,6%) больного появилась слизистая мокрота, а у 9 (7,1%) — гнойная (табл. 3).

Таким образом, в группах А и В отмечено преобладание сухого, а в группах С и D — продуктивного кашля ($p < 0,05$).

Сопоставление характера кашля с наличием сопутствующей хронической патологии со стороны бронхолегочной системы показало, что продуктивный характер кашля в катаральном периоде достоверно чаще ($p < 0,01$) встречался у больных с сопутствующим ХБ, который у всех больных ассоциирован с курением (рис. 4).

Поражение слизистой оболочки носоглотки — назофарингит — характеризовался насморком и разной степени выраженности дискомфортом в горле. Жалобы на ощущение заложенности носа предъявляли 51 (40,5%) больной, затруднение носового дыхания и слизистое отделяемое из носа — 48 (38,1%) больных. У 2 (1,6%) боль-

ных, страдающих хроническим гайморитом, отделяемое из носа с первых дней болезни приобрело гнойный характер. 25 (19,8%) больных не указывали на наличие насморка. Слизистый характер носового секрета отмечался у 16 (47,1%) больных группы А и 21 (40,4%) больного группы В, в группах С и D – у 8 (36,4%) и 3 (16,7%) соответственно. Таким образом, у больных до 30 лет чаще по сравнению с лицами старшего возраста встречается выраженный экссудативный компонент ринита ($p < 0,05$).

На боль в горле, особенно при глотании, жаловались 50 (39,7%) больных. У 52 (41,3%) больных отмечалось першение, сухость в горле. Никаких субъективных ощущений в горле не испытывали 23 (18,3%) пациента. В группах А и В 16 (47,1%) и 27 (51,9%) больных соответственно отмечали першение в горле, в то время как в группах С и D 13 (59,1%) и 13 (72,2%) больных соответственно жаловались на боль при глотании ($p < 0,05$). Мы не выявили достоверного влияния сопутствующего хронического тонзиллита (ХТ) на интенсивность боли в горле. Среди больных группы А ХТ встречался чаще – у 9 (26,5%) больных, однако сильную боль в горле испытывали только 4 (44,4%) из них. В группе В ХТ отмечался у 7 (13,5%) больных, но большинство из них – 5 (71,4%) больных, ощущали не боль при глотании, а першение и сухость в горле. В группах С и D ХТ зарегистрирован только у одного больного в каждой группе (4,5% и 5,6% соответственно), оба пациента жаловались на сильную боль при глотании. Однако у остальных больных, предъявлявших аналогичные жалобы, данных в пользу хронической лор-патологии выявлено не было.



Рис. 3. Сроки госпитализации больных корью в разных возрастных группах

Поступление больных в стационар в период высыпаний ограничило наши возможности детально проанализировать характер и динамику объективных симптомов катарального периода. Анализ доступных амбулаторных карт 8 (6,3% обследованных) больных показал, что основные жалобы больных были обусловлены проявлениями интоксикационного и катарального синдрома, которые объективно проявлялись повышением температуры тела, жестким дыханием в легких, гиперемией и зернистостью слизистых оболочек ротоглотки. Мы не встретили указаний на наличие патогномичного для кори симптома – пятен Филатова – Бельского – Коплика, хотя при поступлении в стационар в период высыпаний у 83 (65,9%) больных, в том числе и у владельцев амбулаторных карт, они были обнаружены.

Данные клинического обследования больных при поступлении в стационар свидетельствовали о том, что наиболее постоянным симптомом поражения верхних дыхательных путей был фарингит, который отмечался у всех обследованных. При прямой фарингоскопии задняя стенка глотки

Таблица 2

Структура направительных диагнозов у больных корью

Группы Диагноз	А (n=34)		В (n=52)		С (n=22)		D (n=18)	
	абс.	% в группе	абс.	% в группе	абс.	% в группе	абс.	% в группе
Корь	17	50	29	55,8	9	59,1	9	50
Краснуха	9	26,5	14	26,9	2	9,1	1	5,6
ОРЗ	3	8,8	5	9,7	3	13,6	5	27,6
Грипп	0	0	1	1,9	2	9,1	0	-
Скарлатина	2	5,8	1	1,9	0	-	1	5,6
Аллергия	0	-	1	1,9	2	9,1	2	11,2
Ангина	2	8,7	1	1,9	0	-	0	-

Таблиця 3

Характер кашля у больных корью в катаральном периоде

Кашель	сухой		продуктивный			
			слизистая мокрота		гнойная мокрота	
Группы	абс.	%	абс.	%	абс.	%
A	28	82,4	6	17,6	0	0
B	40	76,9	9	17,3	3	5,8
C	12	54,5	7	31,8	3	16,7
D	6	33,3	9	50,0	3	16,6

имела вид "бульжной мостовой" — гиперплазия лимфоидных фолликулов ярко гиперемированной слизистой оболочки.

Аускультативная картина в легких у 122 (96,8%) больных была представлена жестким дыханием, что свидетельствует о значительном и неравномерном сужении просвета бронхиального дерева вследствие воспалительного отека его слизистой оболочки. У 30 (23,8%) больных отмечались сухие хрипы: в группе А — у 4 (12,5%), группе В — у 9 (17,3%), группе С — у 8 (36,4%) и группе D — у 9 (50%) больных. У всех больных, у которых выслушивались хрипы, кашель носил продуктивный характер — у 25 (83,3%) со слизистой и у 5 (6,7%) с гнойной мокротой. Сопутствующий бронхит был у 28 (93,3%) больных. Таким образом, наличие сухих хрипов свидетельствует о выраженном сужении просвета бронхов и накоплении в них бронхиального секрета, что связано с наличием хронического воспалительного процесса.

Сопоставление выраженности катарального синдрома с тяжестью течения кори показало, что сильная боль в горле отмечалась у 18 (56,6%) больных с тяжелым течением болезни, в то же время только 30 (31,9%) больных со среднетяжелым течением жаловались на боль при глотании. Продуктивный кашель чаще встречался у больных с тяжелым, чем со среднетяжелым течением — у 13 (40,6%) и 27 (28,7%) больных соответственно.

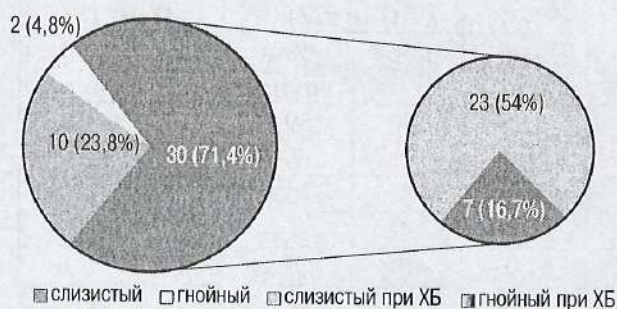


Рис. 4. Характер мокроты у больных корью в катаральном периоде

У 14 (11,1%) больных течение кори осложнилось развитием пневмонии (табл. 4).

Отмечается увеличение удельного веса пневмонии и более частое ее

возникновение на фоне хронического бронхита в старших возрастных группах.

Таким образом, выраженность поражения респираторного тракта в начальном периоде болезни может иметь определенное прогностическое значение.

Катаральный синдром является такой же неотъемлемой составляющей диагноза "корь", как интоксикация и сыпь, поэтому оценка его проявлений и динамики может оказать помощь при ранней диагностике заболевания. Проанализировав диагнозы, которые выставлялись больным корью на догоспитальном этапе (табл. 2), можно сделать вывод, что при постановке диагнозов "краснуха" и "скарлатина" не учитывался характер не только сыпи, но и органических поражений.

Для типичного течения краснухи характерна мелкопятнистая сыпь, возникающая в 1-2 день болезни на фоне умеренно выраженной интоксикации и генерализованной лимфаденопатии с преимущественным поражением затылочных, заушных и заднешейных лимфоузлов. Катаральный синдром представлен слабовыраженным назофарингитом, для него не характерен сухой, тем более продуктивный кашель.

Клиника скарлатины определяется сильной интоксикацией, ангиной и появлением мелкоочечной сыпи на гиперемированной коже с первого дня болезни. Кашель и насморк не являются характерными симптомами скарлатины.

Больные, у которых диагностировались аллергические реакции, отмечали возникновение пятнисто-папулезной незудящей сыпи на 3-4 день болезни на фоне катарального синдрома, должного внимания которому не уделялось врачами первичного звена при направлении больного в стационар.

Диагноз фолликулярной и лакунарной ангины был установлен больным, у которых одной из ведущих жалоб была боль в горле при глотании, однако отсутствовали являе-

Частота развития пневмонии у больных корью

Возрастные группы	n	Пневмония		Пневмония на фоне ХБ	
		Абс.	%	Абс.	%
A	34	3	8,8	0	-
B	52	0	-	3	5,7
C	22	1	4,5	2	9,1
D	18	2	11,1	3	16,7

ния тонзиллита при наличии симптомов трахеобронхита, назофарингита и сыпи.

У больных, которые обратились за медицинской помощью в катаральном периоде, амбулаторно были диагностированы "ОРВИ" и "грипп" — у 5 (4%) и 3 (2,3%) пациентов соответственно. До появления сыпи проведение дифференциального диагноза между корью и ОРВИ имеет определенные трудности. Однако для острых респираторных заболеваний негриппозной этиологии характерно выраженное поражение верхних отделов респираторного тракта — носа, глотки, гортани на фоне умеренной интоксикации, интенсивность которой больше в первые дни болезни. В катаральном периоде кори обязательным является сочетание назофарингита с трахеобронхитом на фоне нарастающей интоксикации.

При гриппе, как и при кори, ведущим синдромом органических поражений является трахеобронхит, интенсивность которого быстро нарастает. Но при кори усиление и учащение кашля происходит на фоне нарастания интоксикации, а при гриппе лихорадка и интоксикационный синдром максимально выражены в первые дни болезни. Ринит при гриппе характеризуется заложенностью носа, а корь чаще сопровождается обильным серозным отделяемым.

Таблица 4

Для проведения дифференциальной диагностики на ранних этапах большое значение имеет осмотр слизистых оболочек ротоглотки. При ОРВИ негриппозной этиологии и гриппе характерна гиперемия и зернистость слизистых оболочек,

у больных гриппом возможно появление петехий на мягком небе. Для кори, помимо гиперемии и зернистости слизистых оболочек, характерно появление пятнистой энантемы на мягком небе и пятен Филатова — Бельского — Коплика с первых дней болезни.

Представленные данные по анализу катарального синдрома у больных корью свидетельствуют о том, что внимательный и комплексный подход врача ко всем симптомам и проявлениям болезни может повысить вероятность ранней диагностики кори.

Выводы

1. Катаральный синдром у 94,4% взрослых больных корью возникает с первого дня болезни. У 5,6% больных в возрасте до 30 лет возможно появление катарального синдрома на 2-3 день болезни, однако он в любом случае остается ведущим проявлением раннего периода заболевания.
3. Пневмония чаще осложняет течение кори у лиц старших возрастных групп, имеющих хронический бронхит.
4. У лиц моложе 30 лет чаще отмечается сильная боль в горле и продуктивный насморк со слизистым отделяемым, чем в старших возрастных группах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстрыкова Л.В., Платонов А.Н., Смородинова И.Н. и др. Корь у подростков и взрослых. — В кн.: Детские вирусные инфекции. Тр. Лен. ин-та им. Пастера, 1997. — Т. 5. — С. 35-39.
2. Корь, клинико-эпидемиологические аспекты, лечение и профилактика: Учебно-методические рекомендации. — Харьков, 2006. — 30 с.
3. Печінка А.М., Артёмов О.Є. "Дитячі" інфекції — забуті хвороби у дорослих? // Сучасні інфекції. — 2000. — №1. — С. 70-74.
4. Постовит В.А. Детские капельные инфекции у взрослых. — С.-Петербург: Теза, 1997. — С. 391.
5. Юминова Н. В., Зверев В. В. Элиминация кори в России // Медицинская картотека. — 2003. — №7-8.
6. Юминова Н.В., Кольшкин В.М. Корь: новый этап вакцинопрофилактики// Матер. Межрегион. научно-практ. конф. "Актуальные проблемы эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней на региональном уровне". — Пенза, 2004. — С. 9-23.

УДК: 616.915-053.8-039.11:616.2-002.153-008.6
 О.О. Подолжук

**ПРОЯВИ КАТАРАЛЬНОГО СИНДРОМУ
 В РАННЬОМУ ПЕРІОДІ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ**

У роботі представлені власні дані аналізу особливостей катарального синдрому при кору у дорослих. Розглянуті фактори, що можуть впливати на ранні прояви цього синдрому, можливі ускладнення кору з боку дихальної системи.

UDC: 616.915-053.8-039.11:616.2-002.153-008.6
 O.A. Podoljuk

**DISPLAYS OF CATHARAL SYNDROME
 IN THE EARLY PERIOD MEASLES AT ADULTS**

In article own data of the analysis of features of catharal syndrome are submitted at measles at adults. Factors which can influence early displays of this syndrome are considered, possible complications reproach on the part of respiratory system.