

СМЯТОСН
ИНОКЕТИ

2
2002

ВОЗИАНОВА Ж.И., ПОДОЛЮК О.А., ГОЛУБОВСКАЯ О.А.

Национальный медицинский университет им. акад. А.А. Богомольца,

г. Киев

*кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой член-корр. АМН Украины
профессор Возианова Ж.И.*

УДК: 616.921.5-07:616-039.18

ДОСТОВЕРНОСТЬ ДИАГНОЗА «ГРИПП» В ПЕРИОД СЕЗОННОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

На пике очередного сезонного подъема заболеваемости респираторными инфекциями хочется остановиться на некоторых проблемах, возникающих при диагностике гриппа — этого, казалось бы, хорошо изученного заболевания. Ежегодно вокруг ожидаемых эпидемий гриппа разгораются дискуссии по поводу того, следует вакцинироваться против этой болезни или нет, приводятся самые разные, нередко угрожающие, данные о числе заболевших [1, 2, 3]. Многие фармацевтические фирмы, специализирующиеся на продаже антигриппозных вакцин, заинтересованы в ажиотажном спросе на эту продукцию. Поэтому оказывается очень удобной такая весьма обобщенная формулировка, как «грипп и ОРВИ», где все внимание привлекает, прежде всего, лишь первая часть диагноза — «грипп». А давайте подумаем, логична ли такая комбинация — «грипп и ОРВИ»? Ведь грипп — это тоже ОРВИ, только уточненное этиологически. Не правильнее ли формулировка диагноза «грипп и другие ОРВИ»? При наших скудных диагностических возможностях, когда вероятность достоверной этиологической расшифровки диагноза «ОРВИ» минимальна, может не стоит увлекаться диагнозом «грипп» во всех случаях, когда больного нужно госпитализировать или возникают сложности в диагностике? А ведь как следствие ошибочного диагноза — ошибочная тактика, нерациональные противоэпидемические мероприятия и т.д. В подтверждение этого представляется интересным провести анализ историй болезней больных, поступивших в клинику инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца с диагнозом «грипп» на протяжении 2000-2001 гг. За этот период таких больных было 151. При детальном обследовании, включавшем, наряду с общеклиническими, специфические методы диагностики (РИФ), диагноз подтвердился лишь в 39 (25,8%) случаях, у этих больных диагностирован грипп типа А. Следует отметить, что все больные поступали в январе - феврале 2000 года на 1-3 день болезни с типичной клинической картиной. У остальных 112 (74,2%) больных, направленных в стационар с диагнозом «грипп», выявлены самые разнообразные заболевания. В зависимости от наличия или отсутствия катарального синдрома они были разделены на 2 группы:

- заболевания, протекающие с катаральным синдромом;
- заболевания, протекающие без катарального синдрома.

Структура заключительных диагнозов у больных представлена в таблице 1.

Обращаем внимание на группу больных с диагнозом ОРЗ — это комбинированная группа, куда вошли заболевания, клинические проявления которых весьма полиморфны — ларингит, трахеит, фарингит, назофарингит, бронхит и т.д. При этом

**Заключительные диагнозы у больных, поступавших в стационар
с направительным диагнозом «грипп»**

Заключительный диагноз	число случаев (n = 151)	
	абс.	%
1. Группа заболеваний, протекающих с катаральным синдромом (n=130).		
Грипп	39	25,8
ОРЗ	32	21,2
Пневмония	19	12,2
Аденовирусная инфекция	14	9,3
Хронический бронхит в ст. обострения	5	3,3
Ангина	4	2,6
Менингококковый назофарингит	4	2,6
Острый гайморит	4	2,6
Энтеровирусная инфекция	3	2,0
Парагрипп	3	2,0
Корь	1	0,7
Краснуха	1	0,7
Инфильтративный туберкулез легких	1	0,7
Всего	130	86,1
2. Группа заболеваний, протекающих без катарального синдрома.		
Серозный менингит	4	2,6
Пиелонефрит	4	2,6
Сепсис	3	2,0
Острый гастроэнтероколит	3	2,0
Хронический холецистит в ст. обострения	2	1,3
Вирусный гепатит А	1	0,7
Лимфогранулематоз	1	0,7
Отогенный менингит	1	0,7
Гнойный эпидурит	1	0,7
Бактериальный эндокардит	1	0,7
Всего	21	13,9

учитывалась длительность, динамика патологического процесса, степень выраженности интоксикации и другие особенности клинического течения. Подобная симптоматика может быть обусловлена огромным числом возбудителей — бактериями, вирусами, микоплазмами. Академик Жданов В.М. называет более 200 возбудителей, способных вызвать респираторный синдром [4]. Отсутствие возможностей для проведения углубленных лабораторных исследований по этиологической расшифровке заболеваний в этой группе больных не позволяет провести более точную диагностику, поэтому приходилось довольствоваться этим, довольно расплывчатым диагнозом, основываясь лишь на клинических данных. Только в отдельных случаях (аденовирусная, энтеровирусная инфекции, парагрипп, менингококковый назофарингит) этиологию нам удалось расшифровать.

Что касается ангины и гайморита — заболеваний, ничего общего, кроме лихорадки, с гриппом не имеющих, то такие ошибки можно объяснить лишь недостаточным вниманием врачей. Это же относится к кори и краснухе, при которых характер и локализация сыпи, ее динамика являются убедительной «визитной карточкой» болезни.

Особо хотелось бы остановиться на частоте выявления пневмоний у больных с направительным диагнозом «грипп». Мы не могли их расценивать как постгриппозные из-за особенностей развития патологического процесса. С самых первых часов заболевание развивалось как типичная пневмония: во всех случаях ему пред-

шествовало переохлаждение, кашель был весьма умеренный, продуктивный, отсутствовали явления трахеита, часто уже с первых дней определялась боль в груди, нередко выявлялся herpes labialis. А при аускультации физикальные данные были настолько яркими, что направительный диагноз менялся уже на пропускнике. Во всех случаях пневмония подтверждалась рентгенологически.

У больного с инфильтративным туберкулезом отмечался малопродуктивный кашель, одышка, интоксикация, субфебрильная температура тела, потливость. В данном случае наличие гриппа было особенно сомнительно, учитывая сроки поступления больного в стационар (2-я неделя) и время года (лето).

Таким образом, при проведении дифференциальной диагностики между заболеваниями, при которых такой признак, как лихорадка, сочетался с катаральным синдромом, не учитывались острота начала болезни и ее динамика, особенности катарального синдрома, характер мокроты, если она имелась, и отделяемого из носа, аускультативные данные, изменения в ротоглотке, наличие симптомов, не типичных для гриппа (диарея, ангина, сыпь, генерализованная лимфаденопатия). Наиболее часто ошибки в этой группе допускались в период сезонного подъема респираторных инфекций.

Особый интерес представляет **вторая группа** больных, поступавших с направительным диагнозом «грипп» и не имевших катарального синдрома. Мы считаем, что эти случаи не нуждаются в комментариях, поскольку заключительные диагнозы говорят сами за себя. Большая часть этих больных поступала в поздние сроки — 2-я неделя болезни и позже. Диагноз «грипп» снимался сразу при поступлении.

Уже немало говорилось о том, что в период сезонного подъема заболеваемости, а тем более эпидемии, под маской гриппа проходит практически весь спектр заболеваний, и не только инфекционных. Обидно осознавать, что зачастую эту маску надевают сами врачи, изобретая «новые» нозологические формы — «кишечный грипп», «акатаральный грипп». По нашей статистике, количество ошибочных направительных диагнозов в зимнее время примерно в 2,5 раза больше, чем весной, летом или осенью, т.к. в этот период очень удобен диагноз «грипп», на который списывается практически любое заболевание, протекающее с повышением температуры тела. Соблюдение же элементарных правил клинического обследования во многих случаях позволило бы избежать ошибок.

На рис. 1 мы приводим данные о частоте поступления больных с гриппом и подтверждения этого диагноза в процессе обследования (РИФ).

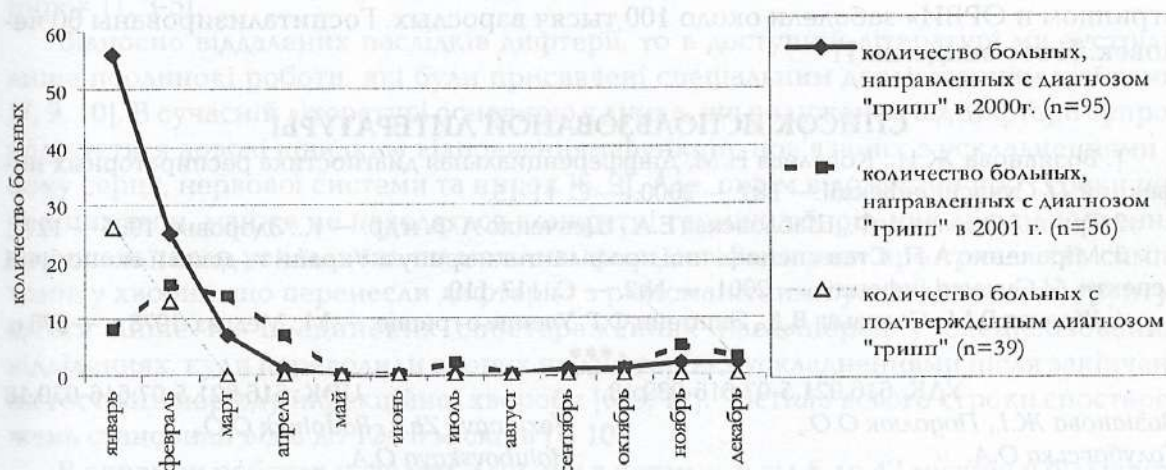


Рисунок 1

Частота поступления больных с гриппом и совпадения диагнозов при направлении и выписке в 2000 – 2001 гг.

Таким образом, в 2000 году из 95 больных, поступавших с направительным диагнозом «грипп», последний подтвердился у 39 (41,1%). В 2001 году ни у одного из 56 поступивших больных грипп не был подтвержден.

Мы не претендуем на исчерпывающий анализ эпидемиологической ситуации по гриппу, сложившейся в Киеве в январе-марте 2001 года, поскольку данные только нашей клиники не могут точно отразить заболеваемость в многомиллионном городе. Но тот материал, который мы получили, заставляет задуматься, а была ли эпидемия? Почему в это время, в период объявленной эпидемии гриппа на стационарное лечение в клинику было направлено всего 36 больных? Ни в одном случае диагноз гриппа не подтвердился. А ведь в период истинной эпидемии мы задыхаемся из-за отсутствия мест. Не были ли причиной роста числа респираторных заболеваний в этот период иные инфекционные агенты, этиологию которых мы пока не всегда можем обосновать клинически, а тем более лабораторно, и поэтому вынуждены ограничиваться диагнозом ОРЗ? Следует ли говорить об эпидемии, или мы имеем дело с обычным сезонным подъемом заболеваемости? Отсюда вытекает проблема иммунизации против гриппа, ее целесообразности и эффективности. Вопросов много и ответы на них могут дать только серьезные вирусологические, бактериологические, иммунологические и клинические исследования, сопоставление результатов.

Обобщая полученные данные, можно еще раз обратить внимание на особенности гриппа, о которых всегда должен помнить врач:

— сезонность заболевания: грипп, как и другие ОРВИ, имеют зимнюю сезонность, возможно начало эпидемического роста в конце осени и завершение его в начале весны. Не существует диагноза «летний грипп». Лихорадочные заболевания, протекающие с катаральным синдромом и возникающие в теплое время года, могут быть обусловлены аденовирусами, энтеровирусами, не следует забывать и о туберкулезе. За многолетнюю историю нашей клиники мы ни разу не видели больных гриппом летом;

— опорные клинические признаки — острое, даже внезапное начало болезни, головная боль в области надбровных дуг, сухой упорный кашель, боль и саднение за грудиной, мелкая зернистость на ярко гиперемизированной слизистой оболочке мягкого неба, гиперемия и одутловатость лица, гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер, сухость и отечность слизистой оболочки носа, сочетание интоксикации и катарального синдрома закономерно;

— длительность течения неосложненных форм гриппа — не более 5-6 дней. Более длительная лихорадка свидетельствует либо о наличии осложнения при гриппе, либо о первично ошибочном диагнозе.

И, наконец, статистика сегодняшнего дня. По данным Главного управления здравоохранения, за последние три месяца (октябрь-декабрь) 2001 года в Киеве «гриппом и ОРВИ» заболели около 100 тысяч взрослых. Госпитализированы 60 человек. И это эпидемия?!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возианова Ж.И., Ковалева Н.М. Дифференциальная диагностика респираторных инфекций // Сучасні інфекції. — №2. — 2000. — С. 11-15.
2. Грипп/ Фролов А.Ф., Шабловская Е.А., Шевченко Л.Ф. и др. — К.: Здоровье, 1985 — 127с.
3. Міроненко А.П. Стан специфічної профілактики грипу в Україні та деякі її економічні аспекти // Сучасні інфекції. — 2001. — №2. — С. 117-119.
4. Жданов В.М., Соловьев В.Д., Эпштейн Ф.Г. Учение о гриппе. — М.: Медгиз, 1978 г. — 578 с.

УДК: 616.921.5-07:616-039.18

Возіанова Ж.І., Поглюк О.О.,
Голубовська О.А.

Вірогідність діагнозу "грип" в період сезонного підвищення захворюваності

У статті проаналізовано випадки надходження хворих з направляючим діагнозом "грип". Зроблено висновок, що не було жодного випадку, підозрілого на наявність грипу, не дивлячись на шум в пресі у зв'язку з наближенням епідемії.

UDK: 616.921.5-07:616-039.18

Vozianova Zh.I., Podoluyk O.O.,
Holubovskaya O.A.

Reliability of the diagnosis of "influenza" during seasonal rise a case rate

In article is analysed cases of hospitalization of the patients with the directing diagnosis of "influenza". The conclusion about absence of cases is made. Suspicious on presence of an influenza, despite of noise in press about coming nearer epidemic.