

# Корь у детей раннего возраста

В. Н. ТИМЧЕНКО<sup>1</sup>, Т. М. ЧЕРНОВА<sup>1</sup>, О. В. БУЛИНА<sup>1</sup>, Е. Б. ПАВЛОВА<sup>1</sup>, А. Н. НАЗАРОВА<sup>1</sup>, О. А. ЛЕОНИЧЕВА<sup>1</sup>, Е. В. ТИМОФЕЕВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России,

<sup>2</sup>Управление Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу

Проведено клиническое наблюдение и лечение 36 детей в возрасте от 5 мес. до 3-х лет, больных корью. У 34 чел. (94,4%) диагностирована типичная среднетяжелая форма, у 2-х чел. (5,6%) — атипичная (митигированная) легкая форма болезни. Все дети не были привиты против кори. Типичная среднетяжелая форма кори характеризовалась цикличностью течения со сменой классических периодов и наличием характерных клинических синдромов. Патогномоничные симптомы выявлены: пятна Бельского-Филатова-Коплика (67,7%), этапность высыпания (100%), этапность пигментации (100%). Этиотропная терапия проводилась препаратом ВИФЕРОН®. Выявлены быстрое исчезновение интоксикации и нормализация температуры тела, раннее снижение выраженности и продолжительности катарального синдрома, снижение тяжести и частоты развития осложнений, отсутствие наложения ОРВИ.

**Ключевые слова:** корь, дети раннего возраста, клиника, современная терапия, ВИФЕРОН®

## Measles in Infants

V. N. Timchenko<sup>1</sup>, T. M. Chernova<sup>1</sup>, O. V. Bulina<sup>1</sup>, E. B. Pavlova<sup>1</sup>, A. N. Nazarova<sup>1</sup>, O. A. Leonicheva<sup>1</sup>, E. V. Timofeeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical University of St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Russian Health Ministry,

<sup>2</sup>Rospotrebnadzor for the city of St. Petersburg

A clinical observation and treatment of 36 children between the ages of 5 months up to 3 years old with measles. In 34 persons. (94.4%) diagnosed with typical moderate forms, from 2 people (5.6%) — atypical (mitigirovannaya) a mild form of the disease. All children are vaccinated against measles. Typical measles characterized by moderate forms of cyclical flow with the change of the classical period and the presence of characteristic clinical syndromes. Pathognomonic symptom found: spots Belsky — Filatov — Koplik (67.7%), stages a rash (100%), stages of pigmentation (100%). Causal therapy was VIFERON®. Revealed the rapid disappearance of intoxication and normalization of body temperature, the early decline in the severity and duration of catarrhal syndrome, reducing the severity and frequency of complications, no stratification of SARS.

**Keywords:** measles, young children, clinic, modern therapy, VIFERON®

**Контактная информация:** Тимченко Владимир Николаевич — зав. кафедрой инфекционных заболеваний у детей им. профессора М. Г. Данилевича СПбГПМУ; 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; 8 (812) 295-26-55; timchenko220853@yandex.ru

Timchenko Vladimir Nikolaevich — head the department of infectious diseases in children it. professor M. G. Danilevich SPbGPMU: 194100, St. Petersburg, ul. Litovskaya, d. 2; 8 (812) 295-26-55; timchenko220853@yandex.ru

УДК 616.915-053.3

Корь представляет собой острое инфекционное контагиозное заболевание, с возможностью заражения в разном возрасте. Во все времена наиболее тяжелые случаи кори наблюдались у детей раннего и пубертатного возраста.

Осложнения обычно были связаны с развитием пневмонии, тяжелым течением кератитов, присоединением таких инфекционных заболеваний как дифтерия, ветряная оспа и других, отягчающих течение кори. В нашем архиве сохранились истории болезни детей, болевших корью в 1950-е годы. (т. е. 65 лет назад). В одном случае корь у ребенка первого года жизни вследствие поздней диагностики, позднего начала лечения и отсутствия этиотропной терапии, неблагоприятных условий в дороге, осложнилась двусторонней пневмонией, гнойным язвенным кератитом обоих глаз, в результате чего девочка стала инвалидом. В другом случае у ребенка 10 месяцев корь протекала совместно с дифтерией, осложнившись стенозом гортани, пневмонией. В данном случае вводилась противодифтерийная сыворотка, трахеостомия. Явления пневмонии нарастали. Проводилась интенсивная патогенетическая терапия, но состояние больного не улучшилось, и через 21 день от начала заболевания ребенок умер. Патоморфологически было установлено наличие стрептококковой пневмонии, к которой присоединилась дифтерия гортани. Кроме этого, отмечались: некротический ларинготрахеобронхит, катаральный фарингит, декубитальная язва трахеи, правосторонний гнойный отит. Посмертно из крови и отделяемого из ушей высеян

гемолитический стрептококк, а из гортани — токсигенная дифтерийная палочка.

Конечно, в настоящее время такие случаи не встречаются благодаря введению профилактической вакцинации, развитию химиотерапии, а также внедрению противовирусных и иммунных препаратов, которыми в полной мере располагают наши педиатры.

Однако в настоящее время корью в нашей стране болеют преимущественно дети первых трех лет жизни как не привитые, так и вакцинированные против данной инфекции [1–3]. Особую опасность частого развития тяжелых осложнений болезнь представляет для новорожденных, у которых отсутствует неонатальный иммунитет к вирусу кори, а также для детей второго полугодия жизни [4–7]. Заболевание регистрируется в различных климатических условиях в виде вспышек и спорадических случаев. При этом нередко возникают очаги данной инфекции в различных организованных коллективах (детские сады, школы, соматические стационары), а так же среди различных социальных, профессиональных и религиозных групп населения [8–11].

По данным Роспотребнадзора, в г. Санкт-Петербурге в 2000–2012 гг. регистрировались единичные случаи кори, которые были квалифицированы как импортированные из других стран. В 2012 г. зарегистрирована вспышка кори (137 случаев с лабораторно подтвержденным диагнозом). Дети раннего возраста 57 чел. (60,6%) не были привиты против кори. Летальных исходов не было. В 2013 г. корью заболело 15 человек, в том числе

6 (40%) — дети в возрасте от 9 мес. до 2,1 г., все не привитые против кори. В 2014 г. корью заболело 39, в том числе детей раннего возраста — 15 (38,5%), из них было 2 детей, привитых против данной инфекции.

В историческом аспекте в борьбе с корью («детской чумой») можно выделить несколько периодов [12–14]. Первый период продолжался с древних времен до 40-х гг. XX столетия — применения донорской сыворотки, сыворотки реконвалесцентов и антибактериальных препаратов, характеризовался всеобщей заболеваемостью, выраженной тяжестью клинического течения и высокой летальностью [15, 16]. Корь в структуре причин детской смертности занимала ведущее значение, особенно тяжело протекала у детей раннего возраста [17]. У детей в возрасте до 1 года общая летальность в г. Ленинграде в 1936–1940-х гг. составила 10%. Показатели больничной летальности при кори составляли в 1927–1930 гг. у детей в возрасте до 1 года — 18,9%, 1–2 года — 26,8%, 2–3 года — 12,2%; 1931–1935 гг. до 1 года — 33,5%, 1–2 года — 36,8%, 2–3 года — 24,4%; 1936–1938 гг. до 1 года — 32,7%, 1–2 года — 35,5%, 2–3 года — 30,1%; 1939–1940 гг. до 1 года — 24,2%, 1–2 года — 20,8%, 2–3 года — 17,6%.

У 58% детей корь протекала в тяжелой форме, тяжесть болезни была обусловлена развитием осложнений, которые развивались очень часто (99,8%). У большинства больных одновременно диагностировали 2–3 гнойно-некротических осложнения. В 1931–1934 гг. среди 381 заболевшего корью диагностированы следующие осложнения: пневмония — 317 чел. (83,2%), стенозирующие ларингиты — 42 чел. (11%), гнойные отиты — 76 чел. (19,9%), стоматиты — 57 чел. (14,9%), блефариты — 38 чел. (9,9%), гнойные менингиты — 30 чел. (7,9%), энтероколиты — 171 чел. (44,9%), прочие — 38 чел. (9,9%).

Во втором периоде (40–50-е гг. XX столетия) — при применении первых специфических средств терапии и сульфаниламидных препаратов существенно снизилась общая и больничная летальность за счет эффективной борьбы с осложнениями пневмококковой природы. Применение в дальнейшем антибиотикотерапии обеспечило эффективное воздействие на стрептококковые и стафилококковые поражения. Общая летальность от кори снизилась и составила в 1953 г. — 0,03%, 1960 г. — 0,009%. Больничная летальность была резко снижена и в 1951–1955 гг. составила 1,5%. В 1959–1962 гг. у детей раннего возраста тяжелые формы болезни регистрировались у 6,3%, больничная летальность составила 0,55%. Снижалась частота развития осложнений (64%), однако по-прежнему преобладали пневмонии (55%). У детей в возрасте от 1 мес. — 2 г. пневмонии выявлены у 66,3%, 2–3 года — 57,3%. Вместе с тем изменилась тяжесть осложнений, в частности, редко развивались абсцессы легких и гнойные плевриты.

В третьем периоде (с 60-х гг. XX столетия) активной иммунизации против кори отмечено существенное снижение заболеваемости данной инфекцией. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий обеспечил дальнейшее снижение тяжести кори. В 1970 г. тяжелые формы диагностированы в 2%, осложнения — у 36% детей ран-

него возраста. Исчезли тяжелые гнойно-некротические поражения (преобладали катаральные отиты, ларингиты, стоматиты). Летальных исходов у детей раннего возраста с 1968 г. в г. Ленинграде-Санкт-Петербурге не зарегистрировано. Вместе с тем, в 1963–1965 гг. от коревого энцефалита умерло 4 детей старшего возраста.

Четвертый период (с 1996 года) в борьбе с корью в нашей стране связан с созданием и внедрением в практику здравоохранения профессором Малиновской В. В. комбинированного противовирусного иммуномодулирующего препарата ВИФЕРОН® — человеческого рекомбинантного интерферона альфа 2b в сочетании с антиоксидантами (витаминами С и Е) в форме суппозиторий, что позволяет проводить эффективную терапию инфекционной патологии в педиатрической и акушерской практике [18–21]. В настоящее время интерферон альфа включен в стандарт терапии больных корью детей (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 г. № 765н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при кори средней степени тяжести»). Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2013 г. № 27679), а оригинальный препарат ВИФЕРОН® с высокой клинической эффективностью применяется детскими инфекционистами в катаральном периоде и периоде высыпания болезни [22–25].

**Целью** нашей работы явилось изучение клинической картины кори у детей раннего возраста и оценка эффективности современной терапии с включением противовирусного иммуномодулирующего препарата ВИФЕРОН®.

## Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением в инфекционных отделениях Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Детской городской клинической больницы № 5 им. Н. Ф. Филатова находилось 36 детей в возрасте от 5 мес. до 3-х лет, больных корью. Дети первого года жизни составили 11 чел. (30,6%). Диагностика кори основывалась на данных эпиданамнеза, анамнеза болезни, тщательного учета и анализа всех клинических симптомов в течение всего периода наблюдения. Особое внимание уделялось выявлению патогномичных для кори симптомов: наличие пятен Бельского-Филатова-Коплика, этапности высыпания и пигментации. Для лабораторного подтверждения кори в крови определялись специфические антитела (Ig M) в соответствии с санитарными правилами (СПЗ.1.2952–11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» от 28 июля 2011 г. № 108 Детям проводились клинические анализы: крови, общий анализ мочи, по показаниям — биохимический анализ крови (определение АлТ, АсТ, общего билирубина и его фракции, общего белка и белковых фракций, креатинина, мочевины). Всем пациентам, наряду с диетой, режимом, уходом, проводили комплексную медикаментозную терапию. Этиотропное лечение включало применение препарата ВИФЕРОН® — рекомбинантного человеческого интерферона альфа 2b в сочетании с витаминами С и Е.

## Результаты и их обсуждение

У всех детей нами были установлены источники инфекции. У большинства: 33 чел. (91,6%) выявлен вну-

трибольничный источник кори в Детской городской больнице № 1 г. Санкт-Петербурга, у 2-х чел. (5,6%) — контакт с больным корью во время отдыха за границей и у 1 чел. (2,8%) — контакт по лестничной площадке многоквартирного дома.

Анализ прививочного анамнеза показал, что 100% детей не были привиты против кори, при этом 11 чел. (30,6%) — не привиты по возрасту, 19 чел. (52,8%) имели медицинские отводы от профилактических прививок и 6 чел. (16,6%) — отказы родителей от вакцинации.

Большинство детей — 21 (58,3%), заболевших корью, находились на диспансерном учете по поводу различных соматических заболеваний: из них 11 (52,4%) — по поводу гидроцефалии и судорожного синдрома, 5 (23,8%) — бронхиальной астмы и atopического дерматита, 3 (14,3%) — гидроцефалии, 2 (9,5%) — тромбоцитопенической пурпуры и анемии.

подавляющее большинство больных корью детей — 32 (88,9%) поступили в специализированные отделения инфекционных стационаров на первой неделе болезни: 7 (19,5%) в 1–3-и сут. катарального периода болезни, 25 (69,4%) — на 4–6-ые сут. болезни, 4 (11,1%) — в более поздние сроки (7–12-ые сут. болезни).

У 34 (94,4%) больных корью детей раннего возраста диагностирована типичная среднетяжелая форма. У 2 чел. (5,6%), получивших в инкубационном периоде иммуноглобулин человека нормальной донорской, выявлена атипичная (митигированная) корь.

Клиническая картина типичной кори у 34 детей раннего возраста характеризовалась циклическостью течения со сменой четырех периодов — инкубационного, начального (катарального), разгара (высыпания) и реконвалесценции (пигментации).

Инкубационный период при типичной кори продолжался от 9 до 17 сут., в среднем составляя  $12 \pm 2$  сут.

Катаральный период кори продолжался от 1-го до 3-х сут. и характеризовался нарастающим синдромом интоксикации, повышением температуры тела, выраженным катаральным воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей и конъюнктив глаз. Лихорадка у 22 чел. (64,7%) колебалась от 38,6–39,2 °С. У 12 чел. (35,3%) повышалась до 38,0–38,5 °С. Синдром интоксикации характеризовался снижением аппетита (78,2%), слабостью (76,4%), нарушением сна (75,3%), недомоганием и головной болью (70,3%), вялостью и плаксивостью (92%). Катаральный синдром отмечался у 100% больных и характеризовался сухим кашлем, заложенностью носа, умеренными слизистыми выделениями из носовых ходов, небольшим конъюнктивитом. Лицо больного ребенка приобретало характерный вид — одутловатое, веки припухшие, глаза «красные», появлялись светобоязнь и слезотечение, в дальнейшем кашель становился более упорным, лающим. Выявлялась умеренная гиперемия слизистых оболочек ротоглотки (100%) и энантема на мягком небе в виде крупных пятен темно-красного цвета (22,2%). У 9 чел. (26,5%) выявлена дисфункция желудочно-кишечного тракта (частый жидкий стул без патологических примесей) вследствие поражения слизистой оболочки кишечника вирусом кори. У 23 чел. (67,6%) выявлены пятна Бельско-

го-Филатова-Коплика (патогномоничный симптом, позволяющий диагностировать корь в ранние сроки болезни). Они представляют собой мелкие серовато-беловатые участки некроза, окруженные венчиком гиперемии, локализующиеся у коренных зубов, на слизистой оболочке щек, губ, десен.

Период высыпания начинался в среднем через 2-е сут. от начала заболевания и характеризовался появлением экзантемы на фоне максимально выраженной лихорадки, интоксикации и катарального синдрома. Синдром лихорадки: температура тела у 2/3 больных была фебрильной, у 1/3 — субфебрильной. Как правило, появление сыпи сопровождалось новым подъемом температуры тела. Синдром интоксикации максимально был выражен в первые двое суток периода высыпания и характеризовался вялостью, адинамичностью больных, отказом от еды и питья. У 9 чел. (26,5%) отмечались тошнота и однократная рвота. Катаральный синдром проявлялся у всех больных кашлем, конъюнктивитом и ринитом. Кашель частый, назойливый, иногда мучительный, у 11 (32,4%) — лающий с осиплостью голоса. Первые 1–2 суток периода высыпания сохранялись пятна Бельско-Филатова-Коплика, пятнистая энантема и десквамация эпителия слизистой оболочки десен. Синдром экзантемы имел характерные особенности, наиболее важным из которых является этапность распространения сыпи (патогномоничный симптом кори). Первые элементы сыпи появились у 30 чел. (88,2%) на переносице и лице, у 4 чел. (11,8%) за ушами. В течение первых суток сыпь распространялась на лицо, шею, верхнюю часть груди и плечи. В дальнейшем, (2-е сут. периода высыпания) сыпь полностью покрывала туловище и распространялась на проксимальные отделы рук, а на 3–4-е сут. на дистальные части рук и нижние конечности. По морфологии элементов сыпь у 33 чел. (96%) больных — пятнисто-папулезная, у 1 чел. (4%) — пятнистая крупных и средних размеров с локализацией на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. У 32 чел. (94%) сыпь была обильная, у 2 чел. (6%) — скудная; фон кожи, в основном, оставался неизменным (80%). Длительность периода высыпания колебалась от 2 до 4 сут.

Период пигментации начинался уже с 3-х сут. периода высыпания и происходил этапно (патогномоничный симптом) в том же порядке, как появлялась сыпь. Элементы сыпи у больных корью начинали темнеть, буреть, вследствие образования гемосидерина. Пигментированная сыпь не исчезала при надавливании и растягивании кожи, у 5 чел. (14,7%) пигментация заканчивалась небольшим отрубевидным шелушением кожи. Этапность появления сыпи ее переход в пигментацию обуславливали характер экзантемы на 3–4-е сут. периода высыпания: на лице и верхней части туловища сыпь приобретала багрово-синюшный оттенок, с отдельными пигментированными элементами, а на руках и особенно на ногах сыпь еще яркая с выраженной папулезностью. Особенность динамики коревой сыпи оказывает практическому врачу существенную помощь при проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися синдромом экзантемы. При гладком течении заболевания

# ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

(86%) состояние больных детей становилось удовлетворительным, нормализовалась температура тела, восстанавливались аппетит и сон. Негладкое течение кори выявлено у 14% больных детей. Причиной негладкого течения заболевания явились осложнения (обструктивный бронхит, стенозирующий ларинготрахеит, острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, лакунарная ангина и др.) и обострение сопутствующих соматических заболеваний (гидроцефалия, бронхиальная астма, анемия и др.).

Больные корью дети получали комплексное, этиопатогенетическое лечение. В течение всего периода лихорадки и в первые два дня после нормализации температуры тела назначали постельный режим. Большое внимание уделяли гигиеническому состоянию пациента. Диету назначали с учетом возраста ребенка, тяжести и периода заболевания, наличия сопутствующей патологии. В остром периоде болезни — молочно-растительная пища, механически и химически щадящая, обогащенная витаминами, а также обильное питье. Все дети в качестве средства этиотропной терапии получали комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат (ВИФЕРОН®), имеющий в составе рекомбинантный человеческий интерферон альфа 2b и антиоксиданты (токоферола ацетат и аскорбиновую кислоту). ВИФЕРОН® в виде суппозитория назначали в дозе 150 тыс. МЕ 2 раза день в течение 5 сут., мазь ВИФЕРОН® / гель ВИФЕРОН® применяли для смазывания слизистой оболочки ротоглотки и участков кожи с экзантемой. Современная этиотропная терапия обуславливала быстрое исчезновение симптомов интоксикации и лихорадки, быстрое снижение выраженности и продолжительности катарального синдрома, на 2–3-е суток и более, по сравнению с данными литературы 1950–1960-х гг., предупреждала наложение острой респираторной вирусной инфекции и развитие осложнений. Отмечена также быстрая нормализация показателей гемограммы. Побочных эффектов применения препарата ВИФЕРОН® не наблюдалось. Для лечения конъюнктивита использовали офтальмоферон (в острой стадии по 1–2 капли в каждый конъюнктивальный мешок 4–6 раз в сут., по мере купирования воспалительного процесса — 2–3 раза в сут.). Патогенетическая и симптоматическая терапия включала жаропонижающие (ибупрофен для детей), отхаркивающие (амброксол), сосудосуживающие (називин в нос) и десенсибилизирующие (цетиризин) средства. Антибиотики (цефотаксим, цефтриаксон, азитромицин) назначали по показаниям. С целью иллюстрации эффективности современной этиопатогенетической терапии больных корью детей раннего возраста приводим клинический случай № 1 и клинический случай № 2 (с применением препарата ВИФЕРОН®).

**Клинический случай № 1.** Ребенок В., 1 год. Основной диагноз: Корь, типичная среднетяжелая форма. Находился в ДГКБ № 5 им. Филатова с 12.09.13 г. по 17.09.13 г. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды первые, в срок. На грудном вскармливании до 6 мес. Рос и развивался по возрасту. ОРВИ перенес один раз (в 7 мес); прививочный статус — против кори не привит (по возрасту). Эпид. анамнез: с 24.08.13 г. по 07.09.13 г. ребенок



реклама



**Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).**



**БЛОКИРУЕТ**

размножение вируса



**ЗАЩИЩАЕТ**

здоровые клетки от заражения



**ВОССТАНАВЛИВАЕТ**

баланс иммунной системы



**РАЗРЕШЕН**

детям с первых дней жизни

и будущим мамам с 14 недели беременности



**СОЧЕТАЕТСЯ**

с другими противовирусными

и антибактериальными препаратами



P N 001142/02

P N 000017/01

Виферон Суппозитории



**виферон**

(499) 193 30 60

viferon.su

находился на отдыхе с родителями в Турции. Со слов матери, в отеле, где они проживали, несколько детей болели корью. Анамнез заболевания: заболел 09.09.13 г. — слабость, вялость, снижение аппетита, катаральные явления (серозные выделения из носа, сухой кашель), повышение температуры тела до 37,2 °С; 10.09.13 г. — повышение температуры тела до 39 °С, усиление катарального синдрома; 11.09.13 г. — продолжал лихорадить до 39,5 °С, сохранялись выраженные катаральные явления, появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, шее, верхней части груди, с тенденцией к слиянию (3 день болезни); 12.09.13 г. — сохранялась температура тела до 40 °С, сыпь распространилась на грудь, живот, спину, ноги. В этот же день ребенок госпитализирован бригадой неотложной медицинской помощи в ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова с диагнозом: Корь, типичная среднетяжелая форма. При поступлении состояние средней тяжести, ребенок вялый, капризный, выраженные катаральные явления (сухой кашель, серозно-гнойное отделяемое из носа, конъюнктивит), температура тела 37,2 °С. На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностях неяркая пятнисто-папулезная сыпь средних и крупных размеров с тенденцией к слиянию. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, рыхлая, небные миндалины не увеличены, без налетов. Пятна Бельского-Филатова-Коплика не выявлены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание жесткое, хрипы отсутствуют. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. Результаты лабораторного обследования (от 13.09.13 г.): клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи — без патологии; мазок из ротоглотки и носа на флору — отрицательный. Исследование ИФА крови на ВПГ 1, ВПГ 2, ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ 6 типа — Ig M и Ig G — отрицательные. ИФА на коревые антитела от 13.09.13 г. Ig M — положительные.

Лечение больного: режим — боксовый, туалет носа и глаз; диета — щадящая, гипоаллергенная, витаминизированная. ВИФЕРОН® 150 тыс. МЕ — по 1 свече 2 раза в день 5 сут., цефтриаксон в/м 250 мг 2 раза в день — 5 сут. (т.к. клинически нельзя было исключить пневмонию); патогенетическая и симптоматическая терапия (амброксол, тагегил, линекс per os). С 13.09.13 г. — отмечалось улучшение самочувствия, нормализация температуры тела, пигментация на лице, шее, верхней части плеч. С 14.09.13 г. пигментация распространилась на туловище и конечности, с 15.09.13 г. — пигментация по всему телу. Ребенок выписан на 10 сутки болезни (7 сут. от начала периода высыпания), в удовлетворительном состоянии, под наблюдением участкового педиатра.

Особенностями кори у данного ребенка явились укорочение катарального периода до 2-х сут., отсутствие раннего патогномичного симптома (пятен Бельского-Филатова-Коплика), укорочение периода высыпания до 2-х сут., уменьшение выраженности основных симптомов заболевания, отсутствие развития бактериальных осложнений у ребенка первого года жизни.

Клинический случай № 2. Ребенок Д., 9 мес. Основной диагноз: Корь, типичная среднетяжелая форма. Сопутствующий диагноз: Гипохромная анемия легкой степе-

ни. Осложнение: Обструктивный бронхит. Находился на лечении в I инфекционно-боксовом отделении с 22.08.13 г. по 30.08.13 г. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от II беременности, протекавшей без осложнений. Роды вторые, срочные, кесарево сечение. Масса тела при рождении — 3800 г, длина — 53 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 3 мес. Прививочный статус: профилактические прививки сделаны по возрасту. Против кори не привит. Эпиданамнез: ребенок 16.08.13 г. приехал поездом из Абхазии, где находился в течение 1,5 мес. Детскими инфекциями не болел. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. Анамнез заболевания: с 22.08.13 г. отмечалось повышение температуры тела до 39,5 °С, сухой кашель, серозные выделения из носа, осиплость голоса. Ребенок поступил в инфекционное отделение № 1 педиатрического медицинского университета на первый день болезни с диагнозом: ОРВИ, бронхообструктивный синдром. ДН<sub>0</sub>. При объективном обследовании: состояние средней степени тяжести. Отмечается умеренный катаральный синдром в виде фарингита, малопродуктивного кашля, легкой осиплости голоса, гиперемии конъюнктив. Кожа чистая, обычной окраски, слизистые оболочки ротоглотки розовые, небные миндалины не увеличены, без налетов. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание жесткое, с удлинненным выдохом, проводится равномерно во все отделы, выслушиваются рассеянные свистящие сухие хрипы на выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. 23.08.13 г. — 24.08.13 г. — состояние ребенка средней тяжести, лихорадит до 39,0 °С, серозные выделения из носа, осиплый голос, непродуктивный кашель, конъюнктивит, со стороны внутренних органов без патологических изменений. 25.08.13 г. (4-е сут. болезни) появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, шее, плечах и верхней части груди. 26.08.13 г. сыпь распространилась на грудь, живот, спину, верхние и нижние конечности, неяркая, необильная, мелкая и средняя по величине. Слизистые оболочки полости рта розовые, пятна Бельского-Филатова-Коплика не выявлены. 27.08.13 г. отмечалось увеличение количества элементов сыпи и их слияние. 28.08.13 г. — элементы сыпи на лице, шее стали пигментироваться. Результаты лабораторного обследования: 22.08.13 г. — на Rg-грамме органов грудной клетки усиление интерстициального рисунка. Повышенная воздушность легких. Сердечно-сосудистая тень без особенностей. Диафрагма четкая. Синусы свободные. Клинический анализ крови от 23.08.13 г. — гемоглобин 103 г/л, эритроциты —  $4,55 \times 10^{12}$ , ЦП — 22,6, лейкоциты —  $13,8 \times 10^9$ /л, с/я — 30%, лимфоциты — 56%, моноциты — 4%, СОЭ — 27 мм/час; от 28.08.13 г. гемоглобин — 110 г/л, эритроциты —  $4,8 \times 10^{12}$ , ЦП — 22,7, лейкоциты —  $22,1 \times 10^9$ /л, с/я — 25%, лимфоциты — 70%, моноциты — 4%, плазматические клетки — 1%, СОЭ — 7 мм/час; от 29.08.13 г. — гемоглобин — 111 г/л, эритроциты —  $4,8 \times 10^{12}$ , ЦП — 22,9, лейкоциты —  $12,8 \times 10^9$ /л, с/я — 21%, лимфоциты — 75%, моноциты — 3%, эоз — 1%, СОЭ — 24 мм/час. Общий анализ мочи от 24.08.13 г. и

26.08.13 г. — без патологии. Копрограмма от 24.08.13 г. и 27.08.13 г. — без патологии. ИФА на коревые антитела Ig M — положительные, Ig G — отрицательные. Ig M и Ig G к вирусу краснухи — отрицательные. ПЦР респираторного секрета (мазок из ротоглотки): ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ 6-го типа, аденовирус — отрицательные. Лечение больного: режим — боксовый, диета — по возрасту; ВИФЕРОН® 150 тыс. МЕ по 1 свече 2 раза в день 5 сут.; цефотаксим в/м 5 сут.; патогенетическая и симптоматическая терапия (амброксол, називин, ингаляции с физ. р-ром, зодак, левомицетиновые капли в глаза). Ребенок выписан 30.08.13 г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

Особенностью данного случая явились слабая выраженность катарального синдрома, отсутствие патогномичного симптома (пятен Бельского-Филатова-Коплика), наличие средне- и мелкопятнистой, неяркой, непродолжительной сыпи, сокращение периода пигментации.

### Выводы

1. У наблюдаемых нами детей раннего возраста (от 5 мес. до 3-х лет) корь протекала в большинстве случаев (94,4%) в типичной среднетяжелой форме. В то же время, у больных, получивших в инкубационном периоде иммуноглобулин человека нормальный донорский (5,6%), зарегистрирована атипичная (митигированная) легкая форма болезни.

2. Типичная среднетяжелая форма кори характеризовалась цикличностью течения со сменой классических периодов (инкубационного, катарального, высыпания и пигментации), наличием характерных клинических синдромов болезни. Патогномичные для кори симптомы выявлены: пятна Бельского-Филатова-Коплика (67,7%), этапность высыпания (100%), этапность пигментации (100%).

3. Современная терапия больных корью детей раннего возраста с включением комплексного препарата ВИФЕРОН® — рекомбинантного человеческого интерферона альфа 2b в сочетании с антиоксидантами (витаминами С и Е) позволила существенно снизить тяжесть осложнений, частоту негладкого течения болезни и предупредить наложение острых респираторно-вирусных инфекций.

### Литература:

1. Гуссоева И.Г., Албегова Б.З., Муртазова Т.М., Геладзе Н.А. Клинико-эпидемиологические особенности кори у детей в республике Северная Осетия-Алания на современном этапе // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С. 25.
2. Зайцева И.А., Михайлова Е.В. Корь / Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — с. 801–809.
3. Назарочкина О.В., Колоколов В.А., Ратьева И.А., Вязгина Е.В., Иванов Е.А. Эпидемия кори в Астраханской области в 2013–2014 гг. // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С. 52.
4. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР-МЕД. — 2004. — 824 с.

5. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 400 с.
6. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Руководство по клинической иммунологии. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 592 с.
7. Шмицько А.Д., Костинов М.П., Бочарова И.И. Неонатальный иммунитет к вирусу кори // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С. 78.
8. Бельтикова А.А., Кашуба Э.А., Маркина М.М., Морозова Н.А., Орлов М.Д., Князева Е.Ф., Крутецкий А.В., Антонюк Н.В. Клиническая характеристика вспышки кори (генотип D8) // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С. 10.
9. Лобзин Ю.В. Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. — СПб.: Фолиант, 2001. — 384–385 с.
10. Лобзин Ю.В. Справочник по инфекционным болезням у детей. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 254–258 с.
11. Хохлова Е.Н., Бернштейн М.М., Гришакова Т.В., Никитина Л.В., Ерина С.А. Заболеваемость корью в Курской области // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С.71–72.
12. Тимченко В.Н. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача: руководство для врачей всех специальностей. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 644 с.
13. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций (справочник). Издание 3-е дополненное и переработанное / В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. — 432 с.
14. Учайкин В.Ф., Молочкова О.В. Случится ли эпидемия кори в России? // Детские инфекции. — 2012. — № 2. — С. 3–5.
15. Быстрякова Л.В. Корь за 50 лет работы больницы / А.Т. Кузьмичева, Г.А. Тимофеева // Эволюция детских инфекционных заболеваний за 50 лет. — Л.: ЛПМИ, 1977. — С. 27–36.
16. Быстрякова Л.В. Инфекционные экзантемы у детей. — М.: Медицина, 1982 г. — 216 с.
17. Тимофеева Г.А. Инфекционные заболевания детей первого года жизни / Г.А. Тимофеева, Л.А. Антипова. — Л.: Медицина, 1985. — 248 с.
18. Алферов В.П. Система интерферона и интерферонотерапия: новые возможности и перспективы / В.П. Алферов, Р.Ю. Ариенко, В.Б. Аникин, В.В. Малиновская // Российский семейный врач. — 1998. — № 1. — С. 35–41.
19. Малиновская В.В. Виферон — новый противовирусный и иммуномодулирующий препарат // Лечащий врач. — 1998. — № 1. — С. 34–37.
20. Малиновская В.В. Новый комплексный препарат Виферон и его применение в иммунотерапии в педиатрической и акушерской практике // InternationalJournalonImmunorehabilitation. — 1998. — № 10. — С. 76–84.
21. Малиновская В.В. Новый отечественный комплексный препарат Виферон и его применение в перинатологии и педиатрии при инфекционной патологии / В.В. Малиновская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1999. — Т. 44. — № 3. — С. 36–43.
22. Доскин В.А. Малый атлас детских инфекций. Корь. — М.: Диаста, 2012. — 80 с.
23. Тимченко В.Н. Корь у детей в современных условиях / В.Н. Тимченко, Е.Б. Павлова, О.О. Федючек, Р.А. Иванова, Н.В. Павлова, С.И. Минченко // Педиатрическая фармакология. — 2012. — Т. 9. — № 6. — С. 12.
24. Тимченко В.Н. Эффективность и безопасность препарата Виферон в терапии детей, больных корью / В.Н. Тимченко, Е.Б. Павлова, Р.А. Иванова, Н.В. Павлова, А.Н. Назарова, С.И. Минченко // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики: материалы XIII конгресса детских

- инфекционистов России 11–13 декабря 2014 г. — 2014. — С. 68–69.
25. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б., Булина О.В., Назарова А.Н., Леоничева О.А., Тимофеева Г.А. Клинико-эпидемиологическая эволюция и современная терапия кори у детей // Журнал инфектологии. — 2015. — Т. 7. — № 1. — С. 39–46.
- ### References:
- Gussoeva I.G., Albegova B.Z., Murtazova T.M., Geladze N.A. [Clinical and epidemiological features of measles in children in the Republic of North Ossetia-Alania at the present stage] // Actual problems of infectious disease and vaccine prophylaxis: Materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014 — P. 25. (In Russ.)
  - Zaitseva I.A., Mikhailova E.V. [Measles] / Infectious diseases: national leadership. Ed. N.D. Yushchuk, Y.Y. Vengerov. — M.: GEOTAR Media. — 2010. — S. 801–809. (In Russ.)
  - Nazarochkina O.V., Bells V.A., Povich I.A., Vyazgina E.V., E.A. Ivanov. [The epidemic of measles in the Astrakhan region in 2013–2014 years] // Actual problems of infectious disease and vaccine prophylaxis: Materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014 — P. 52. (In Russ.)
  - Uchaikin V.F. [Guidance on infectious diseases in children]. — M.: GEOTAR-MED. — 2004. — 824 p. (In Russ.)
  - Uchaikin V.F., Shamsheva O.V. [Vaccine. Present and Future]. — M.: GEOTAR-MED. — 2001. — 400 p. (In Russ.)
  - Uchaikin V.F., Shamsheva O.V. [Manual of Clinical Immunology]. MM: GEOTAR-MED. — 2006. — 592 p. (In Russ.)
  - A.D. Shmitko, M.P. Kostin, I.I. Bocharov. [Neonatal immunity to measles virus] // Actual problems of infectious disease and vaccine prophylaxis: Materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014 — P. 78. (In Russ.)
  - Beltikova A.A. Kaszuba E.A., Markin M.M., Morozov N.A., Orlov M.D., Knyazev E.F., Krutetskiy A.V., Antonyuk N.V. [Clinical characteristics measles outbreaks (genotype D8)] // Actual questions of infectious diseases and vaccine prophylaxis: materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014 — P. 10. (In Russ.)
  - Lobzin Y.V. [Clinical and laboratory diagnosis of infectious diseases: guidance for doctors]. — SPb.: Folio. — 2001. — 384–385. (In Russ.)
  - Lobzin Y.V. [Handbook of infectious diseases in children]. — SPb.: SpetsLit. — 2013. — 254–258 p. (In Russ.)
  - E.N. Khokhlova, M.M. Bernstein, T.V. Grishakova, L.V. Nikitin, S.A. [Erin measles in the Kursk region] // Actual problems of infectious disease and vaccine prophylaxis: Materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014 — S. 71–72. (In Russ.)
  - Timchenko V.N. [Airborne infection in pediatric practice and family doctor: A guide for health care professionals]. — SPb.: SpetsLit. — 2007. — 644 p. (In Russ.)
  - Timchenko V.N. [Diagnosis, differential diagnosis and treatment of childhood infections (directory)]. 3rd edition revised and supplemented / V.N. Timchenko, V.V. Levanovich, I.B. Mikhailov. — SPb.: ELBI-Petersburg. — 2010. — 432 p. (In Russ.)
  - Uchaykin V.F., Molochkova O.V. Sluchitsya li epidemiya kori v Rossii? [Whether there will be an epidemic of measles in Russia?] // Detskie Infektsii. — 2012. — № 2. — S. 3–5. (In Russ.)
  - Bystriakova L.V. [Measles 50 years of hospital] / A.T. Kuz'micheva, G. A. Timofeev // Evolution of children's infectious diseases for 50 years. — L.: LPMI. — 1977. — P. 27–36. (In Russ.)
  - Bystriakova L.V. [Infectious exanthema in children]. — M.: Medicine. — 1982–216 p. (In Russ.)
  - Timofeyeva G.A. [Infectious diseases in infants] / G.A. Timofeeva, L.A. Antipov. — L.: Medicine. — 1985. — 248 p. (In Russ.)
  - Alferov V.P. [System of interferon and interferon: New Opportunities and Prospects] / V.P. Alferov, R.Y. Arinenko, V.B. Anikin, V.V. Malinovskaya // Russian Family Doctor. — 1998. — № 1. — S. 35–41. (In Russ.)
  - Malinovskaya V.V. [Viferon — new antiviral and immunomodulatory drug] // Attending Physician. — 1998. — № 1. — P. 34–37. (In Russ.)
  - Malinovskaya V.V. [New Viferon complex preparation and its use in immunotherapy in pediatric and obstetric practice] // International Journal on Immunorehabilitation. — 1998. — № 10. — S. 76–84. (In Russ.)
  - Malinovskaya V.V. [New domestic complex preparation Viferon and its application in perinatology and pediatrics in infectious diseases] // Russian Gazette Perinatology and Pediatrics. — 1999. — V. 44. — № 3. — S. 36–43. (In Russ.)
  - Doskin V.A. [Small atlas of childhood infections. Measles]. — M.: Dynasty. — 2012. — 80 p. (In Russ.)
  - Timchenko V.N. [Measles in children in modern conditions] / V.N. Timchenko, E.B. Pavlova, O.O. Fedyuchek, R.A. Ivanova, N.V. Pavlov, S.I. Minchenko // Pediatric Pharmacology. — 2012. — Т. 9. — № 6. — С. 12. (In Russ.)
  - Timchenko V.N. [The efficacy and safety of the drug in the treatment of Viferon children with measles] / V.N. Timchenko, E.B. Pavlov, R.A. Ivanova, N.V. Pavlov, A.N. Nazarov, S.I. Minchenko // Actual problems of infectious disease and vaccine prophylaxis: Materials XIII Congress of children's infectious diseases Russia 11–13 December 2014. — 2014. — P. 68–69. (In Russ.)
  - Timchenko V.N., E.B. Pavlova, Bulina O.V., Nazarova A.N., Leonicheva O.A., Timofeeva E.V. [Clinical and epidemiological evolution of modern therapy and measles in children] // Journal of Infectology. — 2015. — V. 7. — № 1, city — P. 39–46. (In Russ.)

## Дифференцированный подход к выбору биопрепарата для коррекции дисбактериоза кишечника при хроническом гепатите В на фоне лямблиоза у детей

Ф. И. ИНОЯТОВА, Н. Ф. НУРМАТОВА, Д. М. МИРЗАМУХАМЕДОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз, Узбекистан, Ташкент

Изучены состояние микробиоценоза кишечника и индивидуальная чувствительность организма («нагрузочный» тест in vitro) к пробиотикам «Бифилакс-иммуно», «Лакто-С» и «Наримакс-плюс» у 75 детей в возрасте 3–14 лет, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) на фоне лямблиоза. Установлено прямое пропорциональное снижение способности лимфоцитов к Е-розеткообразованию.