

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1998

3

ТОМ
LXXIX

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.9—053.2/.5.005—07

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.А. Анохин

*Кафедра детских инфекций (зав. — проф. В.А. Анохин)
Казанского государственного медицинского университета*

Инфекционное начало лежит в основе возникновения и развития многих болезней человека — от кариеса зубов до тяжелых аутоиммунных и опухолевых процессов. Врач-инфекционист в своей работе сталкивается с более или менее узким спектром инфекционных заболеваний, относящихся вследствие специфики эпидемиологического процесса к группе заразных болезней. Тем не менее на примере именно этих вариантов инфекционных процессов наиболее ярко проявляются характер реакций между макро- и микроорганизмом, их выраженность, стадийность, завершенность. Несмотря на кажущуюся простоту, постановка диагноза детского инфекционного заболевания до настоящего времени достаточно сложна не только для врачей-педиатров, но и для специалистов, непосредственно занимающихся лечением больных данного контингента. Путаются клинические формы, неверно расцениваются заболевания, характер течения основного процесса и его осложнений, неправильно трактуются

результаты лабораторного исследования, что в конечном итоге определяет ошибочную терапевтическую тактику. К сожалению, в специальных разделах учебной литературы, используемых в преподавании дисциплины, не всегда четко указываются основные диагностические критерии того или иного варианта развития инфекционного заболевания, с чем, возможно, и связаны основные проблемы формулировки диагноза. В настоящей статье сделана попытка на основе обобщения собственного опыта с учетом современных представлений об инфекционной болезни изложить основные клинические принципы постановки диагноза детского инфекционного заболевания.

Согласно современной терминологии, под понятием “инфекция” понимается “биологическое явление, сущностью которого являются внедрение и размножение микроорганизмов в макроорганизме с последующим развитием различных форм их взаимодействий

от носительства возбудителя до клинически выраженного заболевания” [2].

Один из вариантов инфекционного процесса протекает с формированием морфологического субстрата, клинического симптомокомплекса и/или лабораторных признаков болезни. Их следует считать обязательными компонентами инфекционного заболевания (ИЗ). К необязательным, но довольно частым его составляющим относится нарушение функции пораженного органа (органов). Кроме того, в результате развития ИЗ в организме возникает постинфекционный протективный иммунитет, обычно регистрируемый по появлению или приросту титров специфических антител. При субклинических (инаппарантных) формах ИЗ отсутствует клиника заболевания, при отдельных нозологических формах ИЗ — формирование протективного иммунитета, классическим примером которых служит столбняк.

Наиболее частым вариантом инфекционного процесса является носительство возбудителя (бессимптомное носительство), для которого характерно отсутствие перечисленных выше составляющих ИЗ. Это состояние диагностируется на основе только выделения возбудителя или его антигенного материала из организма человека. Принято дифференцировать так называемое “здоровое” носительство, при котором чаще всего не регистрируется какой-либо реакции между макро- и микроорганизмом (в том числе наличия или изменения титра специфических антител), и “носительство у реконвалесцентов”, по своей сути исходное состояние ИЗ, сопровождающееся соответствующей иммунной перестройкой.

Особенностью ИЗ является циклический характер течения процесса с последовательной сменой периодов (фаз). Начинается оно с инкубационного периода, который сменяется возможным периодом предвестников (продромальных явлений), далее развернутых клинических проявлений (разгара) с фазами нарастания, максимума и спада выраженности основных симптомов ИЗ и периодом реконвалесценции. Сам факт стадийности болезни, учет продолжи-

тельности периодов имеют безусловное диагностическое значение, однако первостепенная роль в этом плане принадлежит непосредственно периоду разгара клинически манифестных форм ИЗ. Только в это время можно определить ведущие диагностические синдромы, ориентируясь на их выраженность, судить о тяжести основного заболевания и осложнения (если таковое имеется). В этой связи необходимо сделать несколько замечаний: за небольшим исключением (пищевые токсикоинфекции, ботулизм) продолжительность инкубационного периода не позволяет прогнозировать характер последующего развития заболевания, его тяжесть и т.п. То же самое относится и к продрому болезни. Квалифицированный врач-инфекционист, даже имеющий большой клинический опыт, не возьмет на себя смелость делать какие-либо серьезные заключения или прогнозы, наблюдая за пациентами в эти периоды заболевания. Корректность диагностической работы в подобных случаях будет сводиться лишь к правильному определению конкретной нозологической формы или круга возможных ИЗ с примерно сходными начальными проявлениями, хотя и это немаловажно (правильная изоляция больного, организация комплекса противоэпидемической работы). Окончательный диагноз будет сформулирован лишь в периоде развернутых проявлений болезни.

В клинической практике принято подразделять все формы ИЗ по классификационному принципу А.А. Колтыпина: по типу, тяжести и течению [1]. Деление по типу подразумевает выделение типичных и атипичных форм ИЗ. Типичной (как правило, наиболее часто встречающейся) формой будет считаться та, в клинике которой имеются основные диагностические синдромы, свойственные данной болезни, причем выраженность их должна соответствовать друг другу. Под синдромом в данном случае понимается совокупность симптомов, объединенных общим патогенетическим механизмом возникновения. При конкретной нозологии таких синдромов, как

правило, немного — от одного до трех, что вполне доступно для запоминания любому желающему разобраться в основных принципах диагностической работы с инфекционными больными.

Все типичные варианты ИЗ подразделяются по формам тяжести на легкую, среднетяжелую и тяжелую. Одним из вариантов тяжелой формы является так называемая злокачественная, характеризующаяся неблагоприятным исходом болезни, заключение о развитии которой делается фактически посмертно. Морфологической основой данных форм служат грубые, несовместимые с жизнью изменения в поражаемых органах (чаще всего некротические или геморрагические), судить о которых по вполне понятным причинам можно только по результатам секционного исследования. Таким образом, определение “злокачественная форма” указывает, скорее, на характер исхода болезни, нежели на особенность клинического проявления ИЗ, что никак не сказывается на общих принципах обследования и лечения больного. Различия между легкими и среднетяжелыми типичными формами заболевания носят преимущественно количественный (в меньшей степени качественный) характер: в том и другом случае будут обязательно присутствовать основные диагностические симптомы различной выраженности. При этих формах не регистрируются синдромы, прямо угрожающие жизни ребенка, и при отсутствии осложнений такие варианты острых ИЗ всегда заканчиваются выздоровлением. Свидетельством развития типичной тяжелой формы инфекционного заболевания будет наличие в клинике одного или нескольких дополнительных тяжелых патологических синдромов, патогенетически связанных с основным инфекционным процессом. Данные синдромы являются чаще всего вариантом необычно сильной, извращенной общей реакции организма на инфекционный агент. К ним в первую очередь относят:

— инфекционные токсикозы (нейротоксикоз, синдром Рея, гемолитико-

уремический синдром, токсикоз Кишша, кишечный токсикоз);

— шоковые реакции (инфекционно-токсический и ангидремический шоки);

— синдром обструкции дыхательных путей в некомпенсированных вариантах (круп и обструктивный бронхо-бронхиолит);

— тромбо-геморрагический синдром (чаще всего связанный с синдромом ДВС);

— коматозные состояния (энцефалопатии), связанные с развитием гипоксического отека головного мозга на фоне грубой органной патологии (мозговые и печеночные комы).

Степень тяжести (выраженности) клинических проявлений данных синдромов определяется недостаточностью функций жизненно важных органов и систем (легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и т.п.), о которой дополнительно сообщается в диагнозе. Традиционно тяжелыми считаются диссеминированные (генерализованные) формы инфекционных заболеваний, протекающие по типу септического процесса. При отдельных инфекционных заболеваниях, патогенез которых в значительной мере обусловлен участием токсических субстанций возбудителя, причиной развития тяжелых форм является полное отсутствие иммунитета к токсинам (дифтерия, столбняк). Немаловажную роль может играть и массивность поступления в организм бактериальных ядов (пищевые токсикоинфекции).

Помимо указанных причин, диагноз тяжелой формы болезни при ряде ИЗ может быть установлен при наличии выраженных местных изменений (например, фибринозно-язвенный простосигмоидит при шигеллезе, обширные дефекты кожи и мягких тканей некротического характера при менингококцемии и т.п.).

Атипичными считаются такие формы инфекционных болезней, клиника которых не содержит полного диагностического симптомокомплекса заболевания. Как указывалось выше, за типичный характер развития ИЗ “отвечает”

один, реже — несколько диагностических синдромов. Например, при вирусных гепатитах таковым является желтуха, поэтому все клинические варианты болезни, протекающие без желтушного окрашивания кожи и слизистых, расцениваются как атипичные (независимо от того, как “ведут себя” другие диагностические признаки). При ряде нозологических форм отдельные атипичные варианты имеют свои, общепонятные для специалистов названия: митигированная форма кори, рудиментарная форма ветряной оспы. На практике основная масса атипичных форм — это стертые или субклинические варианты ИЗ. Несмотря на то что в большинстве клинических классификаций они обозначены как нетипичные (атипичные), на практике данные формы встречаются довольно часто (при ряде ИЗ, возможно, даже чаще типичных), однако из-за отсутствия классического симптомокомплекса болезни реже диагностируются. В таких случаях определяющее диагностическое значение имеют не столько клинические, сколько эпидемиологические и лабораторные данные. Редкими атипичными формами ИЗ являются агравированные (гипертоксические и геморрагические формы в существующих классификациях отдельных детских инфекций). Атипичность их связана, скорее, с молниеносностью и злокачественностью течения, когда летальный исход наступает еще до развертывания полной или типичной диагностической картины. В современной клинической практике подобные диагнозы устанавливаются нечасто. Поэтому атипичные формы ИЗ в основном не нуждаются в дополнительном делении по тяжести: само название указывает либо на очень легкий, либо на очень тяжелый вариант болезни.

Разделение всех форм ИЗ по течению предполагает оценку длительного основного процесса с выделением abortивного, молниеносного, острого, затяжного и хронического течения болезни. Справедливости ради следует отметить, что временные характеристики, положенные в основу данного деления,

имеют, видимо, относительное значение. Вариант того или иного характера течения определяется как особенностями возбудителя, так и развитием ответной защитной реакции самого организма. Несмотря на кажущуюся банальность подобного утверждения, довольно часто приходится сталкиваться с однозначной трактовкой развития хронических форм как исхода острых обычно по причине неэффективной терапии (“лечили, но не долечили”), полного отсутствия таковой, несвоевременной диагностики острой формы и т.п. Нет, видимо, смысла абсолютно всегда отрицать значение подобных факторов в развитии болезни. Однако следует помнить, что хронические ИЗ имеют свой собственный клинико-лабораторный диагностический симптомокомплекс и, более того, отличную от острых форм морфологию процесса: если при остротечном ИЗ основа органных изменений — экссудативно-деструктивное воспаление, то хронические нередко базируются на мононуклеарно-инfiltrативных изменениях. Читателю, знакомому с основными положениями патологии, понятно, что трансформация названных выше процессов из одного в другой — факт маловероятный. Длительное или, как это принято называть, хроническое гнойное экссудативно-деструктивное воспаление возможно (к примеру, хронический остеомиелит), но оно является нехарактерным для классических ИЗ. Отсюда следует, что в большинстве случаев хроническую форму инфекционного заболевания нужно считать особым, самостоятельным вариантом развития ИЗ. Затяжные варианты течения острого ИЗ связаны, как правило, с особенностями развития ответной реакции организма на возбудителя инфекционного процесса, его токсины и факторы агрессии. Кроме того, немаловажное значение в этом плане принадлежит сопутствующей патологии пораженного органа или системы. К примеру, длительное, затяжное течение бактериальных кишечных инфекций может быть связано с имеющимися дисбиотическими расстройствами кишечника. Хотя характер воспали-

тельных изменений слизистой кишки в целом соответствует острому процессу, сопутствующая патология задерживает своевременную санацию организма от возбудителя и поддерживает характерную для болезни дисфункцию кишечника.

Специального замечания требуют abortивный и молниеносный варианты течения ИЗ. Они представляют собой кратковременные по общей длительности заболевания формы острого течения (обычно в течение 1—3 сут). Определенное “молниеносное течение” обычно применяется в случаях неблагоприятного исхода болезни у пациента в указанные сроки, при abortивном — течение острого ИЗ внезапно обрывается без характерного развертывания всей последующей клинической симптоматики с исходом в выздоровление.

Хотя причина различного течения инфекционного процесса в основном связана с биологией самого возбудителя, в настоящее время появляется все больше публикаций, свидетельствующих о необычном варианте развития инфекционного процесса. Возбудитель классической острой инфекционной болезни — вирус кори — является, видимо, ответственным за формирование таких тяжелых, прогрессирующе текущих дегенеративных заболеваний нервной системы, как подострый склерозирующий панэнцефалит и рассеянный склероз. Необычно протекают и так называемые врожденные формы классических инфекционных болезней у новорожденных. Очевидно, это самостоятельный раздел инфекционной патологии, требующий соответствующей нетрадиционной оценки как в диагностическом, так и в прогностическом отношении. Известны факты тяжело, подчас злокачественно протекающих классических детских ИЗ у пациентов с иммунодефицитными состояниями (первичный иммунодефицит, СПИД).

Следующий принцип, заложенный в основу деления течения ИЗ, базируется на определении его характера. Заболевание может протекать гладко и с различными осложнениями. Осложнен-

ный вариант предполагает развитие в течении основного инфекционного заболевания процесса, этиологически и патогенетически с ним связанного. Развитие подобной ситуации ухудшает прогноз и усложняет терапевтическое воздействие на больного. Принято выделять специфические и неспецифические осложнения ИЗ. Специфические — всегда напрямую связаны с этиологией основного заболевания (особенностями роста и размножения возбудителя в избирательно поражаемых тканях). Классические примеры подобного рода осложнений — это токсический миокардит и невриты при дифтерии, перфорация стенки кишки и кишечное кровотечение при брюшном тифе. Развитие неспецифических осложнений взаимосвязано с патогенетическими механизмами основного болезненного процесса, когда формирование осложнения опосредуется, как правило, снижением активности защитных сил организма и присоединением интеркуррентного инфекционного процесса. В ряде случаев феномен депрессии иммунитета может усиливаться ятрогенными воздействиями (применение в лечении основного заболевания препаратов, обладающих иммунодепрессивной активностью). К осложнениям подобного рода относят пневмонию, отиты, синуситы, инфекцию мочевыводящих путей и т.п. Очень часто эпидемиологически эти процессы связаны с участием “госпитальной” микрофлоры, что следует учитывать при проведении лечения.

Специально следует подчеркнуть также то, что сам факт развития осложнения не всегда однозначно связан с формой тяжести основного ИЗ. Нередко тяжелые формы болезни протекают без осложнений и в то же время осложниться могут легкие или даже стертые формы (к примеру, кишечное кровотечение при стертой форме брюшного тифа). На практике инфекционисту приходится сталкиваться преимущественно с группой неспецифических осложнений болезни, поэтому определение формы тяжести требуется как для основного ИЗ, так и для осложнения (оно факти-

чески является самостоятельной нозологической формой). Показательна в этом смысле пневмония — “лидер” осложнений многих ИЗ. Ее клиника, в свою очередь, может сопровождаться самостоятельной группой осложнений: внутри- и внелегочных, развитием реактивного плеврита и т.п. Тяжесть состояния больного будет определяться гемодинамическими и дыхательными расстройствами, напрямую не связанными с проявлениями основного ИЗ.

В заключение необходимо определить еще одно понятие: “персистентная или персистирующая” инфекция. Применяется оно обычно к отдельным видам инфекций. В патогенетическом отношении развитие данного варианта вирусных ИП в большинстве случаев связано с внедрением возбудителя (точнее, его генетического материала) в хромосомный аппарат клетки хозяина. Классическими примерами таких инфекций могут служить НbV-инфекция, цитомегалия человека, ВИЧ-инфекция, инфекция вируса простого герпеса. Процесс санации или элиминации возбудителя из организма в подобной ситуации затруднен или вовсе невозможен. Применительно к области бактериальных или протозойных инфекций персистенция различных видов флоры, обычно заселяющих нестерильные поверхности организма, как правило, связана с особенностями микробиологии. В частности, причиной персистенции на слизистых условно-патогенных бактерий, таких, к примеру, как стафилококк, является наличие целого ряда колонизирующих и патогенных

свойств самого микроба: антикомплемментарная, антилизоцимная активность, антибиотикорезистентность, а также его бактериальное микроокружение. Это необходимо учитывать при проведении санлирующего лечения, традиционную неэффективность которого врачи пытаются однозначно связать только с дефектами защитных сил организма ребенка. В целом понятие *персистирующая инфекция* относится к сфере патогенетической характеристики ИЗ, а не к особенностям клиники. Клиническая же картина будет в большинстве случаев характеризоваться симптомокомплексом рецидивирующей формы хронического ИЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колтыпин А.А. Патогенетические основы клинической классификации острых инфекционных болезней. — М., 1948.
2. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М., 1982. Издание 1. — Т. 1. — С. 421.

Поступила 31.10.97.

CURRENT PRINCIPLES OF THE CLINICAL DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF CHILDREN'S INFECTIOUS DISEASES

V.A. Anokhin

S u m m a r y

The basic problems of the formulation of the children's infectious disease diagnosis are noted. Taking into account the current notions of the infectious disease the basic principles of the clinical diagnosis and classification of children's infectious diseases are given. The infectious diseases are divided by type, gravity and course. The atypical and complicated variants are described.