

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА И СТАРШЕ 1 ГОДА

Я.А. Смеликов

Кафедра детских инфекционных болезней
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ)
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлен клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости корью у детей до 1 года и старше 1 года, подтвержденных лабораторно методом ИФА и ПЦР - диагностикой.

Ключевые слова: корь, дети, клиника, эпидемиология, сыпь, ИФА, ПЦР - диагностика.

ЫМЫРКАЙ ЖАНА 1 ЖАШТАН ОЙДО БАЛДАРДЫН КЫЗАМЫК ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК САЛЫШТЫРМАЛУУ

м у н е з д е м е с у

Я.А. Смеликов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: аталган илимий иликтео ишинде ИФА жана ПЦР - полимераздык чубама (тизмектуу) методдору менен кызамык оорусу менен оруган ымыркай жана бир жаштан ойдо балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык анализи аныкталган.

Негизги создор: кызамык, балдар, клиника, эпидемиология, тактар, ПЦР-полимераздык чубама (тизмектуу) реакциясы.

COMPARATIVE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL MEASLES CHARACTERISTICS AT CHILDREN UNDER AND MORE 1 YEAR

Y.A. Smelikov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: this article presents clinical and epidemiological characteristics of measles at children under and more than 1 year which were defined by lab methods: IFA and PCR.

Keywords: measles, children, clinical, epidemiology, rash, PCR-diagnostic.

Введение. В настоящее время контроль и помощь ВОЗ в элиминации вируса кори способствовали снижению заболеваемости во всем мире, в том числе и в Кыргызстане. Несмотря на это во всем мире периодически регистрируется эпидемия кори, последняя была в 2011 в странах СНГ, в том числе и в Кыргызстане. По последним данным, эпидемический процесс кори зависел в основном от импортированных случаев, которые составляли в среднем 40-60% всех заболевших корью [1,2]. В нашей стране была зарегистрирована эпидемическая вспышка кори, завезенная из Узбекистана. Большинство детей заболевших корью были до 1 года, хотя

регистрировалась корь и среди детей старшего возраста, в том числе и среди привитых против кори детей [3]. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы кори, которая у детей как раннего, так и старшего возраста может протекать в тяжелой форме и характеризуется высоким индексом контагиозности (96,0%), а также высокой летальностью из-за осложнений (пневмония, вторичный круп и др.), связанных с посткоревой анергией.

Материалы и методы исследования:

Нами обследовано 63 больных детей в возрасте до года и старше года с диагнозом корь, поступивших в Республиканскую клини-

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

ческую инфекционную больницу (РКИБ) боксированное отделение с мая по июль 2011 года, обследованных и подтвержденных в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА и ПЦР-диагностики. Больные были обследованы не ранее 5 дня от момента появления сыпи.

Наблюдаемые нами дети, больные корью были разделены на 2 группы по возрасту: 1 группа — 33 (52,4%) до 1 года, 2 группа — 30 (47,6%) старше 1 года.

Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические, общеклинические, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

Результаты и обсуждение:

Анализ возрастной структуры обследованных больных показал, что в I группе преобладали дети в возрасте старше 6 месяцев (82%), во II группе — старше шести лет (60,0%) (рис. 1,2). Большинство заболевших корью детей до года 21 (63,6%) были жителями города Бишкек, а старше года — 19 (63,3%) иногородние.

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными корью был выявлен у (84,8%; 73,3%) больных, где большинство детей старше года лечились в других стационарах и были в контакте с больными, у которых отмечалась пятнисто-папулезная сыпь,

расцененная как аллергическая.

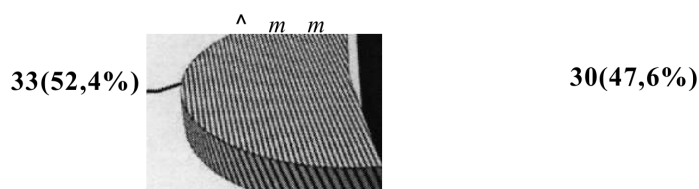
Следует отметить, сведений о ревакцинации детей старше 6 лет против кори выявить не удалось, так как группа была малочисленная и при сборе анамнеза не выясняли о проведении ревакцинации против кори в 6 лет.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ и пневмония у (54,5%; 33,3%) детей, острая кишечная инфекция у (6,1%; 3,3%) больных и 6,6% больных корью детей старше года перенесли другие каплевые инфекции.

Следует отметить, что только у 12,2% больных корью детей первого года жизни был выявлен неблагоприятный преморбидный фон, который оказывал влияние на тяжесть болезни и представлен различной патологией нервной системы (киста головного мозга, синдром внутричерепной гипертензии, внутричерепная гематома, синдром Дауна). Все дети с отягощенным преморбидным фоном со стороны центральной нервной системы состояли на учете у невропатолога.

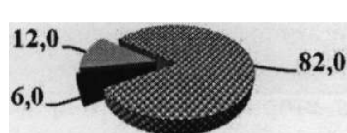
Скорой медицинской помощью были доставлены (6,0%; 16,7%) больных, поликлиниками города (ЦСМ) направлены — (12,1%; 20,0%), из других детских стационаров поступило — (45,5%; 20,0%) и без направления врачей поступили в РКИБ (36,4%; 43,3%) детей.

При направлении в РКИБ чаще выставлялся диагноз ОРВИ (33,3%; 36,7%),



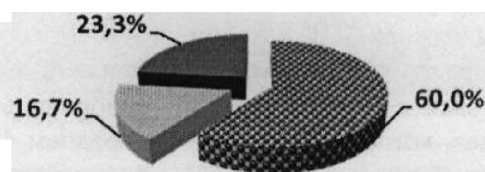
Группа I до 1 года • 2 группа старше 1 года

Рис.1. Возрастная структура больных корью детей, госпитализированных в РКИБ



• 0-3мес. * 4-6 мес. S 7-12 мес.

Рис.2 Распределение больных корью детей до года по возрасту.



11-3года 4-6 лет • старше 6лет

Рис.3 Возрастная структура больных корью детей старше года.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

с диагнозом корь были направлены (27,3%; 20,0%) детей и 3,0% больных корью детей до года с диагнозом острая кишечная инфекция. В приемном отделении РКИБ диагноз корь был выставлен у большинства (81,8%; 66,7%) детей и ОРВИ - (18,2%; 23,3%) у больных (рис.3). Следует отметить, что 10,0% детям II группы был выставлен диагноз ОРВИ+ аллергическая сыпь, где можно было бы ставить клинический диагноз кори и ждать лабораторное подтверждение. Трудность диагностики кори в связи с вероятностью пятнисто-папулезной сыпи и при других заболеваниях диктует необходимость нескольких диагностических боксов в отделении для динамического наблюдения, позволяющего либо исключить, либо подтвердить диагноз кори.

До поступления в инфекционный стационар (60,6%; 30,0%) больных получили антибактериальную терапию представленную ампициллином, цефалоспоринами и макролидами, где достоверно продолжительнее ($P<0,05$) в течение ($4,1\pm 0,3; 1,6\pm 0,5$) дней получали дети до 1 года.

Уже при поступлении в инфекционный стационар у 21 (63,6%); 2 (6,6%) детей была диагностирована пневмония, из них у каждого второго ребенка до 1 года отмечалась дыхательная недостаточность. Следует отметить, что 66,7%; 20,0% больных детей начали антибактериальную терапию в других детских стационарах, где дети 1года достоверно дольше ($P<0,05$) лечились в этих стационарах ($7,0\pm 1,3; 2,7\pm 0,5$) дней. У

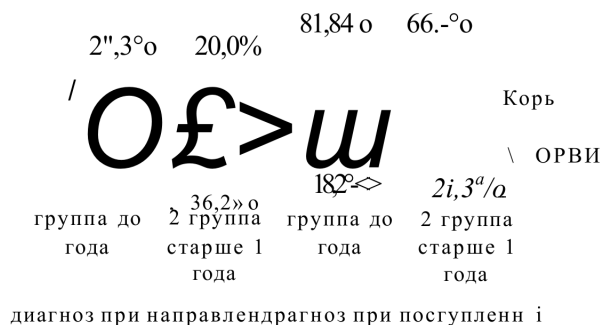
Таблица 1. Сравнение частоты симптомов кори у детей до года и старше года

Клинические симптомы	I группа (до 1 года)	II группа (старше 1 года)	P
	M ± m	M ± m	
Энантема неба	18,2%±6,0	10,3%±3,4	P>0,05
Зернистость задней стенки глотки	63,6%±3,5	44,8%±2,7	P<0,05
До 37,5-38,5°C	21,2%±1,5	30,0%±1,5	P<0,05
Выше 38,5°C	78,8%±4,0	70,0%±2,0	P<0,05
Среднетяжелая форма	15,2%±1,6	23,4%±1,5	P<0,05
Тяжелая форма	84,8%±6,7	66,6%±6,8	P<0,05
Осложнения	66,7%±6,8	46,7%±3,3	P<0,05

Таблица 2. Длительность периодов кори у детей до года и старше года (в днях)

Длительность симптомов	I группа (до 1 года)	II группа (старше 1 года)	P
	M ± m	M ± m	
Лечение антибиотиками до поступления в РКИБ	4,1 ± 0,3	1,6 ± 0,5	P < 0,05
В РКИБ в период высыпаний	3,0 ± 0,2	3,8 ± 0,5	P > 0,05
Катаральный период	4,0 ± 1,3	3,3 ± 0,9	P > 0,05
Период высыпаний	3,0 ± 1,0	3,7 ± 0,9	P > 0,05
Период пигментации	4 ± 0,3	4,6 ± 1,0	P > 0,05
Лихорадка	2,5 ± 0,5	3,4 ± 0,8	P > 0,05

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ j



• ОРВИ

Рис.3 Структура диагнозов при направлении и поступлении в стационар

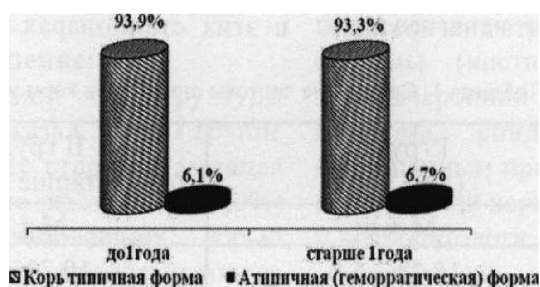


Рис.4. Структура клинических диагнозов у наблюдаемых больных

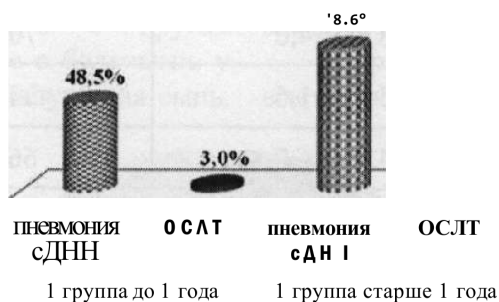


Рис. 5 Структура осложнений у больных корью детей

этих детей был выявлен контакт с больными, у которых при выписке отмечалась аллергическая сыпь, вероятно, коревая.

В боксированном отделении в РКИБ диагноз «Корь типичная форма» был установлен (93,9%; 93,3%) больным, атипичная (геморрагическая) форма кори в (6,1%; 6,7%) случаях, отличалась выраженностью тяжестью проявления болезни.

Большинство (81,8%; 86,7%) детей поступили в РКИБ в период высыпания, который сохранялся $3,0 \pm 0,2$; $3,8 \pm 0,5$ дней, ($P > 0,05$) и лишь (18,2%; 13,3%) больных в катаральном периоде

($4,0 \pm 1,3$; $3,3 \pm 0,9$) дней, ($P > 0,05$).

Начало заболевания у всех больных было острым. Повышение температуры тела до $37,5 - 38,5^\circ\text{C}$. отмечено у (36,3%; 40,0%) больных и выше $38,5^\circ\text{C}$. у (63,7%; 60,0%) детей. Длительность лихорадки в среднем составила $2,5 \pm 0,5$; $3,4 \pm 0,8$ дней ($P > 0,05$). В катаральном периоде кори у наблюдаемых нами детей были такие симптомы, как заложенность носа, кашель, конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм (табл. 1,2). При осмотре зева зернистость задней стенки глотки выявлена достоверно чаще ($P < 0,05$) у детей до

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

года у (63,6%±3,5; 44,8%±2,7) больных, энантема на слизистой неба у (18,2%±6,0; 10,3%±3,4) детей, ($P>0,05$).

На второй день болезни у 12,1% детей первого года жизни на слизистой щек напротив коренных зубов появились мелкие белесоватые пятна «Вельского - Филатова - Коплика» - патогномичный для кори симптом, который редко выявляется из-за позднего поступления больных. Напротив, в группе детей старше года этот симптом не был выявлен ни у одного больного. Возможно, это связано с тем, что дети поступали на 2-3 день высыпания.

С появлением сыпи симптомы интоксикация у детей в сравниваемых группах нарастала ($r=+0,3$). Однако, у детей старшего возраста была отмечена отрицательная корреляционная ($r=-0,3$) связь между тяжестью заболевания и длительностью катаральных симптомов в период высыпаний, а у детей 1 года жизни чем тяжелее было заболевание, тем дольше сохранялись катаральные симптомы ($r=+0,3$).

Сыпь была этапной, появлялась на лице и за ушами, затем постепенно распространялась на тело и конечности, имела пятнисто-папулезный характер, склонная к слиянию. Длительность периода высыпаний в среднем составила (3,0±1,0; 3,7±0,9) дней ($P>0,05$), достоверно ($P<0,05$) чаще сопровождалась с повышением температуры до 37,5-38,5°C. у детей старше года (21,2%±1,5; 30,0%±1,5) и выше 38,5°C. достоверно ($P<0,05$) чаще отмечалось у (78,8%±4,0; 70,0%±2,0) больных 1-го года жизни. После (4±0,3; 4,6±1,0) дней высыпания у всех больных в сравниваемых группах начиналась пигментация кожи, в той же последовательности, как и сыпь, т.е. сверху вниз и сохранялась до выписки из стационара в течение (2,0±0,1; 1,8±0,3) дней. В этом периоде, у (90,9%; 90,0%) больных состояние улучшилось, симптомы интоксикации и катаральные явления уменьшились и лишь у 9,1%; 10,0% детей состояние оставалось прежним, что было связано с развитием поздних осложнений и наслоением вторичной бактериальной инфекции.

Заболевание протекало преимущественно в тяжелой форме у детей до 1 года (84,8%±6,7; 66,6%±6,8), ($P<0,05$), в среднетяжелой форме у детей старше года 15,2%±1,6; 23,4%±1,5 ($P<0,05$). Осложнения также были достоверно ($P<0,05$) чаще у детей 1-го года жизни (66,7%±6,8; 46,7%±3,3) больных, так пневмония

с ДН II была диагностирована у 48,5% больных детей I группы, в то время как, у больных II группы пневмония протекала с ДН I в 78,6% случаях, а синдром бронхиальной обструкции был выявлен лишь (15,1%) у детей I группы. Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) выявлен у 3,0%±1,0; 7,1%±1,3 детей, ($P<0,05$). (Рис.5).

В картине крови у (80,0%; 66,7%) больных были типичные для вирусной инфекции изменения - лейкопения (6,8±2,1x 10⁹; 5,8±1,7x 10⁹) с лимфоцитозом (61,2±17,0%; 47,2±15,7%). Диагноз кори всем больным детям был подтвержден методом ИФА в (87,9%; 90,0%) случаях и ПЦР - диагностикой - 12,1%; 10,0% случаев. Пневмония рентгенологически была подтверждена только у (30,3%; 10,0%) больных детей из-за высокой контагиозности кори и дальнего расположения рентгенологического отделения. Большинство больных детей (81,8%; 73,3%) получили моноантибактериальную терапию (АВТ), а последовательную АВТ - 18,2%; 26,7%. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, эфипим. Длительность АВТ в среднем составила 6,1±1,9; 5,9±1,6 дней. Длительность антибактериальной терапии коррелировал ($r+0,3$) с тяжестью осложнений.

Из стационара с улучшением были выписаны (60,6%; 50,0%) детей, с выздоровлением (39,4%; 46,7%) больных и один ребенок из II группы переведен в другой стационар с диагнозом «острый гломерулонефрит», представляющего угрозу для жизни ребенка.

Выводы:

1. В период эпидемии кори 2011г. преимущественно болели дети первого года жизни, которые не успели получить вакцину «КПК», и дети старше 6 лет из-за отсутствия ревакцинации.

2. Дети из обеих возрастных групп имели контакт с больными корью в детских стационарах г.Бишкек.

3. Корь у детей 1 года жизни в основном протекает в тяжелой форме (84,8%) с развитием осложнений (66,7%), на фоне отягощенного преморбидного состояния и патологией нервной системы. Тогда как, больных старше 1 года корь протекала в среднетяжелой 23,4% так и в тяжелой форме 66,6% и осложнения развивались в 46,7% случаях.

Литература:

1. Алёшкин В.А. Научное и методическое обеспечение эпидемиологического обеспечения эпидемиологического надзора за управляемыми детскими капельными инфекциями (корью, краснухой, дифтерией)/. Медицинский Альманах 2009г..-№2.-С. 102-104
2. Чумаченко Т.А. Корь: Оценки группы риска./Сибирский медицинский журнал. 2008г.- №7.- С.107-109
3. Каспина А.И., Дрожжина В.А., Бойчинко Д.Г. Скарлатина, корь, краснуха; их сходство и различия в клинических проявлениях на слизистой оболочке ротоносоглотки и кожи./ Клиническая стоматология. 2005г..-№1.-С. 88-89