

1-2/2006

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

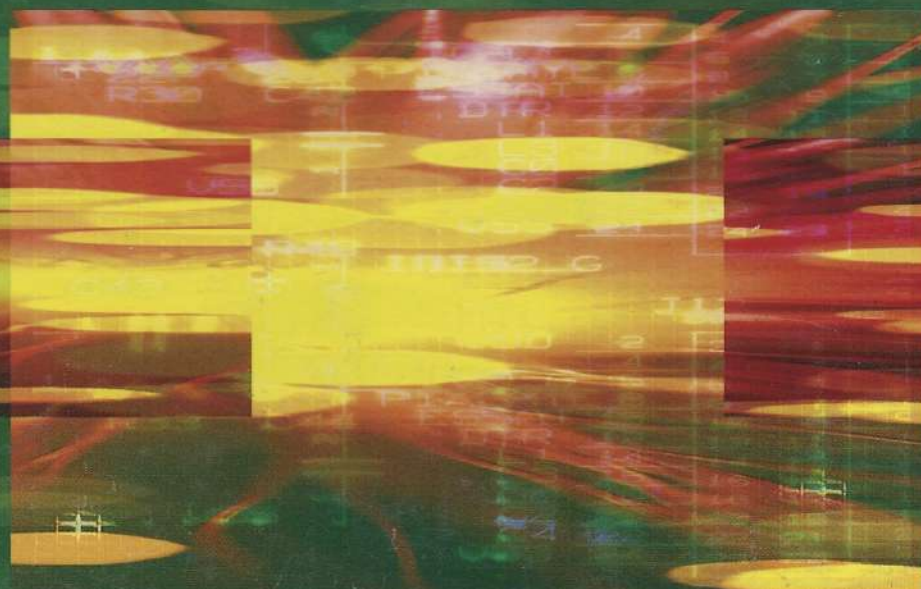
На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 616.915-07

ЯКІСТЬ ДІАГНОСТИКИ КОРУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

І.А. АНАСТАСІЙ, О.О. ПОДОЛЮК, В.В. КОРОЛЕНКО

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ,
кафедра інфекційних хвороб*

ключові слова:
*кір, клінічні особливості,
якість діагностики*

Кір відомий вже понад 2 тисячі років. Його описував ще іранський лікар Абу Бакр Мухаммед бен Закарія ар-Разі (865 - 934), більш відомий під латинізованим ім'ям Razes. Кір довго плутали з іншими захворюваннями, що перебігали з висипкою. Лише в 1670 році англійський лікар Thomas Sydenham (1624 - 1689) під час великої епідемії кору в Лондоні чітко віддиференціював кір від віспи й скарлатини [7, 8]. Збудника хвороби вдалося виявити лише у XX столітті. Американські вчені J.F. Enders та T.C. Peebles повідомили у 1954 році про те, що їм вдалося виростити збудника на первинній клітинній культурі нирки людини — ним виявився РНК-вмісний вірус родини Paramyxoviridae [5].

Поступово кір починає приваблювати все більшу увагу. І в наш час він лишається однією з найпоширеніших інфекцій. Проте, якщо раніше кір був типовою "дитячою інфекцією", то тепер все частіше його діагностують у дорослих. На думку академіка Ж.І. Возіанової, це пояснюється тим, що сприйнятливість до цієї інфекції надзвичайно висока та не залежить від віку, тому обов'язкові щеплення, що їх проводять у ранньому дитячому віці, й наступні ревакцинації надійно захищають дітей, але не

дорослих. Актуальність вивчення кору підкріплюється ще й появою даних про зв'язок вірусу кору з розсіяним склерозом, підгострим склерозивним паненцефалітом та виявлення короподібних вірусних часток у шкірі хворих на системний червоний вівчак [5]. Доведеним є факт різкого обтяження перебігу інших захворювань внаслідок тривалої імунодепресії, що формується після перенесеного кору. Зокрема, після спалахів кору, зростає захворюваність на туберкульоз, причому на фоні анергії тимчасово згасають шкірні діагностичні реакції з туберкуліном. Надзвичайно важко протікає кір у хворих на ВІЛ/СНІД [2].

Метою даної роботи було з'ясувати частоту розходжень діагнозу в разі направлення до інфекційного стаціонару хворих з діагнозом "кір", а також з'ясувати можливі причини, що призводять до помилкової діагностики на догоспітальному етапі.

Під спостереженням було 163 особи, що перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні № 2 ЦМКЛ м. Києва (клінічна база кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця) протягом 2002 року та поступили з діагнозами "кір" та "корова краснуха". Деяке здивування викликає останній діагноз, оскільки "корова краснуха" — неіснуюча нозологічна одиниця. Нагадаємо, що ще в

1881 році на Міжнародному медичному конгресі у Лондоні було прийнято рішення про те, щоб визнати краснуху самостійною патологією, незалежно від кору, а варіабельність висипки, що може нагадувати корову або скарлатинозну, пояснити особливостями реакції організму [2]. На жаль, клініцисти у тодішній Російській імперії далеко не одразу сприйняли цю думку, а відомий педіатр Н.Ф. Філатов продовжував незмінно підкреслювати зв'язок цієї хвороби з кором та скарлатиною, називаючи клінічні варіанти її "корова краснуха" та "скарлатинозна краснуха" [2].

Вікові межі розглянутої статистичної групи — від 15 до 55 років, у тому числі 79 жінок (48,5%) віком 15 - 49 років та 84 чоловіки (51,5%) віком 15 - 55 років. За професійною

ознакою пацієнти розподілилися таким чином: 41,1% (67) — студенти, 2,4% (4) — курсанти, 3,7% (6) — школярі, 9,2% (15) — люди робітничих професій, 3,1% (5) — медичні сестри, 2,4% (4) — викладачі вузів, 1,8% (3) — працівники торгівлі, 5,5% (9) — працівники банківських установ, 30,8% (50) — інші професії.

Діагноз при направленні "кір" був вис-тавлений у 139 випадках (85,2%), "корова краснуха" — у 24 випадках (14,8%). У разі діагнозу при направленні до стаціонару "кір" заключні діагнози були: 122 випадки (74,8%) — кір, 1 випадок (0,6%) — інфекційний мононуклеоз, 8 випадків (4,9%) — краснуха, 3 випадки (1,8%) — вітряна віспа, 1 випадок (0,6%) — системний червоний вовчак (СЧВ), 2 випадки (1,2%) —

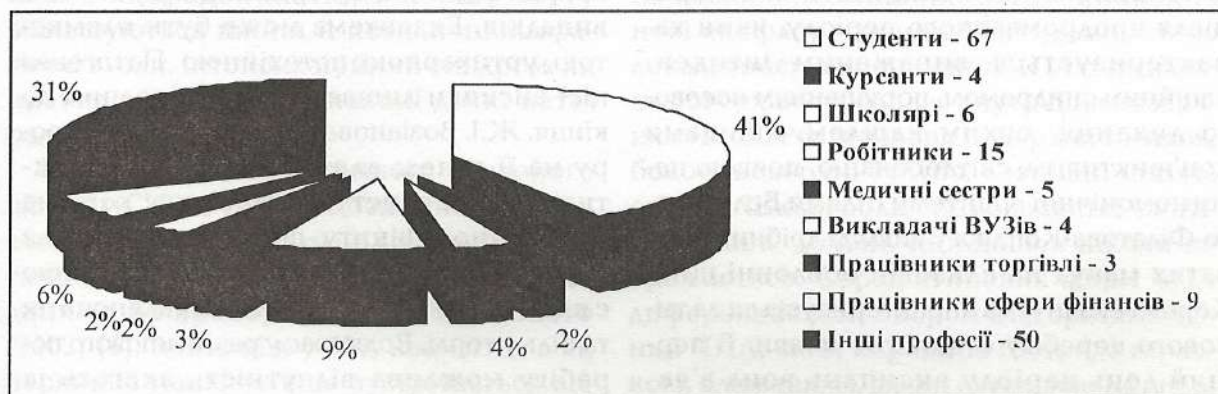


Схема 1. Структура досліджуваної групи за професією

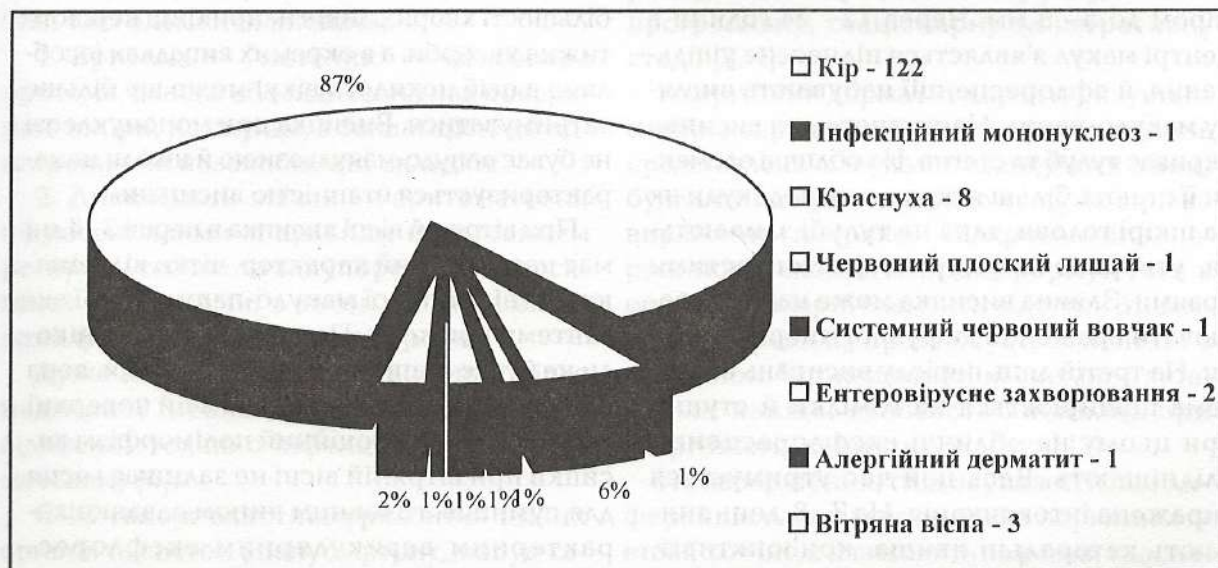


Схема 2. Структура заключних діагнозів при направленні з діагнозом "кір"

ентеровірусне захворювання, 1 випадок (0,6%) — алергічний дерматит, 1 випадок (0,6%) — червоний плоский лишай.

При направленні з діагнозом "корова краснуха" заключні діагнози розподілилися таким чином: 13 випадків (8,0%) — кір, 9 (5,5%) — краснуха, 1 (0,6%) — алергійний дерматит, 1 (0,6%) — інфекційний мононуклеоз.

Враховуючи те, що висипка є головною диференційно-діагностичною ознакою при діагностиці кору на догоспітальному етапі, ми вважаємо доцільним більш детально висвітлити її характер та особливості при кору та тих нозологічних одиницях, які були первинно діагностовані у досліджуваній групі як кір.

Як відомо, висипка при кору має характерні особливості. З'являється вона в так званий період висипань, тобто на 4-5 день, після продромального періоду, який характеризується вираженим інтоксикаційним синдромом, порушенням носового дихання, сухим кашлем, явищами кон'юнктивіту, світлобоязню, появою патогномонічної енантеми (плями Бельського-Філатова-Копліка у вигляді дрібних білуватих макул на слизовій оболонці щік). Корова екзантема характеризується за типового перебігу етапністю появи. В перший день періоду висипань вона з'являється на виступаючих частинах обличчя, швидко поширюючись на верхню частину спини та груди. Спершу елементами висипки є червонясті округлі макули розміром до 5 - 8 мм. Через 12 - 24 години в центрі макул з'являється піднесене ущільнення, й ефлоресценції набувають вигляду макуло-папул. Наступного дня висипка вкриває тулуб та стегна. На обличчі елементи її стають більш яскравими, подекуди як на шкірі голови, так і на тулубі зливаються, утворюючи фігури з фестончастими краями. Зливна висипка може навіть створювати враження дифузної гіперемії шкіри. На третій день періоду висипань екзантема поширюється на гомілки й ступні, при цьому на обличчі ексфлоресценції бліднішають. Весь цей час утримується виражена інтоксикація. На 7 - 8 день зникають катаральні явища, кон'юнктивіт, висипка поступово бліднішає, залишаючи

короткочасну буру пігментацію, яка завершується борошноподібною десквамацією епідермісу. Важливо враховувати відмінності в клініці кору за умов абортивного чи мітигovanого перебігу. У першому випадку висипка не розповсюджується нижче шиї, бліда, не схильна до злиття. Мітигований кір, що виникає у осіб, котрим з метою профілактики вводили протикоровий імуноглобулін, перебігає зі слабо вираженою інтоксикацією, без наявності плям Бельського-Філатова-Копліка, а екзантема хоч і має типову локалізацію, але чітка етапність відсутня [2]. У дорослих висипання можуть тривати довше 3 днів. Приблизно у 20% хворих висипка триває від 4 до 6 днів.

Невірна діагностика інфекційного мононуклеозу можлива в разі наявності у хворих висипки, що трапляється у 10 - 15% випадків. Екзантема може бути плямистою, уртикарною, петехійною. Патогенез цієї висипки лишається нез'ясованим до кінця. Ж.І. Возіанова наводить дві точки зору на її генез: алергійні реакції та активізація персистуючого вірусу кору на фоні імунодефіциту, що виникає [1]. Для інфекційного мононуклеозу характерною є клінічна тріада: гарячка, лімфаденопатія та біль у горлі. Водночас у разі атипичного перебігу можлива відсутність якогось із провідних симптомів. Характерна гематологічна тріада (не менше 10% віроцитів, лімфомоноцитоз, збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів) з'являється в більшості хворих лише наприкінці першого тижня хвороби, а в окремих випадках (особливо в осіб похилого віку) може ще більше затримуватися. Висипка при мононуклеозі не буває папуло-макулозною й ніколи не характеризується етапністю висипань.

При вітряній віспі висипка в перші 3 - 4 дні має папулозно-макулозно-папулозний характер, чітко відрізняючись від типової макуло-папулозної екзантеми при кору. При вітряній віспі ніколи не буває етапності у появі висипки, вона одночасно поширюється по всій поверхні тіла. Згодом еволюційний поліморфізм висипки при вітряній віспі не залишає місця для сумнівів, головним чином завдяки характерним везикулярним ексфлоресценціям [1].

Серед захворювань, спричинюваних ентеровірусами, є така клінічна форма, як гарячка з екзантемою. Один із варіантів її перебігу навіть носить назву короподібної екзантеми, що характеризується появою в перший день хвороби червоної макульозної висипки з елементів круглої форми діаметром до 3 мм. Локалізується висипка на обличчі, рідше — шиї та грудній клітці, у 50% хворих — також на верхніх кінцівках. Суб'єктивні відчуття відсутні. Висипка зникає за два дні, не залишаючи десквамації [1].

Висипка, притаманна краснусі, з'являється на перший — другий день хвороби і має вигляд блідо-рожевих макульозних елементів в діаметрі від 1 до 3 мм, які протягом однієї доби вкривають всю поверхню тіла. Характерною для краснухи ознакою є лімфаденопатія, в першу чергу збільшуються шийні й потиличні лімфатичні вузли. Інтоксикаційний синдром, як правило, незначний, наявні деякі катаральні явища [2].

Шкірні прояви системного червоного вівчаку (СЧВ) є типовою ознакою хвороби, але класичні еритематозні висипання у вигляді "метелика" зустрічаються зараз, за даними професора А.С. Свінцицького (2002) [6], менш ніж у 50% пацієнтів, а як первинна маніфестація зустрічається ще рідше — у 25 - 40% випадків. Відповідно до критеріїв діагностики СЧВ, запропонованих Американською ревматологічною асоціацією (1997), для цієї хвороби властиві такі елементи висипки:

1. Еритема — "метелик" — фіксована еритема, пласка або піднесена над поверхнею шкіри, на скулах, з тенденцією до поширення на назолабіальні складки.

2. Дискоїдний вівчак — еритематозні, піднесені плями зі щільним приляганням рогових лусочок та закупореними волосяними фолікулами; з часом на місці висипань формується рубцева атрофія.

Дуже характерна поява висипки після надмірної інсоляції (червоний вівчак є відносним токсико-інфекційним фотодерматозом) [6].

СЧВ також властиві ураження інших органів та систем (люпус-артрит, люпус-серозити, люпус-нефрит, ураження нервової

системи). В периферичній крові виявляють гемолітичну анемію з ретикулоцитозом, тромбоцитопенію, лейко- та лімфопенію.

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) характеризується мономорфною папульозною висипкою, з елементами від 2 до 5 мм у діаметрі, рожевого, червоного чи тілесного кольору. Папули мають полігональні обриси, можуть зливатися, утворюючи бляшки з характерним перламутровим полиском. Після змочування папул чи бляшок водою чи олією на їх поверхні визначається білуватий сітчастий малюнок (так звана сітка Уїкхема), в основі виникнення якої лежить нерівномірне потовщення зернистого шару епідермісу. Вельми характерною є ізоморфна реакція Кебнера: на місці подряпини чи подразнення шкіри на початково незмінній шкірі виникають нові ексфлоресценції ЧПЛ. Улюбленою локалізацією висипки при ЧПЛ є згинальна поверхня передпліч, внутрішня поверхня стегон. Розгинальна поверхня гомілок, бокові поверхні тулуба, зовнішні статеві органи. Шкіра обличчя, волосистої частини голови, долонь та підшов ніколи не вражається. Серед атипичних форм ЧПЛ диференціювати з кором слід еритематозний ЧПЛ, який перебігає гостро, з гарячкою, блюванням, діареєю, появою на шкірі великих набряклих еритематозних плям, на фоні яких виникають папули ЧПЛ. Для цього дерматоза характерний хронічний рецидивний перебіг, в якому розрізняють прогресивну, стаціонарну та регресивну стадії [3, 4].

Алергійний дерматит характеризується появою справжньої поліморфної висипки, представленої папулами, везикулами й іноді буллами на еритематозному фоні з різко вираженим набряком. Відкриваючись, порожнинні елементи трансформуються в ерозії. Уртикарні елементи відсутні. В анамнезі, як правило, простежується контакт з алергеном. Інтоксикаційний синдром, катаральні явища, етапність висипань при алергійному дерматиті відсутні [3].

На завершення, слід зауважити, що диференціальна діагностика на первинному етапі, хоч іноді й виходить за рамки класичної клінічної картини з огляду на можливі

нозоморфози, проте цілком можлива, у тому числі на основі винятково фізикальних даних. Таким чином, постановка неточних первинних діагнозів, що спостерігалася у 16,4% випадків, може бути пояснена недостатнім рівнем кваліфікації деяких лікарів первинної ланки в диференціальній діагностиці інфекційних хвороб. Шляхом до подолання ситуації, що склалася, є поглиблення знань

практичних лікарів у процесі післядипломної освіти, особливо в умовах переходу на засади сімейної медицини. При цьому особливу увагу слід звертати на первинну диференціальну діагностику найбільш значущих захворювань, чітке знання яких лікарями будь-якої спеціальності виключило б можливість лікарської помилки і подальшого поширення інфекції.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. Т.1. — К.: 2000. — 904 с.
2. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. Т.3. — К.: 2002. — 904 с.
3. Задорожный Б.А., Петров Б.Р. Справочник по дерматовенерологии. — К.: 1996. — 476 с.
4. Картамышев А.И. Кожные и венерические болезни. — К.: 1952. — 500 с.
5. Медицинская микробиология / Гл. ред. В.И. Покровский, О.К. Поздеев. — М., 1999. — 1200 с.
6. Свинцицкий А.С. Системная красная волчанка: особенности клинической симптоматики // Doctor. — 2002. — №1. — С. 22-26.
7. Dehurst K. Dr Thomas Sydenham, his life and original writings. — London, Wellcome Institute. — 1966.
8. Faber K. Thomas Sydenham, der englische Hippokrates und die Krankheitsbegriffe der Renaissance // Munchener medizinische Wochenschrift, 1932, 79: 119-33.

УДК: 616.915-07

И.А. Анастасий, О.А. Подолюк, В.В. Короленко
**Качество диагностики кори
 на догоспитальном этапе**

В статье проведен анализ качества диагностики кори на догоспитальном этапе. На большом клиническом материале (163 больных) рассмотрены наиболее частые клинические ошибки, приводившие к установлению неверного диагноза. Подчеркивается значимость квалификации врачей первичного звена в проведении дифференциальной диагностики инфекционной патологии.

UDC: 616.915-07

I.A. Anastasiy, O.A. Podoljukh, V.V. Korolenko
**Measles detection quality at the pre-hospital
 stage of diagnostics**

This article represents the analysis of measles detection quality at the pre-hospital stage. The most common clinical mistakes resulting in incorrect diagnosis are considered here basing on the large clinical source (163 patients). The importance of primary link care doctors qualification in differential diagnostics realization of an infectious pathology is emphasized.