

# ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

© О.М. Горленко, М.А. Поляк, В.М. Поляк-Товт, 2012

УДК: 616.915-085.373:616-053.9

О.М. ГОРЛЕНКО, М.А. ПОЛЯК\*, В.М. ПОЛЯК-ТОВТ\*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями; \*Обласна клінічна інфекційна лікарня, Ужгород*

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ НА ЗАКАРПАТТІ

У данній 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

**Вступ.** Кір - гостра вірусна хвороба людини з групи інфекцій дихальних шляхів, яка супроводжується інтоксикацією, гарячкою, запаленням верхніх дихальних шляхів, кон'юнктив, специфічною енантемою і макуло-папульозною висипкою. Збудник належить до сімейства параміксовірусів [3].

Кір до останнього часу залишається однією з найбільш розповсюджених дитячих крапельних інфекцій. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я захворюваність на кір щорічно складає біля 70 млн чоловік й являє значну загрозу для здоров'я та життя як дітей, так і дорослого населення. Установлено, що єдиною причиною смертності від кору стають його ускладнення. Незнання патогенезу їх формування прирівнюється до незнання самої хвороби [4].

Кір одне з найпоширеніших інфекційних захворювань, збудник якого постійно циркулює в людській популяції [1, 2]. 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].

Діагноз кору, як ще нерідко вважають, може бути встановлений лікарем будь-якої спеціальності. Тим часом усі інфекції, у тому числі і кір, змінили своє обличчя. У країнах з високим рівнем економічного розвитку діагноз кору встановлюють в основному на підставі виявлення ІgM у сльозі за допомогою ІФА. У Великобританії з діагнозом кір було лабораторно обстежено 3274 особи. При цьому діагноз було підтверджено у небагатьох хворих 1,9%. [6]. Як з'ясувалося, під діагнозом кору маскувалися краснуха, парвовірусна, герпетична інфекції тощо. Дотепер досить рідко використовують високочутливі специфічні методи ла-

бораторної діагностики, не кажучи вже про полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР).

Зараз добре відомо, що зупинити поширення кору і досягти його ліквідації в цілому можна за допомогою вакцинації. За даними ВООЗ, у довакцинальний період у світі щороку реєстрували від 135 до 145 млн випадків кору, від 5 до 7 млн хворих на кір дітей помирало. Вакцинопрофілактика щорічно запобігає виникненню близько 80 млн випадків хвороби та більше ніж 5 млн смертей [5].

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].

**Мета дослідження.** Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу кору у дітей в Закарпатській області, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Обласній клінічній інфекційній лікарні з початку 2012 року.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження було 69 дітей у віці від 3 місяців до 15 років з кором, що знаходилися на лікуванні в інфекційному відділенні для дітей, обласної клінічної інфекційної лікарні м. Ужгорода з 01.01. 2012 року.

При аналізі групи дітей з кором була виявлена така статеві структура: хлопчиків — 30 (43,4 %), дівчаток — 39 (56,6 %). До одного року життя 16 (23,1 %), від 1 до 3 років – 32 (46,3 %), від 3 до 5 років – 7 (10,1%), більше 5 років – 14 (20,2%).

На третю добу захворювання було госпіталізовано 30 дітей (43,4 %), на 4 – 13 (18,8%), на 5 день захворювання 8 – (11,5%), на шосту добу – 9 (13%), через 7 днів від початку хвороби – ще 9 діточок, що склало також 13%.

У 91,3 % випадків (63 дитини) були скеровані в стаціонар лікарями сімейних амбулаторій та районними спеціалістами, батьки 6 дітей звернулися самостійно, що становило – 8,7%.

Переважає кількість дітей – 65 (94,2%) поступили в стані середнього ступеня тяжкості, 4 дітей (5,8 %) — у важкому стані, які для подальшого лікування були госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії.

Усім дітям було проведено комплексне клініко-анамнестичне обстеження. Лабораторні методи діагностики включали проведення загального аналізу крові, загальний аналіз сечі, амілаза крові, копрологічне дослідження калу, біохімічне дослідження венозної крові та мінерального обміну, рентгенологічне обстеження органів грудної клітини. При дихальній недостатності вимірювалася параметри сатурації. Проводилося бактеріологічне дослідження калу на ентеропатогенну та умовно-патогенну флору, посів з н/з на бак.флору та стафілокок. Також визначалися специфічні Ig M до вірусу кору методом ІФА.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 61 дітей (88,4 %) був позитивний Ig M до вірусу кору. Найбільша частота захворювань відзначалася у дітей віком від 1 до 3 років – 46,3%.

З даних анамнезу життя з'ясовано, що ніхто з обстежених в минулому не хворів на кір. Біля четвертини хворих вказували на спілкування з хворими на кір за 10-15 днів до початку захворювання. Епідеміологічний аналіз показав, що майже у всіх випадках був порушений календар щеплень, або дітки не були вакциновані взагалі.

33 (47,8%) дітей знаходилися на лікуванні з смт. В.Березний, 12 (17,3%) – м.Ужгород, 15 (21,7%) – Ужгородський район, 7 діток з м.Чоп (10,1%) та двох діток, що становило 2,8% з інших районів області.

Клінічний аналіз показав, що для всіх випадків характерним був гострий початок захворювання, у зв'язку з чим 43 дитини (62,2%) поступили у стаціонар протягом перших чотирьох діб та 91,3% випадки були скеровані лікарями сільських амбулаторій та районними спеціалістами. Переважає кількість дітей (65 — 94,2 %) поступили у стані середнього ступеня тяжкості, 4 дитини (5,8 %) — у важкому стані. Катаральний період тривав в межах 5 – 6 діб.

При госпіталізації переважна кількість скаргились на підвищення температури тіла – 55 діток (79,7%), яка в середньому досягала 38,3°C та тривала 3,6 дні. У 14 діток підвищення температури не відмічалось. Також відмічались виражені катаральні прояви (кашель, нежить, кон'юнктивіт, світлобоязнь) та загальна слабкість, головний біль, зниження апетиту.

Диспептичні прояви у вигляді нудоти, блювання, спостерігались у 22,5% хворих. 3 діток (4,3%) скаргились на помірний біль в животі. Рідкі випо-

рожнення без патологічних домішок спостерігались майже у третини хворих.

Перші елементи висипки з'являлись у хворих на обличчі, які потім поширювались на шию, верхню частину грудей, а на другу добу від початку висипу з'являлись на тулубі, верхніх кінцівках, на третю добу – на нижніх кінцівках. Екзантема переважно була плямисто-папульозною, але у 19 діток (27,5%) місцями була зливною, а у 4 (5,7%) пацієнтів – геморагічною. Тривалість висипки складала в середньому – 4,7 днів. Після згасання висипу візуалізувалася пігментація.

При пальпації відмічалось збільшення переважно периферійних лімфатичних шийних та підщелепних вузлів (24,8% хворих). Жорстке дихання відмічалось в легенях при аускультатії в більшості хворих. У 7 пацієнтів (10,1%) рентгенологічно підтверджена вогнищева пневмонія, у 5 (7,2%) – бронхіоліт, 5 (7,2%) – мали обструктивний бронхіт та у 8 діток кір був ускладнений гострим бронхітом – 11,5%.

Супутньо у 5 дітей було діагностовано гельмінтози, в калі на яйця глист було виявлено – яйця волосоголовців, у 8 – яйця аскарид, 1 – яйця карликового цип'яка та у 2-х цисти лямблій. При посіві кала на патологічну флору у 2 діток виявлена Salmonella групи В та в 1 дитини – Schigella Flexnera. У 7 – х дітей був афтозний стоматит. При посіві із зівка на бак флору та стафілокок у 16 (23,1%) діток було висіяно str. pneumoniae, у 4 (5,7%) – str. pyogenes, st. aureus та Candida albicans, у 1 дитини – str. agalacticae та ps. aeruginosa.

При біохімічному дослідженні венозної крові відмічалось зниження наступних параметрів: альбумін – 2 (2,8%), креатинін – 22 (31,8%), сечовина – 14 (20,2%), загальний білок – 23 (33,3%), підвищувалися рівні загального білірубину – 2 (2,8%), прямого – 4 (5,7%), АлАТ – 3 (4,3%), АсАТ – 31 (44,9%), лужна фосфатаза – 12 (17,3%), тимолова проба – 3 (4,3%).

Після дослідження загального аналізу крові у 7 хворих встановлено анемію I ст., у 4 дітей – анемію II ст. У переважній більшості спостерігався нормоцитоз (n=43, 62,3%), лейкоцитоз (n=23 33,3%) осіб. У 16 (23,1%) хворих відзначено зсув у лейкоцитарній формулі вліво, явища лімфоцитозу – у 31 (44,9%) дитини.

Основним методом підтвердження кору був серологічний метод діагностики – імуноферментний аналіз (ІФА) для виявлення вірусоспецифічних антитіл класу Ig M. У 61 (88,4%) обстежених отриманий позитивний серологічний результат, у решти хворих діагноз встановлений клініко-епідеміологічно.

Лікування хворих дітей на кір проводилося згідно протоколів МОЗ надання допомоги. Виписка здійснювалася за клінічними даними. Всі пацієнти вписані в задовільному стані.

Висновки Таким чином, у зв'язку з низькою напруженістю імунітету не тільки серед дитячого віку, але й інших верств населення відмічаються

періодичні епідемічні спалахи даної патології. Важкість патології та висока частота виникнення ускладнень, а також зміни лабораторних даних призводять до включення у комплексну терапію антибактерійних препаратів. В обстежених дітей відмічався типовий, циклічний перебіг кору: наявністю катарального періоду, періоду висипань з чіткою етапністю, періоду згасання висипки і пігментації. Низька частота виявлення патогномічного симптому кору (плями Бельського – Копліка

– Філатова) обумовлена тим, що більша частина дітей госпіталізовані в період висипань. Відносно високий відсоток ускладнень, переважно з боку легеневої системи серед обстежених, можна пояснити пізніми термінами госпіталізації.

Тому чітке дотримання специфічної профілактики за допомогою планової вакцини за «Календарем щеплень» з дотриманням обов'язкової ревакцинації зменшать показники захворюваності на кір.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Возіанова Ж.І.; у 3 т. — К.: Здоров'я, 2001. — Т.3. — С.791—840.
2. Возіанова Ж.И. Корь у взрослых / Ж.И. Возіанова, О.А. Подолюк // Сучасні інфекції. — 2004. — №2. — С.42—47.
3. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / за ред. проф. М.А. Андрейчина. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. — С. 72—76.
4. Єршова І.Б. Антиоксидантна та імунна корекція в лікуванні хворих на кореву пневмонію / І.Б. Єршова // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. Випуск 1. — Київ-Луганськ, 1997. — С.51—54.
5. Колеснікова І.П. Сучасні стратегія й тактика елімінації кору / І.П. Колеснікова // Сімейна медицина. — 2006. — № 1. — С.34—36.
6. Малий В.П. Сучасні проблеми кору: клінічна картина, діагностика та лікування / В.П. Малий // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2012. — №1-2. — С.10—17.

O.M. HORLENKO, M.A. POLYAK\*, V.M. POLYAK-TOVT\*

*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Pediatrics with Infection Diseases,  
\*Regional Clinical Infective Hospital, Uzhhorod*

#### **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGY SIGNS OF MEASLES COURSE IN TRANSCARPATIA REGION**

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

**Key words:** children, measles, clinical epidemological signs

**Стаття надійшла до редакції: 24.05.2012 р.**