

Д-р Кахтан Абдул,¹ доц. Майда Тихолова,^{1,2}

д-р Надя Найденова,^{1,2} доц. Атанас Мангъров,^{1,2}

проф. Татяна Червенякова^{1,2}

¹ Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина, Медицински факултет, Медицински университет, София
² СБАЛИПБ „Проф. Ив. Киров“, София

Усложнено протичане на морбили при хоспитализирани деца по време на епидемията 2009/2010

Резюме

Морбили е остро високонтагиозно заболяване, което се среща предимно при деца и протича с характерен макулопапулозен конfluиращ екзантем, висок фебрилитет, респираторен катар и разнообразни усложнения.

Целта е да се проучи тежестта на протичане на морбили и негови усложнения сред хоспитализирани деца.

Материал и методи: направено е клинично проучване на протичането на морбили при 40 хоспитализирани деца в СБАЛИПБ „Проф. Иван Киров“, София, за периода 03.03–19.03.2010 г. Диагнозата е поставена по клинични, епидемиологични и серологични методи.

Резултатите от изследването показват, че най-често боледуват неваксинирани деца – ненавършили ваксиналната възраст – 26 (65%), и деца над 1 година и 3 месеца, които по различни причини не са ваксинирани – 14 (35%) болни деца. Заболяването при неваксинирани с противоморбилна ваксина деца протича тежко с белодробни усложнения – при 80% от случаите. Пневмония се среща при 15 болни (37.5%), а бронхиолит – при 17 (42.5%) болни деца. Диспептичните прояви са често усложнение в ранната детска възраст.

Заключение: Тежкото и усложнено протичане на морбили в детската възраст налага спешни допълнителни усилия за реално повишаване на имунизационното покритие на населението.

Ключови думи: морбили, белодробни усложнения, ваксинация.

Complicated course of measles in hospitalized children during the epidemic in 2009/2010

Abdul Kahtan,¹ Mayda Tiholova,^{1,2} Atanas Mangarov,^{1,2} Nadya Naydenova,^{1,2} Tatyana Tcherveniakovska^{1,2}

¹ Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Sofia

² SHATIPD “Prof. Ivan Kirov”, Sofia.

Abstract

Measles is an acute infectious disease that occurs primarily in children and occurs with a characteristic confluent maculopapular exanthema, high fever, respiratory events and various complications.

The aim is to examine the severity of the course of measles and its complications in hospitalized children.

Material and methods: A clinical study was done in the course of measles in 40 children hospitalized in SHATIPD “Prof. Ivan Kirov” – Sofia for the period 03.03–19.03.2010. Diagnosis is made on clinical, epidemiological and serological methods.

Results of the survey show that most often children suffer from measles were unvaccinated with anti measles vaccine. Patients who have not completed the vaccination age are 26 (65%) and those over 1 year and 3 months age – 14 (35%) ill children, who for various reasons have not been vaccinated. Disease in non-vaccinated with anti measles vaccine children present with severe lung complications – in 80% of cases. Pneumonia occurred in 15 patients (37.5%) and bronchiolitis – in 17 (42.5%) ill children. Dyspeptic manifestations are a common complication in infancy.

Conclusion: Severe and complicated course of measles in childhood urgent need extra effort to actually increase immunization coverage of the population.

Key words: measles, pulmonary complications, vaccination.

Въведение

Морбили е остро, високо контагиозно заболяване, протичащо стадийно с фебрилитет, катарален синдром и характерен макулопапулозен екзантем. Последният се появява към 3–4 ден от началото на заболяването и е конфлуиращ, несърбящ, който за 2–3 дни десцендира и обхваща цялото тяло в 50% от случаите. През 2–3 ден по букалната лигавица срещу премоларите се появяват малки белезникави петънца – петна на Филатов–Коплик. Те са патномоничен белег за морбили и могат да се разпространят и да засегнат устните, твърдото небце и гингивата, могат да се появят и на други места, като конюнктивални гънки и вагинална мукоза. Срещат се в 50–70% от случаите и предшестват появата на екзантема.¹³

В случаите, когато епидемията не е разпозната, това често се препоръчва клиничната диагноза да бъде потвърдена със серологично изследване. Диагнозата може да се осъществява и чрез изолиране на вируса от респираторни секрети, урина или кръв. Усложненията са разнообразни и се срещат предимно при малки деца. Те се причиняват от самия етиологичен агент или вторична бактериална инфекция. Най-често се срещат среден отит, пневмония, бронхолит, гастроентерит, по-рядко енцефалит и изключително рядко, но фатално – субкутен склерозиращ панцефалит.^{1, 2, 13, 17} Пневмонията предимно е от вирусен произход, но периодично е възможна вторична бактериална инфекция (най-често причинена от стрептококи, пневмококи, стафилококи). Първичната гиганто-клетъчна (Necht's) пневмония най-често се развива при имунокомпрометирани и/или недохранени пациенти.¹⁷ При кърмачета, които умират от морбили, пневмонията е причината за смъртта в около 60% от случаите, докато при деца на възраст от 10 до 14 години смъртта по-често се дължи на усложнение на морбили с остър енцефалит.¹⁸

По данни на СЗО броят на докладваните случаи на морбили в световен мащаб за периода 2000–2010 г. ежегодно е намалял с 60%, от 853 480 до 339 845 случая. За същия период ваксинацията срещу морбили е довела до 78% спад в смъртните случаи на морбили в световен мащаб. Смъртността от морбили е намаляла от около 733 000 смъртни случая през 2000 г. (при имунизационно покритие от 72%) до около 164 000 смъртни случая през 2008 г. (при имунизационно покритие от 82 %). През 2010 г. смъртните случаи на морбили в световен мащаб са 139 300 случая. Над 95% от смъртните случаи на морбили настъпват в страните с нисък социален статус, със слаба инфраструктурата на здравеопазването.^{14, 16} В резултат на ниско ваксинално покритие през последните няколко години, инфекцията се разпространи епидемично в цяла Европа, като често огнища на морбили се описват сред ромските общности.^{3, 4, 5, 6.}

Материал и методи

Направено е клинично проучване на протичането на морбили при 40 хоспитализирани деца в СБАЛИПБ „Проф. Иван Киров“, София, за периода 03.03–19.03.2010 г. Диагнозата е поставена по клинични, епидемиологични и серологични методи.

Резултати от проучването

Общият брой включени в проучването болни за периода 03.03–19.03.2010 г. са 40 души. Възрастта на пациентите е от 1 месец до 15 години. Възрастовото разпределение на болните деца е показано в табл. 1.

Анамнестични данни за контакт с болен от морбили има при 22 (55%) болни. Нито един от изследваните пациенти не е имунизиран с триваксина – морбили, паротит, рубеола (МГР). По анамнестични данни не е провеждана ваксинация при 14 (35%) болни, а 26 (65%) от болните деца не са навършили имунизационна възраст по време на епидемията (тези на възраст под 1 година и 3 месеца).

Основните клинични симптоми при изследваните пациенти са представени, както следва: при основната част от болните се наблюдава токсикоинфекционен синдром, проявен с фебрилитет при 40 (100%), обща отпадналост – 40 (100%) и безапетитие – 8 (20%). Като основен симптом на морбили характерът на температурната реакция при наблюдаваните пациенти показва, че болшинството от тях 35 (87.5 %) са високофебрилни – фебрилитет 38–41.5°C. Субфебрилитет (до 38°C) се среща при 4 болни. Само 1 болен е имал хиперпирексия (над 41.5°C). Видът на температурната крива при изследваните болни показва, че при болшинството от тях тя е ремитираща – при 31 (77.5%). При 8 болни температурната крива е тип continua. Проявите от страна на дихателната система се установиха при значителна част от наблюдаваните болни (табл. 2). Най-често се откриват данни за ринофарингит 32 (80.0%), следвани от ринит – 3 (7.5%), фарингит – 3 (7.5%). Най-честият респираторен симптом при изследваните болни от морбили е сухата кашлица – при 38 (95.0%) болни.

Други установени клинични прояви са както следва:

Макулопапулозен обрив се установява при всички пациенти. Той е предимно генерализиран (по лицето, шията, тялото и крайниците) в 90% (36/40) от болните, при два от случаите се среща само по лицето и при двама

Възрастова група	Общо, n=40
0–15 месеца	26 (65.0%)
16–36 месеца	6 (15%)
3–6 години	3 (7.5 %)
6–11 години	4 (10 %)
11–18 години	1 (2.5 %)
Общо	40 (100%)

Табл. 1. Възрастово разпределение на пациентите

Респираторни прояви	Брой (%)
Суша кашлица	38 (95%)
Ринит	3 (7.5%)
Фарингит	3 (7.5%)
Ринофарингит	32 (80.0%)

Табл. 2. Респираторни прояви при болни от морбили

болни деца обривът е само по гърдите и корема. Петна на Коплик–Филатов – при 18 (45%) болни. Билатерален конюнктивит е установен при 27 (67.5%) болни. Диспептичните прояви са характерен белег на заболяването в ранна детска възраст. Установиха се в 37.5% (15/40) от болните – предимно при деца до възраст 1 година и 9 месеца. Най-често срещана диспептична проява е диария – при 7 (13%) болни, последвана от повръщане – при 5 (12.5%) болни, и едновременно диария и повръщане – при 3 (7.5%) от пациентите.

Заболяването протече с усложнения в 80.0% (32/40) от включените в проучването болни с морбили, разпределени както следва: пневмонии при 15 (37.5%) болни и бронхиолит – при 17 (42.5%) болни.

Обсъждане

При изследваните от нас пациенти установихме следните закономерности:

■ Нито един от изследваните пациенти не е имунизиран с триваксина (МГР). При 14 (35%) от тях не е провеждана ваксинация, а 26 (65%) от болните деца не са навършили имунизационна възраст по време на епидемията (тоест тези на възраст под 1 години и 3 месеца).

■ При повечето болни установихме три основни клинични синдрома, а именно фебрилен, катарален и обривен синдром, което е в синхрон с описаните класически обсервации.^{1, 2, 13, 17, 18}

■ Висок фебрилитет е установен в 87.5% от случаите.

■ Най-честата установена респираторна проява е ринофарингит – в 80.0% (32/40) от болните. А най-

честият симптом е суха кашлица – при 95.0% (38/40) от болните. Погобно на редица автори ги установяваме в катаралния стадий на заболяването.^{1, 2, 13, 17, 18.}

■ Установихме генерализиран макулопапулозен обрив – при 36 (90%) болни, за разлика от други автори, които го установяват при 50% от случаите, но в синхрон със същите автори установихме петна на Коплик–Филатов – при 18 (45%) болни, описани от Wilbert H.¹³

■ Диспептични прояви се установиха в 37.5% (15/40) от болните деца – предимно при деца на възраст до 1 година и 9 месеца.

■ Заболяването протече с белодробни усложнения в 80.0% (32/40) от изследваните болни деца. Тежко протичане с пневмония се среща в 37.5% (15/40) от болните. Бронхиолит установихме при 17 (42.5%) болни деца.

■ Високият процент на тежко протичащите и усложнени форми при наблюдаваните от нас пациенти може да се свърже с 2 основни фактора. В настоящото проучване са включени само хоспитализирани деца, при които тежкото протичане на заболяването и неговите усложнения са били основна индикация за хоспитализация. В преобладаващата си част децата са в ранна детска възраст и не са имунизирани. Това определя тежкото и усложнено протичане на заболяването при тях.

Заклучение

По време на епидемията от морбили 2009/2010 г. основната част от хоспитализираните деца не са ваксинирани срещу заболяването. Този факт, както и ранната им възраст, определят тежкото и усложнено протичане на заболяването при тях.

В детската възраст преобладават усложнения от страна на дихателната система – пневмония и бронхиолит. Диспептичните прояви са характерен белег на морбили в ранната детска възраст.

Въз основа на представените случаи на тежко протичащи и усложнени форми на морбили считаме, че достигане на реално високо ваксинално покритие на всички деца, подлежащи на противоморбилна имунизация, трябва да бъде основна грижа на нашата медицинска общественост.

Литература

1. М. Ненова, З. Кълвачев, Г. Каменов. Морбили: в инфекциозни болести, ред. Доц. Тихолова. Изд. АРСО –София 2008. ст. 123–126.
2. Т. Червенякова, Д. Срашимиров. Морбили: в терапия на инфекциозни болести. Изд. Медицина и физкултура София 2011. Ст. 163–166.
3. Национален център по заразни и паразитни заболявания. София 2007–2010. България.
4. Measles surveillance annual reports 2001 to 2009. Copenhagen: EUVAC.
5. Bang H, Wohlfahrt J, Gliemann S, Mølbak K; EUVAC.NET Group. Measles in Europe: an epidemiological assessment. *Lancet* 2009 Jan 31; 373(9661):383–9. Epub 2009 Jan 7.
6. P L Lopalco, R Martin. Measles still spread in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate? *Eurosurveillance* 29 April 2010; Volume 15, Issue 17.
7. Centralized information system for infectious diseases (CISID) [database on the Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009.
8. Measles surveillance annual reports 2001 to 2009. Copenhagen: EUVAC.NET a surveillance community network for vaccine preventable diseases.
9. Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Słodzinski J, Kess B, et al. Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. *Euro Surveill* 2010; 15(17).
10. Rogalska J, Santibanez S, Mankertz A, Makowka A, Szenborn L, Stefanoff P. Spotlight on measles 2010: An epidemiological overview of measles outbreaks in Poland in relation to the measles elimination goal. *Euro Surveill* 2010; 15(17).

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.