

2/2004

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 616.022.-002.-06-08

КОРЬ У ВЗРОСЛЫХ

Ж.И. ВОЗИАНОВА, О.А. ПОДОЛЮК

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев,
кафедра инфекционных болезней, зав.кафедрой академик АМН Украины,
профессор Ж.И. Возианова

ключевые слова:
корь, взрослые, заболеваемость,
осложнения

Инфекционные болезни занимают одно из ведущих мест в патологии человека, что обусловлено их широким распространением, полиорганностью поражений, последствиями, которые они обуславливают. Среди основных причин смерти у взрослых, приведенных Всемирной Организацией Здравоохранения, на долю инфекционных заболеваний и сопряженных с ними состояний приходится более 30%. Даже не являясь непосредственной причиной смерти как нозологическая форма, инфекции вносят свой вклад в смертность от заболеваний сердечно-сосудистой, нервной систем, почек, легких.

Согласно статистике ВОЗ (1999), каждый год только от кори погибает больше людей, чем в автомобильных авариях. Основную долю умерших (до 900 тысяч ежегодно) составляют дети в странах Африки и Южной Америки. Однако, и в экономически развитых странах, с многолетней историей вакцинопрофилактики, корь привлекает внимание специалистов, в первую очередь, как инфекция, которую можно ликвидировать по примеру натуральной оспы [11].

Разработанная в СССР А.А.Сморodinцевым живая аттенуированная вакцина из вакцинного штамма Л-16, которая на протяжении 36 лет применяется в Украине, показала свою высокую эффективность. Массовая вакцинация привела к

значительному сокращению заболеваемости и изменению возрастной структуры заболевших. В разные годы доля кори в общей структуре инфекционной заболеваемости существенно изменяется в соответствии с закономерностями эпидемического процесса, однако на протяжении последних 14 лет это заболевание регулярно регистрируется в Украине, и, в частности, в Киеве [7]. Причины этого кроются как в ошибках проведения вакцинации, так и накоплении числа лиц, восприимчивых к кори вследствие постепенного угасания поствакцинального иммунитета. Это является причиной того, что эпидемический процесс при кори приобрел новые закономерности с удлинением межэпидемических интервалов, резким подъемом заболеваемости в нетипичные периоды года (март-июнь), что привело к значительному увеличению из года в год числа взрослых больных. Некоторые из этих закономерностей отражены на рис. 1.

Как видно из представленных данных, эпидемический процесс имеет волнообразный характер, когда годы относительно благополучия сменяются значительным подъемом заболеваемости. В Киеве заболеваемость повторяет общегосударственные тенденции, но на более высоком уровне. Аналогичная ситуация отмечается в других крупных городах [6] и объясняется особенностями мегаполиса — более обширные и тесные контакты в транспорте, учебных, торговых, медицинских, культурных учреждениях, а также, возможно, более высоким уровнем диагностики.

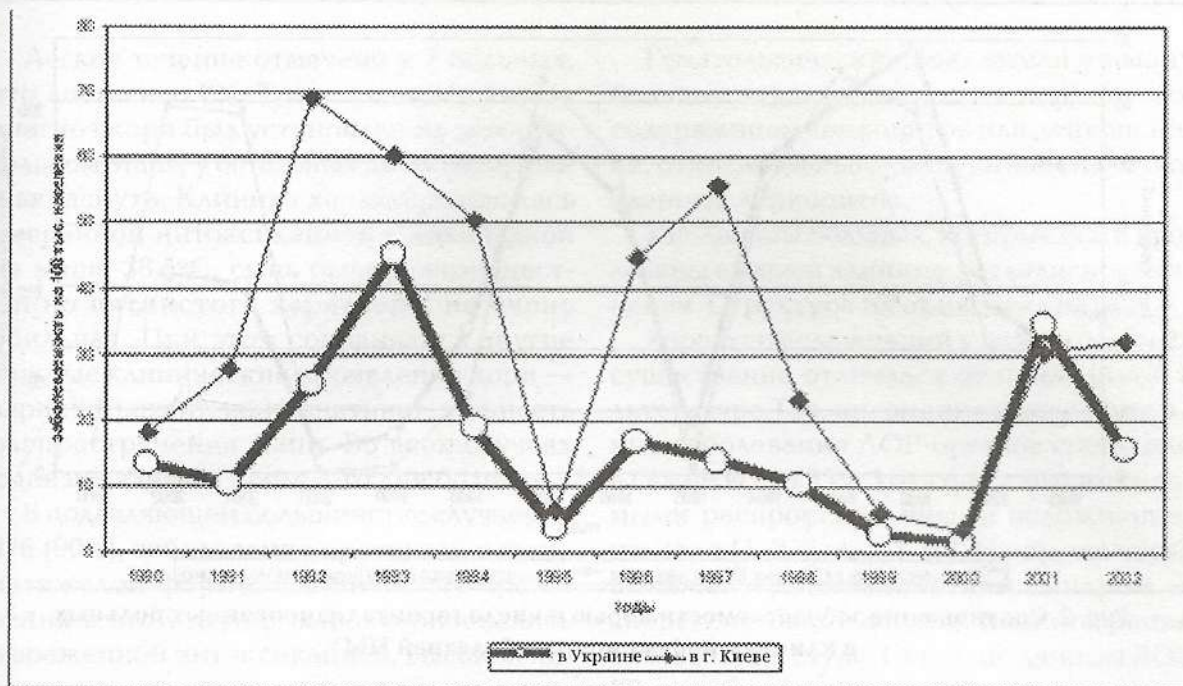


Рис. 1. Заболеваемость корью в Украине и г. Киеве за период 1990-2002 гг.

Иммунопрофилактика кори привела к изменению возрастной структуры больных. "Детская чума" превратилась в болезнь взрослых, поскольку удельный вес лиц старше 15 лет составляет, по разным литературным источникам, от 55 до 78% [5, 13]. Эта тенденция, по-видимому, будет сохраняться, так как напряженность поствакцинального гуморального иммунитета менее выражена, чем после перенесенного заболевания, оставляющего пожизненный иммунитет. Длительность искусственного активного иммунитета составляет 8-17 лет (в среднем 10 лет), что, вероятно, обусловлено некоторыми генетическими различиями между "диким" и вакцинным штаммами, определяющими особенности их взаимоотношений с организмом человека [3, 5, 9]. Следует также учитывать, что приобретенные иммунодефициты, в том числе и обусловленный ВИЧ, повышают вероятность возникновения заболевания у вакцинированных [3].

За последние 14 лет в клинике инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца пролечено 1575 больных корью в возрасте от 15 до 58 лет. На рис. 2 представлено соотношение количества больных корью, которые находились в нашей клинике, и заболеваемость корью в г. Киеве на 100 тыс. населения. При этом речь

идет не о сопоставлении представленных показателей (заболеваемость на 100 тыс. населения и число госпитализированных), а об общей тенденции развития эпидемического процесса.

Наглядно представлено четкое соответствие между этими двумя показателями. К сожалению, данные по заболеваемости корью в Киеве в 2003 году на момент подготовки статьи еще не представлены в базе данных Центра медицинской статистики, но учитывая, что в клинику было госпитализировано всего 16 человек, можно предположить, что ее уровень соответствовал периоду эпидемического спада.

За основу анализа течения кори у взрослых были взяты больные, пролеченные в 2001-2003 годах, общее количество которых составило 417 человек. Для диагностики использовались критерии, рекомендованные ВОЗ: генерализация макуло-папулезной сыпи, повышение температуры тела до 38°C, наличие одного из следующих симптомов: кашля, обильных выделений из носа или конъюнктивита [12]. При этом в каждом конкретном случае учитывалась выраженность интоксикации, интенсивность катарального синдрома, сроки появления, характер и распространение сыпи.

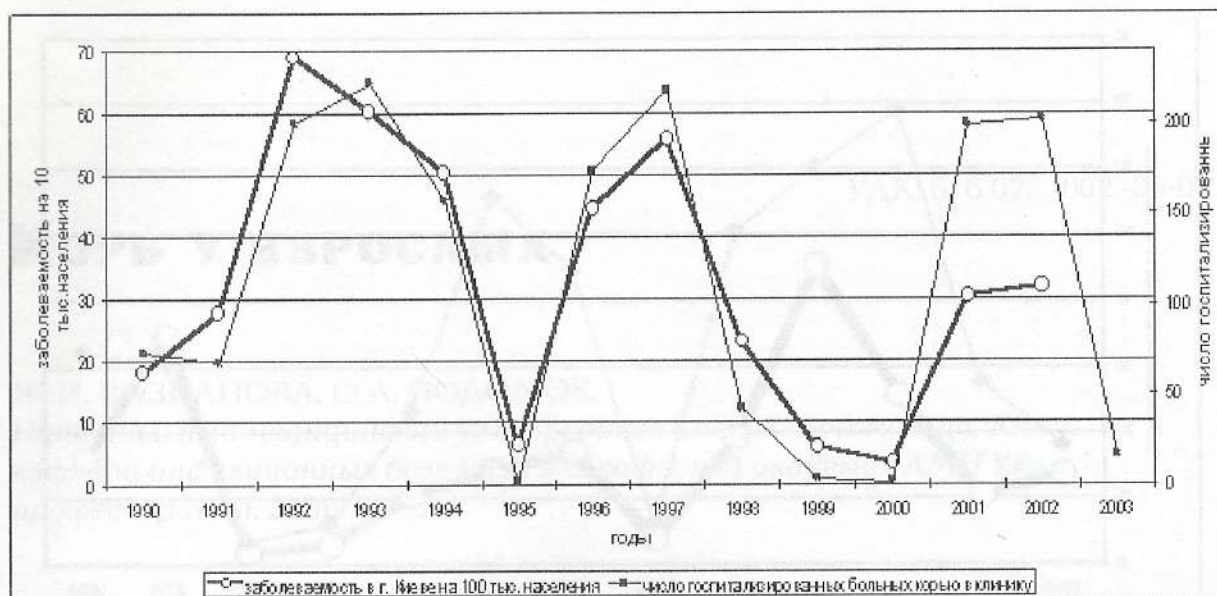


Рис. 2. Соотношение заболеваемости корью и числа госпитализированных больных в клинику инфекционных болезней НМУ

Среди наших больных незначительно преобладали мужчины — 225 человек (54%), возрастное распределение представлено на рис. 3.

В возрастной структуре преобладали лица 15 - 24 лет — 308 человек (73,9%), количество больных старшего возраста оказалось существенно ниже — 109 (26,1%), но, тем не менее, такие больные были, что еще раз свидетельствует о необходимости пересмотра укоренившегося в сознании врачей термина "детские инфекции". Поскольку подавляющее большинство пациентов этого возраста были привиты в детстве и ревакцинированы в шестилетнем возрасте,

можно предположить, что к этому возрасту произошло угасание поствакцинального иммунитета. К сожалению, отсутствие системного подхода к учету профилактических прививок у взрослых, как, например, "паспорт здоровья", принятый в некоторых зарубежных странах, значительно затрудняет оценку вакцинального статуса. В возрастном интервале 15 - 24 года преобладали лица 17 - 22 лет, студенты средних и высших учебных заведений, проживающие в общежитиях.

Клинические проявления кори при различной степени тяжести различались, главным образом, выраженностью общинтоксикационного синдрома.

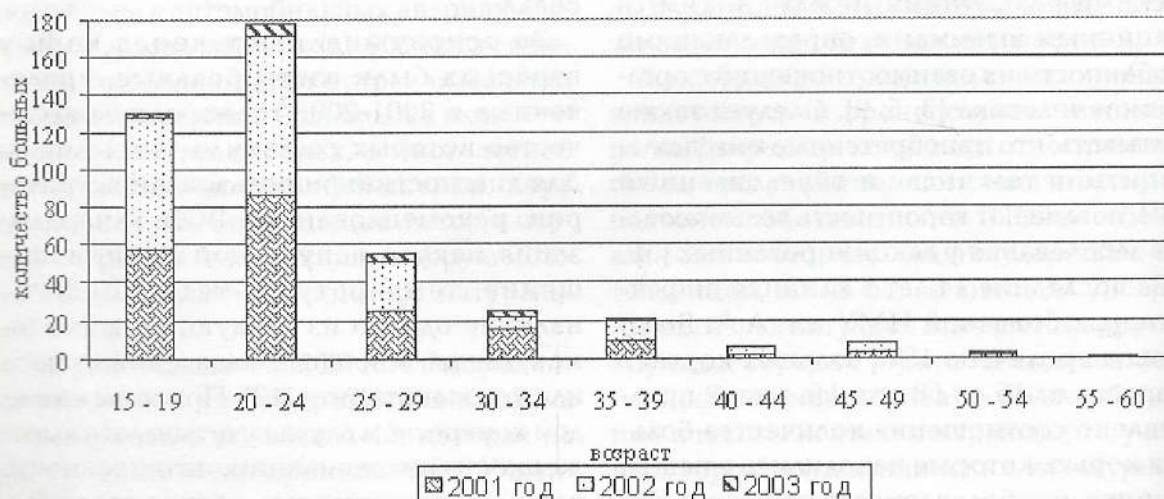


Рис. 3. Распределение больных корью, госпитализированных в 2001-2003 гг., по возрасту

Легкое течение отмечено у 7 больных, что составило 2%. Только одному из них диагноз кори был установлен на догоспитальном этапе, у остальных диагностирована краснуха. Клиника характеризовалась умеренной интоксикацией с лихорадкой не выше 38,5°C, сыпь была преимущественно пятнистого характера, не очень обильная. При этом сохранялись другие важные клинические проявления кори — ларинготрахеит, конъюнктивит, этапность распространения сыпи. Во всех случаях сыпь появлялась после 3-го дня болезни.

В подавляющем большинстве случаев — 376 (90%), заболевание протекало в среднетяжелой форме. Клинические проявления в этой группе характеризовались выраженной интоксикацией, высокой лихорадкой, кратковременно снижавшейся перед появлением сыпи. С первого дня болезни выявлялись ларинготрахеит, ринит и конъюнктивит. Практически все больные поступали в стационар в периоде высыпаний. Типичные сроки появления сыпи — 3-4-й день болезни — иногда удлиннялись до 6 дней. Высыпания носили пятнисто-папулезный характер, очень обильные с тенденцией к слиянию, характеризовались этапностью и последующей пигментацией. Геморрагические элементы встречались очень редко — 7 (1,9%).

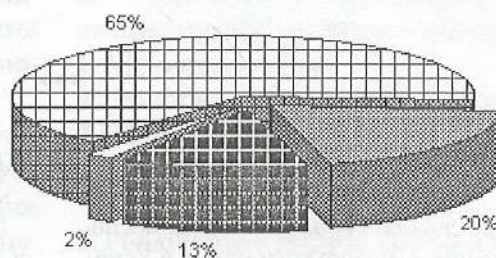
35 (8%) пациентов перенесли тяжелую корь. Тяжесть состояния определялась выраженной интоксикацией с высокой (40°C и выше) лихорадкой длительностью $10,0 \pm 2,5$ дней. Учитывался более выраженный катаральный синдром, обилие и характер сыпи с преобладанием папулезных, а иногда и геморрагических элементов, развитие осложнений.

Статистика, дающая представление о степенях тяжести госпитализированных больных, безусловно, не соответствует реальной картине, поскольку в клинику направлялись в основном с тяжелым течением, осложнениями либо по эпидемическим показаниям (все 7 больных с легким течением — студенты, проживающие в общежитиях).

Гематологические показатели у наших больных характеризовались нормальным содержанием лейкоцитов или лейкопенией, относительным увеличением палочкоядерных лейкоцитов.

У половины больных, которые были пролечены в нашей клинике, развились осложнения. Структура их приведена на рис. 4.

Характер осложнений у наших больных существенно отличался от приводимой в литературе. Так, пневмония и воспалительные заболевания ЛОР-органов составили в сумме всего 35%, хотя они считаются самыми распространенными осложнениями кори [1, 2, 3, 4, 5, 8, 9,]. Наиболее часто выявлялся диспепсический синдром — анорексия, боль в животе, тошнота, рвота, послабление стула. Согласно данным ВОЗ [3], подобные клинические признаки выявляются у 59% больных корью. В литературе боль в животе и диарея рассматриваются либо как проявление поражения слизистой оболочки кишечника [1, 10], либо как результат наслоения патогенной или условно-патогенной микрофлоры [4, 8]. Анализ клинических и лабораторных данных дает основание считать, что причиной развития диспепсического синдрома у взрослых чаще является реактивный панкреатит. Так, у больных с диспепсическим синдромом определялись: болезненность в месте проекции поджелудочной железы, ослабление пульсации брюшной аорты (симптом Воскресенского), положительный симптом Георгиевского-Мюсси, повышение уровня диастазы в моче (у 72% больных с клиническими признаками поражения поджелудочной железы). В связи с этим представляется целесообразным



□ реактивный панкреатит ■ пневмония ■ отит □ синусит

Рис. 4. Структура осложнений у больных корью, госпитализированных в 2001-2003 гг.

включать определение уровня диастазы мочи в обязательный план обследования больных корью. Более того, это исследование позволило выявить повышение диастазы мочи у 6% больных с реактивным панкреатитом без диспептического синдрома и других клинических признаков поражения поджелудочной железы.

Оценивая сроки возникновения осложнений, можно сделать вывод, что вторичные воспалительные осложнения со стороны легких, синуситы и отиты обычно возникают в периоде пигментации. Реактивный панкреатит проявляется чаще в

период разгара заболевания, совпадая с началом высыпаний.

Наш опыт показывает:

- ограниченная во времени длительность эффективной поствакцинальной защиты против кори и отсутствие ревакцинации взрослых привело к смещению заболеваемости на старшие возрастные группы;
- наиболее частым осложнением кори у взрослых является реактивный панкреатит;
- определение уровня диастазы мочи, как маркера панкреатита, должно быть включено в обязательный план обследования больных корью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні та паразитарні хвороби. — К.: Здоров'я, 2002. — Т.3. — 904 с.
2. Ішук І.С., Івахів О.А., Борак В.П., Сапіщук Н.О., Борак І.В. Ускладнення при кору в дорослих // Зб. "Керовані інфекції". — 2003. — С. 91 - 92.
3. Казанцев А.П. Корь. В кн.: Руководство по инфекционным болезням. — СПб.: "Комета", 1996. — С. 309 - 313.
4. Крамарев С.О. Кір: сучасні уявлення // Сучасні інфекції. — 2003. — № 1. — С. 109 - 115.
5. Лисукова Т.Е., Чекалина К.И. Корь у взрослых // Сестринское дело. — 1999. — №4. — С. 39-39.
6. Лыткина И.Н., Михеева И.В., Филатов Н.Н. Особенности эпидемического процесса кори, эпидемического паротита и краснухи в Москве // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2002. — № 2. — С. 23 - 26.
7. Марієвський В.Ф., Руденко А.О., Щербінська А.О. Інфекційні хвороби в Україні на рубежі двох століть // Сучасні інфекції. — 1999. — № 2. — С. 18 - 23.
8. Михайлова А.М., Тришкова Л.О., Крамарев С.О., Кочеткова С.М. Інфекційні хвороби у дітей. — К.: Здоров'я, 1998. — 418 с.
9. Постовит В.А. Детские капельные инфекции у взрослых. — СПб.: Теза, 1997. — 391 с.
10. Скрипник Л.М. Клініка та лікування кору у дорослих в амбулаторних умовах // Зб. "Керовані інфекції". — 2003. — С. 200 - 201.
11. Таточенко В.К. Цели Всемирной Организации Здравоохранения по вакцинопрофилактике кори и краснухи // Микробиология. — 2000. — № 3. — С. 51- 54.
12. Юминова Н.В., Зверев В.В. Роль лабораторной диагностики кори в выполнении программы элиминации кори в РФ // Вакцинация. — 2002. — № 5.
13. Федоренко С.М., Зінчук О.М., Тітов В.М., Кіселик І.О., Грицко Р.Ю., Копітко О.М., Мостюк Б.С. "Дитячі" інфекції у дорослих // Зб. "Керовані інфекції". — 2003. — С. 227 - 229.

УДК: 616.022.-002.-06-08

Ж.И. Возианова, О.А. Подолюк

Корь у взрослых

В статті проаналізована захворюваність корью за останні 10 років у дорослих в Україні та Києві, дані клінічні особливості течії кору у дорослих. У хворих корью виявлено часте розвиток панкреатиту, з яким пов'язано диспепсический синдром.

UDC: 616.022.-002.-06-08

Zh.I. Vozianova, O.A. Podolyuk

The morbili at adults

In article morbidity of morbili for last 10 years at adults in Ukraine and Kiev is analysed, clinical features of current are given reproach at adults. At patients morbili often development of a pancreatitis to which are connected dispepsia symptoms is revealed.