

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ И КОРИ

Кабачек Николай Иванович¹⁾, кандидат медицинских наук, главный врач
Галимзянов Халил Мингалиевич²⁾, доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой инфекционных болезней
Василькова Вера Владимировна²⁾, кандидат медицинских наук, ассистент

¹⁾Александро-Мариинская областная клиническая больница
Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2,
тел. (8512) 25-32-61

²⁾ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121,
тел (8512) 44-74-96 , E-mail: agma@astranet.ru

Проведено изучение клинической картины, эпидемиологических данных у 145 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ) и 160 больных корью. Выявлены дифференциально-диагностические критерии АРЛ от кори: данные эпиданамнеза, выраженная лихорадка, артралгии и миалгии вплоть до изменения походки, розеолезно-папулезная сыпь в 100% случаев с переходом в геморрагические элементы, первичный аффе́кт с регионарным лимфаденитом, гепатомегалия; отсутствие шелушения и этапности высыпаний, редкий катаральный синдром.

Ключевые слова: Астраханская риккетсиозная лихорадка, корь, дифференциальная диагностика.

N.I. Kabachek, H.M. Galimzyanov, V.V. Vasilkova

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE ASTRAKHANIAN RICKETTSIAL FEVER AND MEASLES

145 patients with Astrakhanian rickettsial fever (ARF) and 160 patients with measles were studied including clinical picture, epidemiologic data. Differential-diagnostic criteria of ARF from measles were discovered: data of epidanamnesis, expressed fever, arthralgia and myalgia to the condition of change in walking, roseola-like-papular rash in 100% of cases with transition to hemorrhagic elements, primary affect with regional lymphadenitis, hepatomegalia, absence of desquamation and steps of eruption, rare catarrhal syndrome.

Key words: Astrakhanian rickettsial fever, measles, differential diagnostics.

При первичном осмотре лихорадящего больного в начальный период заболевания поставить клинический диагноз сложно, так как еще скудны данные о динамике течения болезни, нет подтверждающих лабораторных данных с определением возбудителя инфекционного заболевания. Поэтому для правильной постановки диагноза необходима дифференциальная диагностика, основанная на синдромальном принципе [2]. При этом на первый план выделяют какой-либо четко выраженный синдром, и сущность принципа заключается в выделении какого-либо четко выраженного синдрома, выявленного при первичном сборе анамнеза и физикальном исследовании. При этом следует использовать возможность сочетания его с другими синдромами, немаловажную роль сыграют эпидданные, а также результаты общих анализов крови, мочи, инструментальных исследований. Чаще всего при проведении дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний в качестве главного признака выступает лихорадка.

Существует необходимость определения критериев дифференциальной диагностики Астраханской риккетсиозной лихорадки (АРЛ) и кори – в клинической практике встречается неправильное распознавание кори вместо АРЛ или, что чаще наблюдается, гипердиагностика

риккетсиоза, особенно в случаях тяжелого течения кори с геморрагической сыпью. Кроме того, обращает на себя внимание сходность доэкантематозной клинической картины АРЛ с начальными симптомами катарального периода при кори [1, 3].

Нами был проведен клинико-эпидемиологический анализ 145 случаев Астраханской риккетсиозной лихорадкой и 160 случаев кори. В исследовании приняли участие больные всех возрастных групп, городские и сельские жители.

При АРЛ основу исследуемых составили пациенты в возрастных группах от 36 до 45 лет и старше 55 лет, среди больных преобладали мужчины (77,2% и 57,5%). В большинстве случаев АРЛ регистрировалась среди городских жителей. Из 145 больных корью, находившихся под нашим наблюдением, подавляющее большинство составили лица в возрасте от 15 до 30 лет – 97,5%, более половины из которых (55,6%) были школьниками или студентами. Среди заболевших корью преобладали горожане – 81,3%.

Проведение дифференциального диагноза базировалось на данных эпидемиологического анамнеза и количественной оценке наиболее часто встречающихся симптомов.

Результаты исследования клинической картины, данных эпидемиологического анамнеза АРЛ показали следующее.

Доминирующим симптомом (100% случаев) при АРЛ была высокая лихорадка с сильными потрясающими ознобами. Возможны повторные ознобы (до 46% случаев). Наряду с повышением температуры у наблюдаемых пациентов появлялись головная боль различного характера и разной интенсивности (88,5%), головокружение (33,9%), бессонница (37,5%). В это же время больные отмечали снижение аппетита, вялость, адинамию.

Самым ранним симптомом АРЛ, формирующимся еще до начала температурной реакции, является первичный аффект на месте укусов инфицированными риккетсиями клещей. При осмотре пациентов первичные аффекты были найдены на коже 37 больных, преимущественно на нижних конечностях, особенно голених, менее часто поражались туловище, голова и верхние конечности.

На 2-9 сутки лихорадки у всех больных появлялась одномоментно распространенная кожная сыпь.

Диагностическим симптомом при АРЛ была сыпь. На 2-9 сутки лихорадки сыпь появлялась у всех больных одномоментно. Как правило, это полиморфная кожная сыпь с локализацией на коже туловища, верхних и нижних конечностях, включая ладони и подошвы. Сыпь была представлена сосудистыми элементами (розеолами, эритемами, геморрагиями, папулами). Возможна геморрагическая сыпь типа пурпуры или петехиальная. Сыпь держалась в зависимости от длительности лихорадки 9-12 дней, иногда дольше – 15-17 дней. В среднем длительность сыпи составила 12,7 дней. В первые дни элементы сыпи были яркие, но уже через 4-5 дней бледнели, папулы становились плоскими, теряли четкость контуров. Длительнее всего сыпь держалась на конечностях. Почти у половины пациентов на месте сыпи оставались пигментированные пятна.

Одним из выраженных клинических синдромов у больных АРЛ является артромиалгия. С самого начала заболевания и практически до конца клинического выздоровления больных беспокоят суставные боли (до 72%). Нередко боли в суставах, как в разгар заболевания, так и в периоде реконвалесценции, бывают сильно выраженные, даже мучительные. Боли могут быть в суставах любой локализации, но чаще всего в области коленных и голеностопных. В основном поражаются мелкие суставы. Суставы внешне не изменены. Чаще всего имеется двухсторонний характер поражения. Наблюдался случай осложнения в виде артрита. Практически у всех больных АРЛ наряду с артралгией отмечалась миалгия (до 92%). Особенно выражена миалгия на ногах, в области икроножных мышц. В единичных случаях наблюдались боли в области спины. Из-за выраженной артромиалгии у больных АРЛ регистрируется гиподинамия вплоть до обездвиженности заболевших, «шаткая походка» отмечалась практически у каждого пятого пациента.

У большинства больных имеются изменения сердечно-сосудистой системы – в виде приглушенности тонов, тахикардии. В меньшей степени выявлялись нарушения ритма (пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия). На ЭКГ отмечаются различные изменения в виде нарушения ритма, проводимости, дистрофические изменения миокарда. Изменения в сердце у больных АРЛ расцениваются как текущий миокардит.

В экзантематозный период – период разгара заболевания клинически и лабораторно имеются проявления ДВС-синдрома.

Более чем у половины больных АРЛ выявляется гепатомегалия (до 57,1%).

Изменения со стороны других органов и систем имеют кратковременный характер. Так, изменения бронхолегочной системы при АРЛ в виде кашля, бронхита, регистрируются у отдельных больных. Жалобы и клинические симптомы, указывающие на патологию почек у больных АРЛ, встречаются редко. У отдельных больных при среднетяжелом и тяжелом течении выявляются осложнения в виде токсической энцефалопатии, сосудистой дистонии, регионарного лимфангита и даже артрит односторонний с поражением коленного или голеностопного суставов с ограничением функции. Период реконвалесценции расценивается с момента нормализации температуры и стабильности клинических симптомов.

При оценке лабораторных данных обращает на себя внимание тот факт, что у больных АРЛ выявляются незначительные изменения в периферической крови в виде анемии, в отдельных случаях – умеренный лейкоцитоз. В то же время часто отмечается ускорение СОЭ, анэозинофилия, моноцитопения, лимфопения, лимфоцитоз и почти в 90% повышается лейкоцитарный индекс интоксикации.

Клинико-эпидемиологический анализ 160 случаев заболевания корью показал следующие результаты.

Корь у всех больных начиналась остро и, в основном, с повышения температуры тела (78,1%), реже озноба (12,5%) или кашля (9,4%). В катаральном периоде лихорадка у 55,6% пациентов была умеренной, у 30,6% - высокой, у 13,8% - субфебрильной и продолжалась в среднем 5,1 день. Катаральным явлениям (кашель - 93,7%; насморк - 40,6%; боли в горле - 48,9%, осиплый голос - в 21,8%, гиперемия зева - 88,7%) в этот период у большинства больных сопутствовали слабость (95,6%), головная боль (84,3%), ознобы (56,8%). Боли в суставах и мышцах встречались значительно реже - в 2,5% случаев. К 4-5 дню болезни у 73,7% больных наблюдался конъюнктивит, у 28,7 % - светобоязнь, у 15,6% - блефароспазм. Склероконъюнктивит сохранялся до 4-5 дня высыпаний, а светобоязнь исчезала при угасании сыпи. Длительность катарального периода кори у большинства пациентов (71,5%) составила 3-4 дня. Катаральные симптомы нередко сочетались с диспепсическими расстройствами: тошнота и рвота были у 27 больных (16,8%), боли в животе у 12 (7,5%), жидкий стул - у 11 (6,8%).

Период высыпания у 75% больных начинался на 3-5 день болезни, продолжаясь в среднем 3,5 дня. В 10 случаях (6,3%) сыпь появлялась на 2-ой день кори, в 12 (7,5%) - на 6-й, в 11 - на 7-й (6,8%), в 6 (3,4%) - на 8-й, в 1-ом - на 9 (6,2%). В первый день экзантемы 55% больных отметили подъем температуры до 39⁰С и выше. Одновременно с появлением сыпи у больных с корью наблюдалось увеличение лимфоузлов. Шейные лимфоузлы (71,3%) и, крайне редко, подмышечные (1,3%) и паховые (0,6%) - увеличивались, их пальпация сопровождалась небольшой локальной болезненностью.

У всех больных наблюдалась классическая этапность появления экзантемы: в первые сутки высыпания обнаруживались на лице, шее, верхней части туловища, на вторые сутки - распространялись на плечи и туловище, а на 3-4 сутки - они становились обильными, покрывая туловище, верхние и нижние конечности. В это время внешний вид больных корью был характерным: гиперемия лица отмечалась у 104 пациентов (65%), одутловатость лица - у 19 (11,8%), отечность век - у 24 (15%). У 70,3% пациентов коревая экзантема выявлялась на гиперемизированной слизистой оболочке мягкого и твердого неба, а у 14,4% – экзантема на конъюнктиве. Одновременно с ней в 54,4% случаев обнаруживались пятна Бельского-Филатова-Коплика. У 150 больных (93,7%) сыпь при кори носила пятнисто-папулезный характер с тен-

денцией к слиянию и образованию сплошных эритематозных полей у 36 больных (22,5%). В 6,3% случаев сыпь состояла только из розеол, а в 10% с тяжелым течением кори наблюдались геморрагические пятна в виде петехий. Сыпь была насыщенно красного цвета у 55% больных. Пигментация имела ту же этапность, что и высыпания: вначале экзантематозные элементы пигментировались на лице, затем на туловище и конечностях. Продолжительность пигментации была в среднем 4,6 дней. После исчезновения сыпи в 11,3% случаев отмечено отрубевидное шелушение, чаще на лице. В этот период улучшалось самочувствие больных, разрешался катаральный синдром (в среднем на 8 день) и исчезали симптомы интоксикации (при среднетяжелом течении – на 8 день, при тяжелом – на 10).

В разгар болезни определялись: жесткое дыхание (48,7%), сухие (25%) и влажные (6,3%) хрипы, приглушение тонов сердца (41,3%), тахикардия свыше 80 ударов в 1 минуту (40,6%), артериальная гипотензия (1,9%), на ЭКГ - диффузные изменения миокарда (30,6%). При тяжелом течении кори в 1,3% случаев отмечалась оглушенность, заторможенность, головокружение и адинамия без менингеальных симптомов.

При исследовании состава периферической крови наиболее часто обнаруживалось ускорение СОЭ (25,9%), нейтрофилез (23,7%), лимфопения (22,9%), лейкопения (21,5%), нейтропения (17,7%), моноцитоз (16,9%).

Таким образом, при сопоставлении анализа клинико-эпидемиологической картины у больных АРЛ и корью нами выделены дифференциально-диагностические ориентиры.

При дифференциальной диагностике АРЛ от кори нужно учитывать выраженность температурной реакции, наличие выраженных артралгий и миалгий. Если изменения слизистых у больных с корью дополняли катаральный синдром и проявлялись разлитой гиперемией зева, конъюнктивитом, слезотечением, светобоязнью у подавляющего большинства больных, а также появлением в первые 1-2 дня катарального периода помимо пятен Бельского – Филатова - Коплика, коревой энантемы на конъюнктиве глаз и на слизистых мягкого и твердого неба, то при АРЛ они были менее постоянными и в своей совокупности не составляли клинически значимого катарального симптомокомплекса. Увеличение шейных лимфатических узлов – один из симптомов, надежно отличающих корь от АРЛ. Можно сказать, что для АРЛ не характерна генерализованная реакция со стороны лимфатической системы: только в 11,7% случаев отмечался лимфаденит, который, в свою очередь, чаще регистрировался регионарно у больных с первичным аффектом. Лимфоузлы при АРЛ по размерам увеличивались не более 1-1,5 см в диаметр, при пальпации были безболезненные, подвижные, не спаивались друг с другом. У наблюдавшихся взрослых больных корью в подавляющем большинстве случаев увеличивались шейные лимфатические узлы, у половины пациентов отмечалась пальпаторная болезненность. Кроме того, при проведении дифференциальной диагностики АРЛ и кори необходимо учитывать, что при АРЛ отсутствует шелушение и этапность кожных высыпаний, наблюдается полиморфная экзантема (одномоментность розеол, папул, пурпуры и геморрагий), а также ладонно-подошвенная локализация сыпи и фокусное расположение ее элементов. Для кори типично – этапность и слияние сыпи, специфические пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Из всего вышесказанного можно выделить основные дифференциально-диагностические признаки Астраханской риккетсиозной лихорадки:

- данные эпиданамнеза – весенне-летний сезон, пребывание в природном очаге, указание на находки и укусы клеща;
- высокая лихорадка;
- выраженный синдром интоксикации без развития тифозного статуса;
- выраженные артралгии и миалгии, иногда с нарушением походки;
- наличие первичного аффекта, преимущественно на нижних конечностях, иногда в сочетании с регионарным лимфаденитом;

- обильная полиморфная, без склонности к слиянию сыпь – розеолы, трансформирующиеся в папулы и геморрагии с частой локализацией на ладонях и подошвах; появляющаяся в разгар заболевания;
- практически отсутствие катарального синдрома;
- гепатомегалия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Тарасевич И.В. Астраханская риккетсиозная лихорадка. – Астрахань: АГМА, 1999. – С. 45–56.
2. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний. – М.: МИА, 1999. – С. 7–15.
3. Покровский В.И., Касимова Н.Б., Галимзянов Х.М., Морозова Ю.В. Клинико-патогенетические и иммуногенетические особенности Астраханской риккетсиозной лихорадки. – Астрахань: АГМА, 2005. – С. 50–51.