



УДК 616.915-036.22

КІР: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

О. М. Горленко, М. А. Поляк

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,
кафедра дитячих хвороб з курсом дитячих інфекцій, м. Ужгород*

Вступ

Кір, незважаючи на проведення широкої програми імунізації, до останнього часу залишається однією з найбільш розповсюджених дитячих крапельних інфекцій. За даними ВОЗ, захворюваність на кір щорічно складає близько 70 млн чоловік і являє значну загрозу для здоров'я та життя як дітей, так і дорослого населення. Кір значно послаблює імунну систему організму і відкриває шлях до інших гострих і хронічних інфекцій. Установлено, що єдиною причиною смертності від кору стають його ускладнення. Незнання патогенезу їх формування прирівнюється до незнання самої хвороби [7,8].

Кір – одне з найпоширеніших інфекційних захворювань, збудник якого постійно циркулює в людській популяції [1,2,12]. В умовах природного перебігу епідемічного процесу до початку масової вакцинації широке розповсюдження вірусу і його висока контагіозність обумовлювали в структурі захворюваності переважання дитячого населення. Традиційно кір відносився до так званих «дитячих інфекцій» [1,2,12].

Проте впровадження планової вакцинопрофілактики, яка охопила переважно дитяче населення, привело до створення серед дітей могутнього імунного прошарку. З різних причин, серед яких обговорюються обмеженість в часі поствакцинального імунітету, неадекватність імунізації (недостатній обхват щепленнями, відсутність ревакцинації), мінливість вірусу кору тощо, відбувся зсув захворюваності в сторону дорослих осіб [1,2,12].

Перші повідомлення про кір відносяться до 600 року до н.е., проте перший науковий опис хвороби і її відмінності від натуральної віспи належить персидському лікарю Ібн Разі (860-932 н.е.), який видав книгу «Віспа і Кір».

У 1954 році був виділений вірус, що викликає хворобу, а вже з 1963 року розпочата

вакцинація проти кору. Незважаючи на протидію хворобі з боку міжнародної ініціативи з боротьби з кором, останнім часом в Європейському регіоні спостерігаються спалахи цієї хвороби. Так, протягом 2011 року зафіксовано понад 26 тис. випадків кору, що в 3,76 разу більше ніж у 2010. Найбільша кількість випадків була зареєстрована у Франції - понад 14 тис. Зростання захворюваності на кір пов'язане з циклічністю хвороби, що обумовлює підвищення захворюваності приблизно раз на 6 років. В Україні останній спалах кору спостерігався у 2005-2006 рр., коли захворіли близько 45 тис. осіб, що становило 83% від загальної кількості тих, хто захворів у Європейському регіоні.[16].

Мета дослідження

Провести аналіз літератури з приводу особливостей та актуальності кору для оптимізації діагностики, ведення хворих та адекватного лікування даної патології.

Результати досліджень

Кір – це гостре вірусне антропонозне захворювання з інтоксикацією, катаральним пошкодженням верхніх дихальних шляхів та плямисто-папульозною екзантемою [13].

Збудник кору – РНК-геномний вірус, що належить до сімейства параміксовірусів.

Єдиним джерелом інфекції є хвора людина – з останніх 2 днів інкубаційного періоду до 5-го дня після появи останнього висипання. Найбільша заразливість припадає на період до появи висипки [3,13].

Шлях передачі кору – повітряно-краплинний, можлива передача вірусу на значні відстані (через коридори, сходові клітки в сусідні кімнати та квартири). Передача кору через предмети та третю особу у зв'язку з нестійкістю збудника у зовнішньому середовищі не відбувається [5,13]. Сприйнятливість людини до кору дуже висока. Індекс контагіозності становить 0,96-0,98, тоб-



то майже всі діти і дорослі, які не хворіли на кір, але були в контакті з хворим, захворюють.

Імунітет до кору у дорослих формується внаслідок перенесеної ними хвороби чи імунізації. Завдяки трансплацентарному імунітету діти до 3 місяців не хворіють на кір, а у віці від 3 до 6 місяців хворіють дуже рідко. Останнім часом, у зв'язку з уведенням масової вакцинації спостерігаються зміни вікової структури хворих на кір: збільшується питома вага дітей старшого віку та дорослих, тобто контингентів, які були імунізовані давно або зовсім не підлягали імунізації. Характерною особливістю останніх років є збільшення випадків повторних захворювань на кір.

Воротами інфекції служить слизова оболонка верхніх дихальних шляхів (ВДШ). При цьому вірус долає перший бар'єр на своєму шляху – мукоциліарний захист. Вірус розмножується в епітелії респіраторного тракту, а також в інших епітеліальних клітинах (кон'юнктива). Кількість вірусу в початковий період невелика і може бути нейтралізована введенням гаммаглобуліну, на чому й заснована пасивна імунізація, яку проводять в осередках кору, але її доцільність обмежена першими 3 днями від моменту контакту [10].

В клінічному перебігу кору виділяють такі періоди: інкубаційний, катаральний, період висипань та реконвалесценції.

Інкубаційний період становить 9-17 днів. Початок хвороби гострий. З'являються симптоми катарального періоду: підвищення температури тіла до 38-39 °С, головний біль, кашель, нежить. Підвищення температури тіла в перші дні у більшості випадків нестійке. Катаральні явища з кожним днем посилюються. З'являються світлобоязнь, сльозотеча, розвивається кон'юнктивіт.

На 2-3-й день від початку хвороби на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів, інколи на слизовій оболонці губ та кон'юнктив, виникають дрібні, розміром з макову зернину, білуваті цятки, які піднімаються над слизовою оболонкою і оточені червоним обідком. Це плями Філатова-Копліка – характерний для кору симптом, який має особливо важливе діагностичне значення.

Одночасно або через 1-2 дні на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебіння з'являються червоні плями неправильної форми – корова енантема. Слизова оболонка всієї порожнини рота стає рихлою та

гіперемійованою. Тривалість катарального періоду – 2-4 дні.

Перед появою висипань температура тіла часто знижується, іноді до норми.

Період висипу починається з нового підвищення температури тіла (двогорба температурна крива) та посилення інших симптомів загальної інтоксикації. Катаральні явища у верхніх дихальних шляхах та кон'юнктивах досягають максимуму. Перші елементи висипу з'являються за вухами, на переніссі, на обличчі. Висип при кору плямисто-папульозний, численний, місцями він зливається, розміщується на незміненому фоні шкіри. Характерною є етапність появи висипу, спочатку на обличчі та шиї, потім на тулубі і, нарешті, на кінцівках. Елементи висипу "цвітуть" в середньому 3 дні, з 4-го починають згасати в тому самому порядку, в якому вони з'явилися. На місці висипу залишається пігментація, згодом починається дрібне висівкоподібне лущення. Разом із згасанням висипу зменшуються явища загальної інтоксикації, нормалізується температура тіла, зменшуються катаральні явища.

У період реконвалесценції (пігментації) на фоні вже нормальної температури тіла зберігаються незначні катаральні явища, астенизація (в'ялість, швидка втомлюваність тощо), опірність організму знижується. У цей період часто розвиваються ускладнення, які можуть бути зумовлені дією вірусу або приєднанням бактеріальної флори. Частіше виникають пневмонія, ларингіт, бронхіт, бронхіоліт, кератокон'юнктивіт, отит, піодермія, цистит, пієлонефрит, плеврит, ентерит, стоматит, менінгоенцефаліт.

В більшості випадків кір перебігає сприятливо, але при розвитку ускладнень, особливо енцефаліту і менінгоенцефаліту, можливі летальні наслідки. Смертність від цієї хвороби коливається від 1 до 5% [16,17].

У сучасних умовах під час визначення форми кору доцільно користуватися класифікацією А.А. Колтипіна і М.Г. Даниловича.

Згідно з цією класифікацією, виділяють дві форми кору: типову, з основними класичними ознаками хвороби, і атипову, яка має істотні відмінності в клінічній картині. Типові форми кору: легкі, середнього ступеня тяжкості, тяжкі.

Атипові форми кору: мітигована (у щеплених), абортівна, стерта, безсимптомна, у осіб з



імунодефіцитами, геморагічна, у разі поєднання з іншими інфекціями, у вагітних.

Статистична класифікація кору (МКХ-10):

B05.0 Кір, ускладнений енцефалітом (післякоровий енцефаліт).

B05.1 Кір, ускладнений менінгітом (післякоровий менінгіт).

B05.2 Кір, ускладнений пневмонією (післякорова пневмонія).

B05.3 Кір, ускладнений отитом (післякоровий отит).

B05.4 Кір із кишковими ускладненнями.

B05.8 Кір з іншими ускладненнями (кератит).

B05.9 Кір без ускладнень.

Ускладнення при кору можна розділити на ті, що є по суті симптомами захворювання, але виражені в інтенсивній формі (ларингіт, бронхіт, ентероколіт), а також на ускладнення, що зумовлені різноманітною мікробною мікрофлорою, яка локалізується переважно в дихальній і травній системах [4,11]. Усі летальні випадки внаслідок кору реєструють у пацієнтів певних категорій (маленьких дітей, у разі перебігу кору на тлі супутніх захворювань, поганих соціально-побутових умов), об'єднаних у групу ризику щодо виникнення кору.

Коровий ларингіт у гострій стадії хвороби є проявом основного захворювання, і в дітей молодшого віку в деяких випадках може призводити до стенозу. До ускладнень також належить вторинний пізній ларингіт (у 3–5% хворих), що розвивається після згасання висипу, а також у період пігментації. Це ускладнення є проявом поверхневого виразково-некротичного процесу в гортані. У частини хворих, не зважаючи на незначно виражені патологоанатомічні зміни, вторинний коровий ларингіт може розвиватися з явищами вираженого стенозу. Вторинний ларингіт, так само як пневмонію, найчастіше спостерігають у дітей першого року життя.

Ускладнення у вигляді бронхіту або бронхіоліту із дрібновогнищевою пневмонією виникають у ранній стадії кору (або в період висипань) і зазвичай є специфічними ускладненнями, спричиненими вірусом кору. Гострі дифузні бронхіти в чистому вигляді спостерігають нечасто (3% випадків), зазвичай вони поєднуються із дрібновогнищевою пневмонією.

Серед ускладнень найчастішою і до того ж основною причиною смерті при кору є пневмонія (80–90% усіх летальних наслідків). Особливо велика кількість усклад-

нень у вигляді пневмонії – у дітей раннього віку, ослаблених хворих і осіб із хронічними неспецифічними захворюваннями легенів.

Запалення середнього вуха серед хворих на кір виявляють у 3% випадків. Отити можуть розвиватися і в ранній період кору, і в більш пізній, у тому числі в стадії пігментації. У більшості випадків вони закінчуються без прориву барабанної перетинки і не потребують парацентезу, що відрізняє їх від банальних. У більшості випадків корового отиту, що призводить до мастоїдиту, постає питання про асоціацію корової інфекції з гноєтворною мікрофлорою. До рідкісних ускладнень (близько 1% хворих) належить двобічний евстахіїт, що виникає на 2-му тижні захворювання.

Ускладнення з боку нервової системи розвиваються нечасто. У гострій період можуть виникати ознаки токсичної енцефалопатії (у 2% хворих). Серозні менінгіти (у 1% хворих) розвиваються в період згасання висипу. Їх початок супроводжується підвищенням температури тіла, менінгеальними симптомами. Корові менінгіти частіше закінчуються повним одужанням хворого, але в деяких випадках можуть призводити до порушень психіки.

Нефрит є дуже рідкісним ускладненням у хворих на кір. Дещо частіше – у 2,5% хворих – виявляють реактивні гепатити.

З боку органів зору крім кон'юнктивіту і блефариту можуть виникати кератит, фліктени і в деяких випадках – ірити (частіше у формі загострення старих хронічних процесів) [10].

Діагностика кору. Згідно з "Інструкцією щодо організації епідеміологічного нагляду за кором", затвердженою наказом МОЗ України № 188 від 17.05.2005, діагноз кору встановлюється клінічно хворому з лихоманкою та генералізованою плямисто-папульозною висипкою (не везикулярною) та з одним з таких симптомів: кашлем, ринітом чи кон'юнктивітом. Лабораторно підтверджений випадок захворювання на кір – це випадок захворювання, який відповідає клінічному визначенню випадку кору, підтверджений результатами лабораторних досліджень або епідеміологічно пов'язаний з лабораторно підтвердженим випадком.

Специфічна діагностика кору проводиться методом ІФА, досліджуються IgM, відбір крові виконується не пізніше 5-го дня захворювання.

Епідеміологічний зв'язок визначається у разі безпосереднього контакту пацієнта з хворим, у якого захворювання підтверджене ла-



бораторно і висипка з'явилась за 7-18 днів до виникнення захворювання у контактного.

При спорадичній захворюваності лабораторно обстежуються всі зареєстровані випадки захворювання на кір, при виникненні спалахів – перші 3-5 випадків.

Діагноз кору може бути відмінений у разі, якщо хворий був обстежений клінічно, епідеміологічно і лабораторно та отримані негативні результати обстеження.

Лікування. Лікування проводять переважно в домашніх умовах.

Госпіталізації підлягають лише хворі з тяжким перебігом кору, ускладненнями і за епідеміологічними показаннями (діти з дитячих будинків, шкіл-інтернатів, лікувально-профілактичних та оздоровчих закладів тощо) [6,10,14].

Неускладнений кір з легким і середньотяжким перебігом не потребує специфічного медикаментозного лікування. Хворого ізолюють в окрему добре провітрювану кімнату. Необхідно дотримуватися ліжкового режиму протягом 7-10 днів, приймати велику кількість рідини (соки, компоти, киселі), механічно і хімічно щадну їжу. Важливого значення надають догляду за шкірою і слизовими оболонками. Рекомендується періодично промивати очі теплою перевареною водою або 2 % розчином гідрокарбонату натрію. Сухі губи змазують жиром, ніс прочищають ватним тампоном, змоченим вазеліновим маслом, рот полощуть перевареною водою. При кору можуть бути застосовані місцеві антисептики, протикашльові засоби, деконгестанти (судинозвужуючі краплі в ніс), антигістамінні препарати, вітаміни.

Специфічні противірусні засоби призначаються при підозрі на розвиток ускладнень, пов'язаних з ураженням центральної нервової системи.

Антибіотики призначаються лише при виникненні або підозрі на бактеріальне ускладнення, а також при тяжкому перебігу захворювання.

Резюме. У даній статті звертається увага на надзвичайно поширену патологію серед дитячого віку – кір. Захворювання характеризується зимово-весняною сезонністю, гострим початком, різноманітними клінічними проявами, що призводить до невчасної діагностики та неадекватного лікування.

Ключові слова: діти, кір, клініко-епідеміологічні особливості, патогенез, діагностика, лікування.

Measles: epidemiology, features of clinic, diagnostics and treatment.

O. M. Horlenko, M.A. Polyak

На теперішній час кір залишається однією з найбільш поширених інфекційних хвороб, що керуються засобами імунoproфілактики. Єдиним шляхом профілактики кору та запобігання ускладнень від нього залишається проведення дітям профілактичних щеплень, внаслідок чого і виробляється імунітет до хвороби. Найбільший ризик захворювання на кір та розвиток ускладнень мають нещеплені діти раннього віку. Специфічну профілактику кору в Україні здійснюють живою вакциною.

Планову вакцинацію проводять у віці 12 міс., ревакцинацію – у 6 років. Повторне введення вакцини дозволяє сформувати захисний рівень імунітету у 95-98% вакцинованих.

Слід зазначити, що запобігти поширенню кору можливо лише шляхом формування колективного імунітету, який створює умови для того, щоб інфекційні захворювання не передавалися від одного члена колективу до іншого. Він може бути створений шляхом імунізації, а також після того, як значна кількість людей із популяції перехворіє на кір. Для формування захисного рівню колективного імунітету проти кору шляхом імунізації необхідно охопити профілактичними щепленнями не менше як 95% населення [9,15,16].

Висновки

Таким чином, внаслідок того, що кір є найпоширенішим інфекційним захворюванням з переважним ураженням дитячого населення, збудник якого постійно циркулює в людській популяції на великій території та є високо контагіозним.

У зв'язку з порушенням порядку проведення профілактичних щеплень та виникненням значного про шарку не вакцинованих дітей – обумовлює високу захворюваність кором. Дана тема є надзвичайно актуальною для виключення діагностичних помилок, неправильного ведення хворих та неадекватного лікування. Тому тема кору є актуальною не тільки для лікарів – інфекціоністів, але і для лікарів інших спеціальностей.



Summary: In this article attention applies on extraordinarily widespread pathology among children – morbilli. A disease is characterized winter – spring seasonality, sharp beginning of disease, various clinical displays, that results in ill-timed diagnostics and inadequate treatment.

Key words: children, measles, clinic. epidemology, pathogeny, diagnostics, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: у 3 т. / Ж.І. Возіанова. – К.: Здоров'я, 2001. – Т.3. – С.791–840.
2. Возіанова Ж.І. Корь у взрослых / Ж.І. Возіанова, О.А. Подолук // Сучасні інфекції. – 2004. – №2. – С.42–47.
3. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції) / С.О. Крамарев. – К.: МОРІОН, 2003. – 480 с.
4. Андрейчин М.А. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / Андрейчин М.А. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2007.
5. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.
6. Ершова И.Б. Корь (клиника и патогенез) / И.Б. Ершова. – Луганск: Изд-во ЛГМУ, 1997. – 231 с.
7. Ершова И.Б. Антиоксидантна та імунна корекція в лікуванні хворих на кореву пневмонію / І.Б. Ершова // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – Київ-Луганськ. – Випуск 1. – 1997. – С.51–54.
8. Ершова И.Б. Прогнозування, профілактика та лікування ускладнених форм кору: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.01.13 «Інфекційні хвороби» / Ірина Борисівна Ершова. – Київ, 1999. – 22 с.
9. Нисевич Н. И. Инфекционные болезни у детей / Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин – М.: Медицина, 1990. – 620 с.
10. Малий В.П. Сучасні проблеми кору: клінічна картина, діагностика та лікування / В.П. Малий // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – №1–2. – С.10–17.
11. Грицько Р.Ю. Поліклінічна інсектологія. Кабінет інфекційних захворювань: Навч. посіб. / Р.Ю. Грицько, І.О. Кіселик, О.Л. Івахів, В.В. Гнатюк, Ю.Б. Бідюк. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 224 с.
12. Подолук О.О. Особливості перебігу та характер ускладнень кору у дорослих : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.13 «Інфекційні хвороби» / Ольга Олександрівна Подолук. – Київ, 2009. – 21с.
13. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В.Лобзина. 3-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Фолиант, 2003. – 1040с.
14. Богадельников И.В. Справочник по инфекционным болезням у детей / Под общей редакцией проф. И.В. Богадельникова и проф. А. В. Кубышкина. Издание 7-е, дополненное и переработанное. – Симферополь: Н. Орианда, 2010. – 304с.
15. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни / Е.П. Шувалова – М.: Медицина, 1995. – 655 с.
16. http://svitmolodi.at.ua/publ/budte_zdorovi/budte_zdorovi/kir_suchasnij_stan_problemi/23-1-0-456
17. <http://en.wikipedia.org/wiki/Measles>.