

356.33:616.921.5:616.322—002:1

CHŘIPKA PROBÍHAJÍCÍ POD OBRAZEM AKUTNÍ ANGÍNY

Plukovník doc. MUDr. E. ČERNÝ, podplukovník MUDr. M. HOLUB,
podplukovnice MUDr. V. FRÁNKOVÁ

ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, náčelník: plk. doc. MUDr. E. Černý
Vojenský ústav hygieny, epidemiologie a mikrobiologie v Praze,
náčelník: plk. doc. MUDr. K. Makovička.

Při dosavadním studiu chřipky jsme se zabývali její rozšířeností v armádě a jejím klinickým obrazem při epidemickém a při sporadickém výskytu.

Postižení vojáků chřipkou jsme sledovali u nováčků po nástupu vojenské služby podle vzestupů hemaglutinačně inhibičních protilátek. Vyšetřování bylo prováděno na podzim r. 1960 a 1961 u 1492 osob a ukázalo vysokou rozšířenost chřipkových infekcí u pozorovaných jednotek. Během prvních 3 měsíců vojenské služby došlo u značného procenta vojáků k vzestupu titru protilátek proti chřipce (1, 2).

Klinický obraz chřipky jsme sledovali u vojenských jednotek během dvou epidemií. První epidemie proběhla v prosinci r. 1960, druhá v lednu 1962. První byla způsobena virem chřipky B₁ a vyšetřili jsme při ní 59 osob. Zjistili jsme difúzní postižení sliznice dýchacích cest s maximem katarálních změn v průdušnici a průduškách (3). Při druhé epidemii, způsobené virem A₂, jsme

vyšetřili 39 osob. I zde byly zjištěny difúzní katarální změny sliznice dýchacích cest s maximem v hrtanu a průdušnici. Ve srovnání s první epidemií měla tato epidemie mírnější průběh. V žádné z obou epidemií nebyly výrazněji postiženy struktury Waldayerova lymfatického kruhu.

Sporadicky se vyskytující chřipky jsme studovali na nemocných hospitalizovaných na izolační části ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice. U všech nemocných jsme prováděli virologické vyšetření na chřipku a adenoviry. Zjistili jsme, že pod obrazem akutní katarální nebo lakunární angíny mohou probíhat některá adenovirová onemocnění (4). Byli jsme překvapeni, když v řadě případů, považovaných námi za typickou bakteriální lakunární nebo folikulární angínu, virologické vyšetření ukázalo, že jde o chřipkové onemocnění — chřipkovou angínu.

O chřipkových angínách nebylo dosud v naší literatuře pojednáno. V cizí literatuře jsou o

chřipkových angínách ojedinělé zmínky. Goldman studoval v roce 1959 chřipkovou epidemii v Moskvě a zjistil, že chřipka u pozorovaných 100 nemocných proběhla 8krát pod obrazem akutní katarální, folikulární nebo lakunární angíny (5). Ketiladze a spol. v práci o chřipkových a adenovirových angínách se domnívají, že u některých nemocných lze podle klinického průběhu a laboratorních výsledků bez virologického vyšetření odlišit chřipkovou angínu od angín bez chřipkové etiologie (6).

Výskyt chřipkových angín je závažný z několika hledisek: etiologického, klinického, léčebně preventivního a zvláště epidemiologického. Je proto třeba tomuto obrazu chřipky věnovat patřičnou pozornost.

Od prosince 1959 do května 1962 jsme vyšetřili virologicky na chřipku 301 vojáků, kteří byli hospitalizováni na izolační části ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde přijímáme nemocné s akutní angínou a ojediněle též nemocné s horečnatými katary horních dýchacích cest. Nemocní byli obvykle přijímáni druhý den onemocnění, když před tím prošli sítí útvarových ošetřoven, která zpravidla zadrží lehčí formy onemocnění. Klinická diagnóza u našich nemocných byla 289krát akutní angína, v převážné většině lakunární a 12krát horečnatý katar horních dýchacích cest. Vyšetřovali jsme tedy skupinu osob postižených zpravidla těžšími formami zánětů Waldayerova lymfatického kruhu.

U všech nemocných ve sledovaném souboru byl proveden pokus o izolaci viru a sérologické vyšetření. Izolační pokusy byly prováděny z výplachu a výtěru nosohltanu, a to na kuřecích embryích a tkáňových kulturách opičích ledvin a HeLa buněk, nejméně ve dvou pasážích. Přítomnost viru v tekutinách z kuřecích embryí byla zjišťována Hirstovou reakcí, pozitivní izoláty určovány v hemaglutinačně inhibičním testu (HIT) se známými hyperimunními séry. Tkáňové kultury byly sledovány vždy po 10 dní na výskyt cytopatického efektu a 3. a 5. den byla prováděna hemadsorpce.

Sérologické vyšetření bylo prováděno vždy současně s akutním a rekonvalescentním vzorkem sér nemocných. Výše hladin chřipkových protilátek byla stanovena HIT se 6 chřipkovými kmeny a parainfluenzou 1. Hladina adenovirových protilátek byla stanovena komplementační reakcí (KFR) se smíšeným adenovirovým antigenem. Za pozitivní jsme považovali, jak je běžně zvykem ve všech sérologických reakcích, nejméně čtyřnásobný vzestup titru hladiny protilátek v rekonvalescentním séru ve srovnání s akutním vzorkem.

Bakteriologické vyšetření výtěrů z krku bylo provedeno u všech nemocných běžným způsobem. U většiny nemocných byla stanovena též hladina antistreptolysinů v akutním a rekonvalescentním vzorku séra. Výsledky byly často neprůkazné, což si vysvětlujeme časným nasazením penicilínu.

Tab. 1

1. chřipkové angíny	16	5,5 %
2. adenovirové angíny	20	6,9 %
3. ostatní angíny	253	87,6 %
a) bakteriální		
streptokokové	118	
stafylokokové	25	
pneumokokové	12	
kombinované	34	
b) abakteriální	64	
Celkový počet ak. angín	289	100 %
4. chřipka s typ. klinickým průběhem (bez angíny)	3	
5. horečnaté katary h. d. c.	9	
Celkový počet vyšetřených	301	

Virologickým vyšetřením se nám podařilo z bloku 289 angín oddělit 36 angín (12,4 %) s chřipkovou nebo adenovirovou etiologií. (Tab. 1). Z toho se chřipkové angíny vyskytly v 5,5 % a adenovirové v 6,9 %. Virovou etiologii je možno připustit u dalších 64 angín, u nichž jsme neprokázali patogenní bakteriální flóru; je pravděpodobné, že i ve skupině bakteriálních angín v některých případech mohlo jít o spoluúčast virů, buď neznámých, nebo námi nesledovaných.

Bližší rozbor chřipkových angín ukazuje, že mohou probíhat samostatně bez bakteriální nebo jiné virové účasti. (Tab. 2). Mluvíme pak o **čistých chřipkových angínách**. Častěji se však chřipková angína vyskytuje sdružená s bakteriální infekcí nebo bakteriální a adenovirovou infekcí. Mluvíme pak o **chřipkových angínách sdružených**. Čisté i sdružené chřipkové angíny probíhají nejčastěji pod obrazem typické lakunární angíny (v naší sestavě v 87 % případů) a jen ojediněle pod obrazem angíny katarální nebo folikulární.

Tab. 2

1. čisté chřipkové angíny		6
katarální	1	
lakunární	5	
2. chřipkové angíny sdružené s bakt. infekcí		8
folikulární	1	
lakunární	7	
3. chřipkové angíny sdružené s bakt. a adenovir. infekcí		2
lakunární	2	
Celkem		16

Tab. 3

1959

1960	B ₁ (14)* A ₁ (24) B ₁ (30) B ₁ (32)		C (102)						B ₁ (144)	A ₂ (151)		
Registrován epidemický výskyt chřipky B₁												
1961	B ₁ (189) B ₁ (194) B ₁ (195)	B ₁ (203) B ₁ (213)	D (218) B ₁ (234)									
Registrován epidemický výskyt chřipky A₂												
1962	A ₂ (338) A ₂ (338)	A ₂ (339)* A ₂ (340)*		A ₂ (350)								
Měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

*) Chřipky s typickým klin. průběhem.

U chřipkových angín jsme nejčastěji zjistili virus B₁ (9krát) a A₂ (4krát). (Tab. 3). Virus B₁ byl naprosto převládající v roce 1960 a 1961. V roce 1962 jsme výlučně zjišťovali virus A₂. Tentýž typ viru, který jsme zjišťovali v určitých obdobích u sporadických případů, byl ve stejné době registrován jako etiologický činitel u epidemického výskytu chřipky. Závislost typu chřipky u sporadických chřipkových infekcí na epidemiologické situaci je tedy zřetelná.

V lednu 1960 byla ve VÚHEM izolována ze sporadického onemocnění (naš případ č. 14) nová varianta chřipky — typ B₁. Tento typ se pak stal naprosto převládajícím u vojsk v zimních měsících 1960—1961. Tato skutečnost svědčí o velkém významu studia sporadických onemocnění chřipkou.

U našich nemocných se chřipkové angíny nejčastěji vyskytly v prvních 3 měsících v roce. Též sporadická adenovirová onemocnění byla podle našich zkušeností nejčastější v zimních měsících, ale jejich hojnější výskyt už začínal na podzim.

Srovnali jsme klinický obraz a laboratorní výsledky čistých a sdružených chřipkových angín navzájem a s namátkově vybranou skupinou bakteriálních a abakteriálních angín bez chřipkové účasti. (Tab. 4). Klinik by totiž rád věděl, jak už na to poukázala ve své práci Ketiladze, jestli se tyto formy onemocnění od sebe svým klinickým průběhem nějak liší. V kladném případě by to mělo význam pro způsob léčby a pro preventivní opatření. Virologické vyšetření má

totiž nevýhodu, že nás zpravidla informuje pozdě, až po proběhlém onemocnění.

Klinický obraz chřipkových angín a angín jiné etiologie je tak variabilní, že v něm nenacházíme nic, čím bychom mohli tato onemocnění navzájem odlišit. Rýmu bychom častěji očekávali u chřipky, avšak u našich nemocných je tomu opačně. Bolesti hlavy, typické pro chřipku, se vyskytují v obou skupinách přibližně stejně často. Krční uzliny byly zvětšené a bolestivé stejně často u prostých angín jako u angín chřipkových. Podle literárních údajů by se chřipka měla vyznačovat nižší sedimentací a nižšími hodnotami v leukogramu; u našich nemocných s anginou prostou nebo anginou chřipkovou je široký rozptyl výsledků těchto vyšetření, a nelze je proto použít k diferenciální diagnostice obou onemocnění. Totéž se týká výšky teplotní křivky. Jediný, ne však nápadný rozdíl spočívá v průměrném trvání zvýšených teplot. Tyto trvají nejkratěji u prostých angín, déle u čistých chřipkových angín a nejdéle u sdružených chřipkových angín. Delší trvání teplot u sdružených chřipkových angín vzhledem k čistým chřipkovým angínám si vysvětlujeme působením několika patogenních činitelů buď současně, nebo postupně, kdy další patogenní činitel napadá terén oslabený předchozí infekcí. Mimo ukazatele uvedené v tabulkách jsme sledovali poměr leukocytů a lymfocytů v bílém krevním obraze a hodnoty mukoproteinu. Ale ani zde jsme našli nic typického. U chřipkových angín způ-

Tab. 4

	Případ číslo	Výskyt	Rýma	Bolesti hlavy	Trvání teplot (dny)	Nález na mandlích	Krční uzliny	Sedimentace	Leukocyty v 1000	SBH, SPA, Pn. m.	Antistreptoliziny	Typ chřipky, HIT akutní sérum/rekonv. sérum	Adenoviry, KFR ak. s./rekonv. s.
Čistě chřipkové angíny	144	ojed.	+	+	3	zarud.		22/40	14,8			B ₁ ⁹⁶ /512	
	30	ojed.	+	+	4	povl.	+	14/30	7,1			B ₁ ⁰ /64	
	151	ojed.		+		povl.	+	20/50	15,8		100/100	A ₂ ³² /128	
	203	ojed.		+	5	povl.	+	33/50	10,0		< 100/100	B ₁ ¹²⁸ /512	
	338	ojed.			6	povl.	+	28/52	10,7		305/305	A ₂ ¹²⁸ /512	
	350	ojed.		+	1	povl.	+	47/75	15,8		195/195	A ₂ ¹²⁸ /1024	
Chřipkové angíny sdružené a) s bakt. infekcí	24	ojed.		+	1	povl.	+	7/10	17,2	SBH		A ₁ ¹²⁸ /768	
	102	ojed.		+	4	povl.	+	62/115	20,4	SBH		C ⁵¹² /1536	
	189	ojed.	+		9	povl.	+	7/15	19,9	SBH		B ₁ ⁴⁸ /512	
	195	hrom.			4	povl.	+	3/6	3,8	Pn. m.	< 100/100	B ₁ ¹²⁸ /1024	
	213	ojed.			7	povl.	+	64/85	9,2	SBH	< 100/216	B ₁ ⁰ /96	
	218	ojed.			1	folik.		10/30	8,0	SBH	100/160	D ¹²⁸ /512	
	234	ojed.		+	5	povl.	+	20/40	14,0	SBH	208/104	B ₁ ⁰ /128	
	336	ojed.	+		3	povl.	+	15/30	7,6	SBH	156/244	A ₂ ⁰ /768	
b) s bakt. a aden. infekcí	32	ojed.	+		4	povl.	+	20/42	9,5	SBH		B ₁ ²⁴ /96	⁴ /128
	194	hrom.			4	povl.	+	10/20	7,3	SPA	< 100/100	B ₁ ²⁵⁶ /1024	²⁰ /80
Skupina bakt. a abakter. angín bez účasti chřipky	122	ojed.			6	povl.	+	30/68	9,6	SBH	475/305		
	125	ojed.	+	+	5	povl.		10/32	11,3	SBH	125/125		
	126	ojed.	+		5	zarud.	+	40/75	10,2	SBH	100/195		
	127	ojed.	+	+		povl.	+	20/37	7,6	SPA	156/100		
	129	ojed.		+	2	povl.	+	40/70	7,8		244/195		
	133	ojed.		+	3	povl.	+	13/28	14,6	SBH	100/100		
	134	ojed.	+		2	povl.	+	20/32	6,0	SBH	596/244		
	137	ojed.			3	povl.	+	15/30	15,7	SBH			
	138	ojed.	+		3	povl.	+	20/44	24,0		476/476		
	139	ojed.	+	+	2	povl.	+	10/31	6,8		156/244		
Chřipky s typ. klin. průběhem	14	ojed.	+	+	3		+	5/15	6,4			B ₁ ²⁴ /192	
	339	ojed.	+		3			15/35	10,0		100/100	A ₂ ³² /256	
	340	ojed.	+	+	12			15/35	6,1		195/156	A ₂ ⁰ /768	

sobených typem B bylo horečnaté stadium delší než u typu A.

Závěr

Pod obrazem lakunární, katarální nebo folikulární angíny se může skrývat sporadická chřipka (chřipková angína), která se může vyskytovat v čisté formě, nebo, což je častější, sdružená s bakteriální nebo adenovirovou infekcí. Klinickým průběhem se chřipková angína neliší od angíny jiné etiologie. Jen průběh teplot je o něco delší. Její diagnózu možno vyslovit teprve na základě virologického vyšetření.

Souhrn

Autoři sledovali klinický obraz chřipky v epidemiích a u sporadických chřipkových onemocnění. U sporadických onemocnění zjistili, že chřipka může probíhat pod klinickým obrazem lakunární a v menší míře folikulární nebo katarální angíny. Mezi 289 akutními angínami, které byly virologicky vyšetřeny, bylo 5,5 % chřipkových angín buď ve formě čisté, nebo sdružené s bakteriální nebo adenovirovou infekcí. Byly vyvolány častěji virem B₁, řidčeji virem A₂ a vyskytovaly se nejčastěji v prvních třech měsících v roce. Chřipkové angíny až na průměrné delší trvání teplot nelze klinicky odlišit od angín jiné etiologie. Srovnání klinického průběhu chřipkových angín čistých a sdružených a srovnání chřipkových angín typu B a A ukázalo, že sdružené chřipkové angíny a angíny typu B měly delší horečnaté stadium.

Резюме

Авторы изучали клиническую картину гриппа при эпидемиях и при спорадически наблюдаемых случаях этого заболевания. В случаях спорадически встречающихся гриппозных заболеваний авторы установили, что грипп может протекать под картиной лакунарной, реже фолликулярной или катаральной ангины. В группе 289 острых ангин, при которых проводились вирусологические исследования, в 5,5 % случаев была выявлена гриппозная ангина; в некоторых случаях она встречалась в чистой

форме, в других случаях сочеталась с бактериальной или аденовирусной инфекцией. Причиной заболевания чаще был вирус B₁, реже — вирус A₂; чаще всего гриппозные ангины встречались в течение первых трех месяцев года. Гриппозные ангины нельзя клинически отличить от ангины другой этиологии; при них, однако, в среднем дольше держится повышенная температура. Сопоставление клинического течения чистых и смешанных форм гриппозной ангины, а также сопоставление гриппозных ангин типа A и B выявило, что у смешанных гриппозных ангин и у ангин типа B дольше длился фебрильный период заболевания.

Summary

The authors observed the clinical course of influenza during epidemics and occurring sporadically. In the later cases they found that the clinical course of influenza may simulate a lacunar angina, sometimes a follicular or catharal angina. Of 289 acute anginas, which were virologically examined, they found 5,5 % anginas of influenzal origin either pure or mixed with a bacterial or viral infection. They were more frequently caused by the virus type B₁, rarely by the virus type A₂ and occurred most frequently in the first three months of the year. It is not possible to differentiate clinically the influenzal angina from an angina of other origin, except that in the influenzal angina lasts the temperature longer. The comparison of the clinical course of the pure influenzal anginas with the mixed ones and of the influenzal anginas of type B with the type A ones showed, that the mixed influenzal anginas and the type B anginas had temperatures of longer duration.

Písemnictví

1. Fraňková, V., Marhoul, Z., Franěk, J., Kahlich, R.: Význam adenovirů a chřipky v etiologii akutních respiračních infekcí ve voj. kolektivech. Referát na mezinár. kongresu „Virová a rikettsiální onemocnění dých. cest“, Praha 1961.
2. Fraňková, V., Marhoul, Z., Bruj, M., Heinz, Fr., Jakubka, J.: Výsledky průzkumu promofování nováčků chřipkou a adenoviry v prvních měsících vojenské zákl. služby, 1962, v tisku.
3. Fraňková, V., Franěk, J., Marhoul, Z., Černý, E., Marek, M.: VZL 30, str. 213—216, 1961.
4. Černý, E., Holub, M., Fraňková, V.: Čs. otolaryngologie 10, str. 276—284, 1961.
5. Goldman I. I.: Věstník otorinolaringologii, 1961, XXI, č. 6, 83—85.
6. Ketiladze, E. S. a spol.: Věstník otorinolaringologii 24, č. 3, 9—15, 1962.