

УДК 616.986.7-036-07 (477.87)

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПІД ЧАС СПАЛАХУ 2006 РОКУ *

Турянця С.М., Тимкович М.А., Роспопа Я.А., Поляк М.А., Мальчицький М.С., Сабова А.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, м. Ужгород; Обласна інфекційна лікарня, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: проаналізовано клініко-епідеміологічні особливості перебігу кору, які були зареєстровані в Закарпатті в 2006 році.

Ключові слова: кір, етіологія, висипка, лікування, щеплення

Вступ. Проблема захворюваності на кір в останні роки стала надзвичайно актуальною, а потужний спалах цієї інфекції на початку 2006 року в нашому краї повністю розвіяв всі мінімальні сумніви щодо цього. Крім того ця епідемія має багато особливостей, якими ми не могли не зацікавитися... У кожному підручнику з інфекційних захворювань можемо знайти таку загальновідому інформацію.

Кір – це гострозапальне, висококонтагіозне, циклічне захворювання, яке вражає переважно дітей, розповсюджується повітряно-краплинним шляхом, проявляється загальною інтоксикацією і катаральним запаленням верхніх дихальних шляхів, очей, а також характерною плямисто-папульозною екзантемою, наявністю плям Філатова-Копліка-Бельського.

Збудник кору Morbillivirus з родини Paramyxoviridae. Це, порівняно, великий вірус 150-300 нм в діаметрі, який має спіралеподібний капсид і містить рибонуклеїнову кислоту, але, на відміну від інших параміксовірусів, у його склад не входить нейрамінідаза.

Вірус кору репродукується на одношарових культурах ниркового епітелію людини, мавп, собак, морських свинок, мишей, у фібробластах курячих ембріонів, у штаммах диплоїдних клітин легень ембріона людини, великої рогатої худоби.

До застосування протикоревої вакцини, кір відносився до найбільш розповсюджених вірусних захворювань дитячого віку. Індекс контагіозності при кору складає 95-98%. У зв'язку з плановою вакцинацією на кір хворіють переважно підлітки та молоді особи, яким вона не проводилася [6].

Правильно проведена вакцинація проти кору може знизити захворюваність до спорадичних випадків. Вакциновані хворіють у 4 рази рідше при заносі кору, ніж не вакциновані.

На сьогоднішній час підлітки і дорослі становлять ведучу групу серед хворих, особливо ті, які випали із календаря вакцинації 1985-1990 років.

Джерелом інфекції є тільки хвора людина, яка виділяє вірус у зовнішнє середовище в останні 2 дні інкубаційного періоду і до 4 дня після появи екзантем.

Передача інфекції відбувається повітряно-краплинним шляхом. Вірус кору знаходиться у в

крові хворих, секреті слизових оболонок носа, носоглотки, верхніх дихальних шляхів і при розмові, кашлі, плачу, чханні, разом із краплинами слизу виділяється в зовнішнє середовище і передається від хворої людини здоровій, яка є сприятливою до кору [1, 2, 3].

Через високу сприятливість до кору зараження відбувається навіть при першому миттєвому контакті з хворим. Через предмети і треті особи інфекція не передається.

Керовані дитячі інфекції значно "подорослішали". В зв'язку з цим, діагностика їх, в більшості випадків, дещо запізнїла, лікарі часто не передбачають ці хвороби у дорослих. Зниження уваги до контрольованих інфекцій в останні роки, погіршення профілактичних заходів у цілому можуть призвести до реверсійних наслідків. Все вищевказане і пояснює доцільність наших спостережень [2, 4, 5].

Метою дослідження було провести аналіз всіх випадків захворювання, які були зареєстровані на Закарпатті в 2006 році.

Матеріали та методи. Нами досліджено 121 випадок захворювання на кір у людей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Обласній інфекційній лікарні м. Ужгород. Серед них 59,5% (72) – чоловіки і, відповідно, 39,5% (49) – жінки. Перша госпіталізація з приводу хвороби відбулася 04.01.06, а остання – аж 20.07.06.

Результати дослідження та їх обговорення. Внаслідок проведення масової імунізації дітей протикоровою вакциною відбувається не тільки зниження захворюваності на кір, але і зміна вікової структури захворюваності і ураження тих вікових груп, які були вакциновані, можливо, неякісною вакциною, випали з планового календаря щеплень або втратили імунну реактивність організму. При цьому зросла частка і епідеміологічна значимість дорослого населення, які в останній час все частіше стають джерелом інфекції.

Прослідковано наступну тенденцію протікання епідемії, відповідно до кількості госпіталізованих хворих (рис. 1).



Рис. 1. Динаміка кількості хворих на кір за період спалаху.

Отже, кількість госпіталізованих за перші три місяці майже однакова з невеликими коливаннями. Але для більшої достовірності розрахуємо відносний коефіцієнт госпіталізації (рис. 2).



Рис.2. Графічне зображення коефіцієнту госпіталізації хворих на кір.

Згідно з розрахунками, спостерігаємо хоч і не значну, але тенденцію до зниження кількості випадків виникнення захворювання.

Науковий інтерес до даної епідемії викликає ще й те, що всі пацієнти мають нетиповий вік, що до виникнення у них даної інфекції, наймолодшому – 15 років. Ми поділили їх за віком на дві групи (рис. 3).

До першої групи спостережуваних, що складала 70% загальної кількості хворих, ми віднесли пацієнтів 1981 року народження, до наймолодших – 1991 року народження. 66% цієї групи складають пацієнти 1984-1988 років народження.

Але найбільший інтерес, викликає друга група (рис. 4). Вона складає 30% від кількості обстежуваних. 38,8% та 30,5% цієї групи – це пацієнти 1976-1977 та 1979-1980рр. народження відповідно. До неї ми віднесли пацієнтів старше 25 років, захворювання яких на кір, за даними більшої кількості літератури, відноситься до казуїстики, оскільки кір – переважно дитяча інфекція, і в такому віці вона виникає доволі рідко. І все ж кожна третя людина, яка захворіла під час епідемії 2006 року на Закарпатті, була старшою 25 років...



Рис.3. Розподіл хворих на кір за віком (1981-1991 р.н.).

Отже, зазначимо, що гострий початок кору серед дорослих мав місце в 84 %, поступовий - 16% хворих. Хвороба починалась із катаральних явищ і загальної інтоксикації. У обстежених хворих початковий період кору супроводжувався значною га-

рячкою. У більшості хворих гарячка досягла 38-39°C, і лише поодинокі випадки супроводжувалися субфібрильною температурою. В стадії екзантеми гарячка ставала більш високою і у хворих температура піднімалася до 39,5-40,5°C.

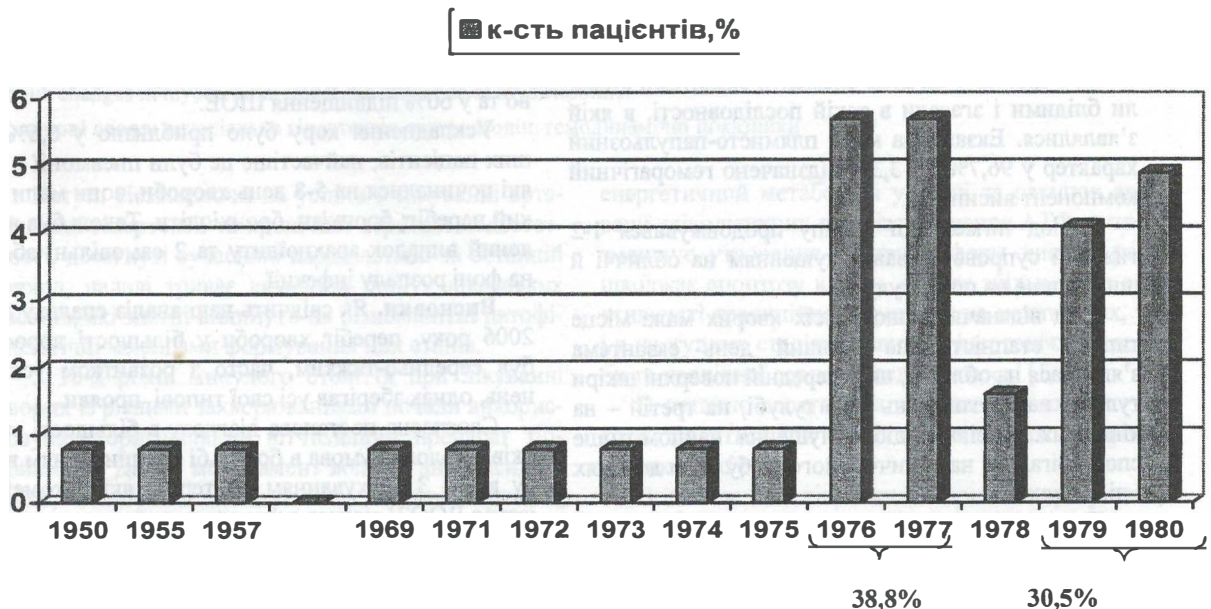


Рис.4. Розподіл хворих на кір за віком (1950-1980 р.н.).

Тривалість лихоманки була наступною:

- менше 5 днів – 13%
- протягом 5 днів – у 23%
- протягом 6 днів – у 13%
- протягом 7 днів – у 17%
- протягом 8 днів – у 12%
- протягом 9 днів – у 8%
- протягом 10 днів – у 7%
- більше 10 днів – у 7%, але не більше 16 днів.

Неправильна гарячка спостерігалась у 29% хворих. Зниження температури за типом кризи спостерігалось у 36%, за типом лізису – в 64%.

Катаральний синдром триває 3-4 дні у більшості хворих і тільки у частини був скорочений до 2-3 днів чи продовжений до 5-6 днів.

У дорослих, на відміну від дітей, не спостерігався грубий кашель, стенотичне дихання, але, так як і у дітей, спостерігався трахеїт і бронхіт. Наші спостереження вказують, що у дорослих симптоми були позитивні у 2,4%.

Одурловатість лица спостерігалась у 100%, сиплий голос протягом 6-7 днів був у близько 50%, кон'юнктивіт у 100%, світлобоязкість також у 100%, сльозотеча у половини хворих, кон'юнктивіт продовжувався до 5-6 дня висипки.

За 1-2 дні до появи екзантеми з'являвся типовий патогномонічний симптом – плями Бельського-Філатова-Копліка, які розміщуються на слизовій оболонці щік напроти нижніх молярів або слизовій ясен і губ, розміри цих плям з піщинку, сіро-білого кольору і оточені червонуватим вінцем. Вони зникають через 1-2 доби і залишають нерівномірне забарвлення слизової щік. Плями Бельського-Філатова-Копліка не зустрічаються при інших захворюваннях, крім қору, що дозволяє ставити діагноз қору за 2-3 до появи екзантеми і диференціювати қір з іншими захворюваннями, які також супроводжуються катаральним синдромом. Вони зустрічаються у 70,6% дорослих і зберігаються достатньо довго – до 2-4 днів у 65% наших хворих.

Висипка у наших хворих змінювала колір протягом 3 діб, на 4-ий день елементи екзантеми ставали блідими і згасали в такій послідовності, в якій з'являлися. Екзантема мала плямисто-папульозний характер у 96,7% і у 3,3% відзначено геморагічний компонент висипу.

Період пігментації висипу продовжувався 1-2 тижні й супроводжувався лущенням на обличчі й шиї, менше на шкірі тулуба.

Слід відзначити, що у всіх хворих мала місце типова етапність: на перший день екзантема з'являлася на обличчі, шиї, передній поверхні шкіри тулуба, на другий день – на тулубі, на третій – на кінцівках. Висівкоподібне лущення найпомітніше спостерігалось на обличчі і його не було на долонях і підшвах.

Легкі форми перебігу қору спостерігалися лише у 7,4% хворих, середньої важкості – 83,6% і у 9% був важкий перебіг.

Збільшення лімфатичних вузлів у обстежених нами хворих спостерігалось у 70% за рахунок ший-

них, у 10% хворих збільшувалися шийні, підпахвинні, пахвинні. Збільшені лімфовузли були чутливі при пальпації.

Ускладнення з'являлися в будь-який період хвороби і залежали від її важкості. В окремих випадках у дорослих може бути втрата свідомості, судоми і менінгіальні явища. С. Д. Носов визначив три форми ураження мозку: қореву енцефалопатію – запальний процес, який виникає частіше у дітей і визначається циркуляторними порушеннями; қоревий енцефаліт, який виникає на 3-5 день захворювання у людей різного віку, і пізній післяқоревий менінгіт або енцефаліт, за рахунок приєднання вторинної інфекції.

Для қору характерно ураження всієї дихальної системи, ураження крово- і лімфообігу легень. На висоті висипки з'являються ознаки гострої емфіземи, вислуховуються сухі і вологі хрипи, а рентгенологічно посилюється легеневий малюнок, қорені легень розширюються. Зміни в легенях мають місце протягом 2-3 тижнів після клінічного одужання. При қору спостерігається ураження бронхів і бронхіол і з'являється схильність до утворення бронхоектазів.

Наші дослідження вказують на те, що у всіх хворих на қір аускультувалися жорстке дихання, ці зміни продовжувалися тривалий час: у 37% хворих до 12 дня захворювання, у 53% хворих до 16 дня і у 10% - до третього тижня хвороби. У 48% вислуховувалися вологі хрипи, у 5% – сухі і вологі. 18% хворих мали задуху на висоті підвищення гарячки, яка зникла при нормалізації температури.

Значних змін серцево-судинної системи у хворих на қір ми не спостерігали, а на ЕКГ дистрофічні зміни зникали після одужання повністю.

З боку крові найпомітніші зміни спостерігалися протягом перших 3-5 днів захворювання у 90% хворих. Зміни в показниках крові тривали в середньому протягом двох тижнів від початку висипки. Найчастіше ми спостерігали: у 30,5% хворих - лімфоцитоз, у 3,3% - моноцитоз, у 48,7% у тій чи іншій мірі спостерігався зсув лейкоцитарної формули вліво та у 60% підвищення ШОЕ.

Ускладнення қору було приблизно у 6,6% наших пацієнтів, найчастіше це були пневмонії - 5%, які починалися на 5-8 день хвороби, вони мали легкий перебіг; бронхіти, бронхіоліти. Також був виявлений випадок арахноїдиту та 2 самовільні аборти на фоні розпалу інфекції.

Висновки. Як свідчить наш аналіз спалаху қору 2006 року, перебіг хвороби у більшості дорослих був середньо-тяжким, часто з розвитком ускладнень, однак зберігав усі свої типові прояви.

Своєчасна постановка діагнозу в більшості випадків – головна умова в боротьбі з поширенням вірусу қору. З врахуванням критеріїв, які рекомендуються ВООЗ, діагноз встановлюється при наявності генералізованої макулопапульозної висипки, підвищенні температури тіла до 38°C та вище, кон'юнктивіту та ринореї. На якість клінічної діагностики впливає давно існуючий стереотип, що на қір частіше хворіють діти. В наш час більшість хво-

рих, у яких діагностовано дане захворювання, – це дорослі, що підтверджується і нашими спостереженнями. Шаблонність мислення призводить до того, що дорослі поступають в стаціонар значно пізніше, ніж діти, а несвоєчасно розпочате лікування призводить до збільшення ризику розвитку ускладнень у хворого на кір.

Планове щеплення проти кору на сучасному етапі дає можливість, у більшості випадків, уникнути широкого поширення захворювання. Обов'язковою умовою повинна бути висока якість вакцини, що дозволить підтримувати імунітет проти кору на потрібному рівні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гребеш В.В. Корь в Україні.// Здоров'я України.- 2006.- №3.- С.53.
2. Крамарев С.О., Кочеткова О.М., Михайлова А.М. Інфекційні хвороби у дітей.- К., Здоров'я, 2000.- 248 с.
3. Лобзин Ю.В., Захаренко С.М. Справочник семейного врача.- М.- Санкт-Петербург, 2005.- 464 с.
4. Олексієнко О.І., Обозний Д.Г. Досвід використання антигомтоксичних препаратів в лікування кору. //Біологічна терапія.- 2006.- №1.- С.46-48.
5. Тітов М.Б. Інфекційні хвороби.- К.: Вища школа, 1995.- 570 с.
6. Georges Peter. Report of the Committee on Infections Diseases, 24 th Edition.- American Academy of Pediatrics, 1997.- 764 p.

SUMMARY

PECULIARITIES OF MEASLES IN THE TRANSCARPATHIAN REGION

Turianytsia S.M., Tymkovych M.A., Rospopa I.A., Poliak M.A., Malchitski M.S., Sabova A.V.

In the 2006 an increased numbers of coses of measles in adults were observed in our infections diseases clinic as inpatients. This outbreak was associated with not fulfilled measures this vaccine preventable illness.

Key words: measles, etiologi, break out, treatment, inoculate