

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 616.915-053.2

DOI 10.59598/ME-2305-6045-2023-109-4-75-84

Р. Х. Бегайдарова^{1*}, Е. А. Ступина¹, М. Б. Садибекова¹, Х. Д. Талипбекова¹, В. Н. Кошмина¹, А. З. Вахабов¹

КОРЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹Инфекционный центр Областной клинической больницы (Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Охотская, 2а; e-mail:okb@okbkar.kz)

*Роза Хасановна Бегайдарова – академик РАЕ, д.м.н., профессор- консультант реанимационного отделения Инфекционного центра Областной клинической больницы (г. Караганда, Республика Казахстан); e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

В настоящее время корь продолжает оставаться одной из причин смерти среди детей раннего возраста и развития тяжелых осложнений, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины.

В последние годы изменились эпидемические закономерности кори: не отмечается периодичности, отсутствует влияние сезонного фактора, изменилась возрастная структура, сказывается влияние социального статуса.

Целью нашей работы явился анализ течения кори на современном этапе, в период подъема заболеваемости у детей раннего возраста, госпитализированных в Инфекционный центр Областной клинической больницы г. Караганды.

В статье представлены клинические случаи кори у детей раннего возраста негладкого течения с наложением бактериальной флоры и развитием деструктивной пневмонии.

Ключевые слова: корь, дети раннего возраста, клиника, осложнения, пневмония, лечение, вакцинация.

Корь – острая вирусная инфекция, характеризующаяся высокой контагиозностью, повсеместным распространением. Корью можно заразиться в разном возрасте, это заболевание является ведущей причиной заболеваемости и смертности среди детей раннего возраста во всем мире [2, 4].

У 30% детей в возрасте до 5 лет это заболевание характеризуется развитием осложнений, особенно у пациентов с нарушенным питанием и иммунодефицитными состояниями. При кори осложнения могут появиться в любой период болезни. Часто это связано с выраженным снижением иммунитета. Также сам вирус может вызывать такие грозные осложнения, как пневмония, менингит, энцефалит, которые приводят к летальному исходу [5].

Согласно данным последних лет, у 15-30% детей течение болезни осложняется развитием пневмонии, вызванной как вирусом кори, так и вторичной бактериальной флорой, чаще *S. pneumoniae*, *S. aureus* или *H. influenzae* [7, 8, 9, 10].

Корь очень заразна, и уберечься от нее можно только при помощи вакцинации, маски, иммуномодуляторы и противовирусные препараты не помогут защититься от заражения. Главное – специфического лечения кори не существует. Заболевание лечат только симптоматически.

В Европе в 2018 г. отмечалось повышение уровня заболевших в три раза по сравнению с

2017 г. и в 15 раз в отличие от 2016 г. Согласно статистическим данным, заболеваемость корью в РК за 2018 г. составила 3,2 на 100 тыс. населения. Наибольший пик заболеваемости корью пришелся на 2019 г., когда показатель заболеваемости вырос в 22 раза и составил 71,8 на 100 тыс. населения. По данным Всемирной органи-

Таблица 1 – Топ-10 стран с зарегистрированными вспышками кори

Рейтинг	Страна	Число случаев
1	Индия	12,271
2	Йемен	7,538
3	Сомали	6,261
4	Зимбабве	4,623
5	Пакистан	2,586
6	Эфиопия	2,536
7	Индонезия	2,076
8	Нигерия	1,816
9	Ангола	1,801
10	Афганистан	1,750

Наблюдения из практики

зации здравоохранения и Центра по контролю и профилактике заболеваний, в настоящее время существует угроза распространения кори в различных регионах мира, поскольку COVID-19 привел к снижению охвата вакцинацией и ослаблению эпидемиологического надзора за этой болезнью. За 2022 год в мире было зарегистрировано 155,5 тыс. случаев кори [6].

Изучены ежемесячные данные ВОЗ за период июнь 2022 г. – ноябрь 2022 г. (табл. 1)

Осложнение эпидситуации на начало 2023 г. по кори отмечалось также в странах ближнего зарубежья (Украина, Кыргызстан, Российская Федерация и т.д.). В республике Кыргызстан было зарегистрировано 6 случаев кори, из них один завозной из Турции. С начала 2023 г. в ряде регионов Российской Федерации наблюдалась активная регистрация случаев кори. Согласно последним данным, заболеваемость в большинстве случаев регистрируется в Новосибирской области, единичные случаи – в Омской области и Алтайском крае. За 2022 г. зарегистрировано 102 случая кори [6].

Министерство здравоохранения республики Таджикистан отмечало резкий рост заболеваемости корью в 2022 г. – было зарегистрировано более 450 случаев.

По данным Комитета санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по кори за 2022 год зарегистрировано 4 случая кори, из них: 3 случая в Западно-Казахстанской области, все случаи: зарегистрированы в одном очаге, дети до 14 лет (в возрасте 13 лет, 2 лет, 5 месяцев), не привитые в связи с отказом родителей от вакцинации по религиозным причинам; 1 случай в Павлодарской области – ребенок в возрасте 3 лет, вакцинирован по возрасту.

За текущий период 2023 года по первичному диагнозу зарегистрировано 9 случаев подозрения на корь (Акмолинская область – 1 случай, Карагандинская область – 2 случая, Абайская область – 3 случая, Жетысуская область – 2 случая, Актюбинская область – 1 случай), из них лабораторно были подтверждены 3 случая (Карагандинская область – 2 случая, Актюбинская область – 1 случай).

По Карагандинской области зарегистрированы в одном очаге дети до 14 лет (в возрасте 6 лет, учащийся 1 класса школы «American Huda Shools» (г. Стамбул) и 4 года – организованный, детский сад (г. Стамбул), последнее посещение 20.01.2023 г.), не привитые в связи с отказом родителей от вакцинации. Завозные случаи из Турции, прибыли с семьей 24.01.2023 г. по маршруту г. Стамбул – г. Астана – г. Ка-

раганда. Результаты анализа положительные на корь от 07.02.2023 г. и 17.02.23 г., контакт с больным корью по школе от 20.01.2023 г. Отмечается несвоевременная диагностика кори и неполнота сбора эпиданамнеза – случай выявлен на 12 сут болезни только при повторном обращении (отсутствие настороженности у медработников).

В Актюбинской области зарегистрирован ребенок в возрасте 5 лет, организованный (частный детский сад в г. Стамбул, район Пендик, последнее посещение 09.02.2023 г.).

В Карагандинской области по состоянию на август 2023 г. было зарегистрировано 73 случая с подозрением на корь, в том числе 64 случая (87,6%) среди детей до 14 лет, из них 14 детей до 3 лет (2,18%).

Среди заболевших 88,6% составляют непривитые дети, в том числе по причине отказа от вакцинации – 19, по медицинским противопоказаниям – 3, по недостижению прививочного возраста – 2, по иным причинам – 6, с неизвестным прививочным статусом – 23.

В 75,3% случаев инфекция зарегистрирована у прибывших из других стран и городов (г. Стамбул – 3 случая, г. Ташкент – 2 случая, Египет – 1 случай, Россия (Чечня) – 2 случая, Шри-Ланка – 1 случай, Кипр – 1 случай, г. Алматы – 7 случаев, г. Астана – 2 случая, г. Шымкент – 2 случая, г. Павлодар – 2 случая, пос. Шубаркуль – 2 случая), в 24,7% заражение произошло по контакту в семье.

В ходе проведенных мероприятий выявлено 2 701 контактное лицо, все были взяты под медицинское наблюдение. По эпидемиологическим показаниям привито 120 ранее непривитых или без данных о привитости против кори лиц в возрасте до 30 лет.

При развитии вспышек кори в отдельных регионах Республики Казахстан в соответствии со степенью риска имеет место неполнота охвата профилактическими прививками против кори (расхождение данных по официальной статистике и по отчетной форме №4, что отражает низкий охват по факту); формирование неиммунной прослойки на протяжении ряда лет, что может привести к вспышке; отсутствие доставки образцов от больных с подозрением на корь на секвенирование вируса и определение принадлежности; недостаточный эпиднадзор за корью, неполнота лабораторных обследований лиц с подозрением на корь с дальнейшим подтверждением результатов исследования в Национальном реестре лабораторий. Большую роль играет отсутствие настороженности медицинских работников в отношении кори

(несвоевременная диагностика и некачественный сбор эпиданамнеза при наличии контакта с больным корью).

Основными причинами роста заболеваемости являются миграция населения, лица, «ускользающие» от вакцинации, а также поздняя диагностика заболевания, и, следовательно, несвоевременные противоэпидемические мероприятия. Другой причиной повышения заболеваемости корью является наличие недопривитых групп населения, в том числе медицинских работников, при охвате прививками 95 % (по отчетам). Возникновение при этом очагов инфекции свидетельствует либо об угасании иммунитета с возрастом, либо о нарушении схемы вакцинации [1].

Цель работы – клинико-эпидемиологический анализ случаев кори у детей раннего возраста, негладкого течения, с наслоением бактериальной флоры и развитием бронхолегочной патологии.

Проведено клинико-лабораторное наблюдение двух детей раннего возраста (1 год и 1 год 4 месяца) с диагнозом кори, госпитализированных в Инфекционный центр Областной клинической больницы (ИЦ ОКБ) г. Караганды.

Вакцинальный анамнез – оба ребенка не были привиты от кори в связи с отказом от вакцинации. Серологическое подтверждение диагноза проводилось путем определения IgM к вирусу кори методом иммуноферментного анализа (ИФА) [3].

Клиническое наблюдение 1: Ребенок А., 1 год и 4 месяца (дата рождения 19.03.2022 г.) поступил в ИЦ ОКБ 12.07.2023 г. с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, высыпания по телу.

Анамнез заболевания. Болеет с 09.07.2023 г., когда температура тела повысилась до 39 °С, появился кашель, самостоятельно не лечились. 10.07.2023 г. родители заметили высыпания на лице, шее, которые распространились на грудь и спину, вызвали скорую помощь, по результатам вызова ребенок был оставлен дома. 11.07.2023 г. ребенок был осмотрен педиатром, который рекомендовал обратиться в ИЦ ОКБ. К ночи 12.07.2023 родители обратились в ИЦ ОКБ, ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни. Ребенок от 7 беременности, 5 родов (в анамнезе матери 2 выкидыша). Течение беременности: без особенностей. УЗИ во время беременности сделано 3–4 раза, результаты – в норме. Течение родов: кесарево сечение в срок 40 нед. Ребенок доношенный. Приложили к груди сразу. Срок пребывания в родильном доме 5 дня. Заболевания, перенесенные в период новорожденности (до 28 дней): не

болел. Вскармливание ребенка: грудное (вплоть до момента госпитализации), прикорм с 5 мес. Профилактика рахита, анемии проводилась: витамин D₃ ребенок получал.

Прививочный статус. Отказ от вакцинации.

Перенесенные заболевания. ОРВИ. Травм и операций не было. Д-учет у специалистов: не состоит. Наследственность: не отягощена. Контакт с больными туберкулезом, венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами – нет.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными, с подозрительными больными по коронавирусной инфекции – отрицают. Выезд за пределы Караганды и Карагандинской области в последние 3 месяца: с 24.06.2023 г. по 30.06.2023 г. находились в г. Шымкенте, вернулись в г. Караганду на поезде. Парентеральный анамнез спокоен. Укус животных и насекомых отрицает. Проживает в благоустроенной квартире. Правила личной гигиены соблюдает. Заболевание с определенным контактом связать не могут.

Аллергологический анамнез. Спокоен.

Объективные данные. Общее состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома, экзантемы, катаральный синдром. На момент осмотра не лихорадил, температура – 36,8 °С. Сознание ясное. Самочувствие умеренно нарушено. Аппетит сохранен, жидкость пьет охотно. Жажда нет. Рвоты нет. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Перiorбитальный, перiorальный цианоз отсутствует. Цианоза слизистой оболочки полости рта и языка нет. Конечности на ощупь горячие, скорость капиллярного наполнения: менее 3 с.

Сыпь пятнисто-папулезная на лице, шее, животе, спине (рис. 1). Видимые слизистые и язык – влажные, чистые. Глаза не запавшие. Кожная складка расправляется немедленно. Периферических отеков нет. Лимфоузлы периферические не увеличены, безболезненны, подвижны. Костно-мышечная система без видимой деформации. Дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Кашель отсутствует.

Зев – яркая разлитая гиперемия, миндалины рыхлые, гипертрофированы до 1 размера, налетов нет. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. Втяжения нижней части грудной клетки не наблюдается. Кивательных движений головы нет. Аускультативно в легких – жесткое дыхание. Одышки нет. Хрипы отсутствуют. Тоны сердца громкие, ритмичные. Шум в сердце отсутствует. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный, не вздут, сигма не спазмирована.

Наблюдения из практики

Симптом раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не осмотрен. Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговой симптоматики нет.

Консультации специалистов. Инфекционист (12.07.2023 г. 11:00): тяжесть состояния за счет выраженных симптомов интоксикации, катарального синдрома и экзантемы, причиной которых являются: корь типичная, период высыпания, среднетяжелая форма. Лечение согласовано: продолжение этиопатогенетической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и симптоматической терапии.

Лабораторно-диагностические исследования. Общий анализ крови (12.07.2023 г. 11:47): СОЭ – 11,0 мм/ч; палочкоядерные нейтрофилы – 6,0%; сегментоядерные нейтрофилы – 38,0%; моноциты – 9%; лимфоциты – 47,0%; гемоглобин – 120 г/л; эритроциты – 4,00/л; лейкоциты – 4,20/л; гематокрит – 36%; тромбоциты – 187/л

Биохимический анализ (12.07.2023 г. 09:33): СРБ на анализаторе – 12,00 мг/л.

Бактериальный посев мокроты (14.07.2023 13:58): грибы рода *Candida* – 10^6

Общий анализ мочи (13.07.2023 г. 07:02): относительная плотность (удельный вес) мочи –



Рисунок 1 – Характерные кожные проявления при кори

1016,00; цвет – желтый; прозрачность – слабая мутность; белок – 0,00 г/л; глюкоза – 0,000 ммоль/л; лейкоциты – 4,000 в поле зрения; эпителий плоский – 2,000 в поле зрения; слизь в моче – ++.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки (1 проекция) (12.07.2023 08:00): рентген-картина легких без очаговых и инфильтративных теней.

Проведенное лечение. Диета: 16Б. Режим: 2б – палатный.

Назначенные медикаменты:

- Аллергопресс 2%, 1 мл, раствор для инъекций) (0,3 мл в/м) (2 р/д., 1 д.)
- Аллергопресс 2%, 1 мл, раствор для инъекций) (0,3 мл в/м) (1 р/д., 1 д.)
- Натрия хлорид (0,9%, 250 мл, раствор для инфузий) (5 мл ингаляционно) (3 р/д., 4 д.)
- Натрия хлорид (0,9%, 250 мл, раствор для инфузий) (5 мл ингаляционно) (2 р/д., 1 д.)
- Натрия хлорид (0,9%, 250 мл, раствор для инфузий) (1 мл интраназально) (2 р/д., 4 д.)
- Натрия хлорид (0,9%, 250 мл, раствор для инфузий) (1 мл интраназально) (1 р/д., 1 д.)
- Пульмикорт® (0,25 мг/мл, 2 мл, суспензия для ингаляций) (1 мл ингаляционно) + Натрия хлорид (0,9%, 250 мл, раствор для инфузий) (3 мл, ингаляционно) (2 р/д., 3 д.)
- Натрия хлорид (0,9%, 400 мл, раствор для инфузий) (1 мл интраназально) (2 р/д., 3 д.)
- Виферон® (150 000 МЕ, суппозитории ректальные) (300 000 МЕ ректально) (2 р/д., 4 д.)

На фоне проведенного лечения состояние ребенка улучшилось, 18.07.2023 г. был выписан под амбулаторно-поликлиническое наблюдение.

Заключительный диагноз: корь, типичная, среднетяжелая форма. (ИФА IgM к вирусу кори положительно от 14.07.2023 г.).

Состояние при выписке (18.07.2023 10:00). Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела на нормальных цифрах. Сознание ясное. Самочувствие не нарушено, ребенок активный. Appetit сохранен, жидкость пьет охотно. Жажда нет. Рвоты нет. Кожные покровы бледные, влажные. Конечности горячие на ощупь. Сыпь регрессирует, на лице, груди, животе и спине исчезла, на конечностях исчезает. Видимые слизистые, язык влажные, чистые. Глаза не запавшие. Лимфоузлы периферические не увеличены, безболезненны, подвижны. Дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Кашель редкий, сухой. Зев – слегка гиперемирован, налетов нет. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. Аускультативно в легких – пуэрильное дыхание. Одышки нет. Хрипы отсутствуют. Тоны сердца

громкие, ритмичные. Шум в сердце отсутствует. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный, не вздут, сигма не спазмирована. Симптома раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный до 1 р. Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговой симптоматики нет.

Клиническое наблюдение 2: Ребенок М., 1 год (дата рождения 13.07.2022 г.) поступил в клинику 26.07.2023 г. с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, кашель, сухой, частый, заложенность носа, насморк, высыпания на теле.

Анамнез заболевания. Со слов мамы, ребенок болеет с 21.07.2023 г., когда впервые было отмечено повышение температуры, кашля, насморка. 24.07.2023 г. присоединилась сыпь. За медицинской помощью не обращались, самостоятельно принимали ибупрофен, парацетамол, орошали зев фурацилином, делали ингаляции с физраствором. В динамике со слов мамы состояние с ухудшением, лихорадит стойко фебрильно, 25.07.2023 г. вызвали скорую помощь, доставлены в ИЦ ОКБ, мама ребенка категорически отказалась от госпитализации. 26.07.2023 г. повторно вызвали скорую помощь, доставлены в ИЦ ОКБ, госпитализированы.

Анамнез жизни. Ребенок от 3 беременностей, 2 родов (1 выкидыш). Течение беременности: без осложнений. УЗИ во время беременности сделано 3 раза, результаты в норме. Течение родов: физиологические, в срок 40 нед. Время родов 11ч 30 мин. Ребенок доношенный. При рождении: вес 4 178 г, рост 56 см. Приложила к груди: сразу. Срок пребывания в родильном доме 3 дня (в г. Балхаш). Заболевания, перенесенные в период новорожденности (до 28 дней): желтуха новорожденных. Вскармливание ребенка: грудное, прикорм с 6 мес. Профилактика рахита, анемии проводилась: витамин D₃ получал. Прививочный статус: БЦЖ, далее отказ.

Перенесенные заболевания. ОРВИ. Травм и операций не было. Д-учет у специалистов: не состоит. Наследственность: не отягощена. Контакт с больными туберкулезом, венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами – нет.

Прививочный статус. Отказ от вакцинации.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными, с подозрительными больными по коронавирусной инфекции отрицают. Выезд за пределы г. Караганды и Карагандинской области в последние 3 месяца – отрицают. Парентеральный анамнез спокоен. Укус животных и насекомых отрицают. Проживает в благоустроенной квартире. Правила лич-

ной гигиены соблюдает. Заболевание связывают с контактом с ребенком родственников по крови от 09.07.2023 г.

Аллергологический анамнез. Спокоен.

Объективные данные. Общее состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации, катаральных проявлений, кожного синдрома (экзантемы). На момент осмотра температура тела на субфебрильных цифрах (38,2 °С). Самочувствие нарушено. Сон не нарушен. Appetit снижен. Жидкость пьет неплохо. Жажда нет. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Тургор мягких тканей сохранен, удовлетворительный. Кожные покровы влажные.

Сыпь на лице, за ушами, туловище, макулопапулезная обильная, зуда нет. Видимые слизистые, язык влажные, чистые. Глаза не запавшие, отмечается периорбитальная отечность, явления склерита. Кожная складка расправляется немедленно, на ощупь теплая. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы: подчелюстные увеличены до 1-2 размера. Костно-суставная система без особенностей. Дыхание через нос не затруднено. Кашель частый, влажный. В зеве умеренная гиперемия, на слизистой щек с обеих сторон единичные точечные, белесоватые пятна (пятна Бельского – Филатова – Коплика). Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. Перкуторно легочный звук. В легких дыхание жесткое, хрипы с обеих сторон. Одышки в покое нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Шум в сердце: нет. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный, не вздут, сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Почки при пальпации: безболезненные, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Стул на момент осмотра не было. Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговых симптомов нет.

28.07.2023 г. с учетом тяжести состояния, неэффективности бронхолитической терапии, сохраняющихся признаков дыхательной недостаточности ребенок был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Мониторинг в ОРИТ. Прикроватный монитор «Mindray» (ЧСС, АД, пульс, температура, SatO₂). Т – 37,5 °С, пульс – 135, давление верхнее – 112, давление нижнее – 74, дыхание – 52, сатурация – 91 %.

Совместный осмотр с академиком РАЕ, д.м.н., профессором Р. Х. Бегайдаровой, заведующей ОРИТ ИЦ А. С. Сарамановой, дежурным реаниматологом. Общее состояние очень тяжелое. Сознание – легкое оглушение, по шкале Глазго 14 баллов. Выраженная вя-

Наблюдения из практики

лость. Интерес к окружающему отсутствует. На осмотр реагирует двигательным беспокойством, раздражительным плачем, глаза не открывает. Плач громкий, пронзительный. В покое стонет. Аппетит снижен со слов мамы. Жажды нет. На момент осмотра тошноты и рвоты не было.

Большой родничок закрыт. Окружность головы = 46 см. Голова округлой формы с выступающими теменными буграми.

Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговая симптоматика отсутствует. Мышечный тонус равномерно снижен. Сухожильные рефлексы вызываются симметрично. Сила мышц в конечностях сохранена. Зрачки средней величины, реакция на свет сохранена, OD=OS.

Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное, масса тела 10,590 кг, рост – 80 см.

Температура тела на субфебрильных цифрах, T – 37,5 °C.

Кожные покровы бледные, сухие, по всему телу **ярко выраженная пятнисто-папулезная сыпь (рис. 2)**. Губы бледно-розовые, сухие, потрескавшиеся. Ногтевые ложа розовые. Отмечается периоральный цианоз. Невыраженные периорбитальные тени. Справа под нижним веком имеет место легкая гематома. Конечности на ощупь теплые. Скорость капиллярного наполнения менее 3 секунд. Конъюнктивы гиперемированы, гнойное отделяемое. Тургор мягких тканей сохранен. Кожная складка расправляется немедленно. Видимые слизистые рта увлажнены, саливация умеренная. Глаза выглядят обычно, веки смыкаются полностью. Отмечается пастозность лица, век, стоп. Периферические лимфатические узлы увеличены до 1 размера. Костно-мышечная система: без видимых изменений. Дыхание через нос затрудненное, в носу гнойные корочки. Имеет место отечность слизистой носа. В ротоглотке зев гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. По задней стенке глотки стекает гной.

Одышка больше экспираторного характера с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры: втяжение яремной ямки, нижней трети грудины. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно коробочный оттенок. Аускультативно дыхание ослабленное, больше слева в боковых отделах, там же крепитирующие обильные хрипы. ЧДД – 52 в минуту. Кашель частый, с отхождением вязкой мокроты. Сатурация 91%, налажена подача увлажненного кислорода через назальные канюли со скоростью 2-3 л/мин, при этом сатурация – 96-98%.

Сердечные тоны ясной звучности, ритмичные, шумов нет. Пульс удовлетворитель-

ных свойств, ритмичный, симметричный. ЧСС=пульсу=135 уд/мин, артериальное давление – 112/74 мм рт. ст.

Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Был установлен назогастральный зонд. Желудочное содержимое без патологических примесей. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень пальпаторно +2,0+2,0+1,0 см, селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена. Установлен уретральный катетер. Получено 60 мл светло-желтой прозрачной мочи.

С целью обеспечения венозного доступа, проведения инфузионной терапии, введения лекарственных препаратов, ежедневного контроля анализов крови, ввиду несостоятельности периферических вен в условиях реанимационного зала с предварительной премедикацией 0.1% атропин 0.1 мл в/в, литическая смесь 2,0 мл в/в, с применением наркоза тиопентала натрия 1% 50 мг в/в с соблюдением всех правил асептики и антисептики с первой попытки без технических трудностей осуществлена пункция и катетеризация правой подключичной вены по методу Сельдингера. Кровь реверсирует. Наложена асептическая повязка. ЦВД положительное.

Тяжесть состояния обусловлена выраженными симптомами интоксикации, дыхательной недостаточностью II степени, электролитными нарушениями, кожным синдромом.

Предварительный диагноз. Корь, типичная, тяжелая форма, период высыпаний.

Осложнения. Пневмония. Бронхиолит. Гнойный конъюнктивит.

Сопутствующий диагноз. Анемия легкой степени тяжести. Энцефалопатия смешанная (токсическая+гипоксическая).

План лечения (табл. 1). Режим – 1Б, кормление искусственное.

ООЖ на ФП – 1200 мл. Из них перорально 900 мл (кормление 100 мл*5 раз, питье 500 мл), ИТ 250 мл. ИТ с целью регидратации, дезинтоксикации, коррекции электролитного баланса, разведения ЛС. ИТ под контролем АД, ЦВД, диуреза.

По плану: 10% глюкоза 200 мл+актрапид 4 ЕД+7.4% калия хлорид 10 мл в/в капельно.

- С антибактериальной целью продолжен Цефтриаксон 1,0 г*1 раз/сутки в/в, 28.07.23 г. 1 сутки.

- С мембраностабилизирующей целью: преднизолон 5 мг/кг/сут 1 сутки

- С целью улучшения реологических свойств крови Гепарин 250 ЕД*4 раза/сутки в/в.

- С дезинтоксикационной целью: Полисорб 1 г*3 раза/сутки перорально.



Рисунок 2 – Характерные кожные проявления при кори

- С целью нормализации микрофлоры кишечника: Нормобакт 1 саше/3 г*1 раз/сутки перорально.
- С целью десенсибилизации: 2 % Аллергопресс 0,25*2 раза/сутки 3 суток.
- С целью бронходилатации: 2,4 % эуфиллин 1,0 мл*4 раза/сутки.
- С антипиретической целью физические методы охлаждения, при повышении температуры тела свыше 38.5 °С Парацетамол 100 мг перорально.
- При выраженном беспокойстве литическая смесь 2,0 мл в/в.
- Симптоматическая терапия: ингаляции с пульмикортом, сальбутамолом, натрия хлоридом 0,9%.

Общий уход, контроль АД, ЧСС, ЧД, сатурации, диуреза, патологический потерь.

Дальнейшая терапия после получения результатов анализов.

Лабораторно-диагностические исследования. КЩС венозной крови. Признаки компенсированного метаболического ацидоза – pH 7.35, BE – 5,2, HCO – 20,4, pCO₂ – 37, гипокалиемия – 3,5 моль/л, признаки анемии легкой степени (гемоглобин – 105 г/л).

Общий анализ крови (28.07.2023 г. 11:49): палочкоядерные нейтрофилы – 6.0 %; сегмен-

тоядерные нейтрофилы – 62.0 %; моноциты – 2 %; лимфоциты – 30.0 %; СОЭ – 21.0 мм/ч; гемоглобин – 103 г/л; эритроциты – 4.10000/л; лейкоциты – 23.50/л; гематокрит – 31.0 %; тромбоциты – 405.0/л.

Биохимические анализы (28.07.2023 г. 18:44). D-димер – 1970.0 нг/мл. Фибриноген на анализаторе – 3.11 г/л; АЧТВ на анализаторе – 30.0 с; протромбиновое время – 15.00 с; международное нормализованное отношение – 1.10000; протромбиновый индекс – 79.00 %.

Компьютерная томография органов грудной клетки и средостения (29.07.2023 г. 09:00): КТ-картина двухсторонней пневмонии в S1S2S4S6 сегментах правого легкого, S1S2S6S9S10 сегментах левого легкого.

Заключительный диагноз. Корь, типичная, тяжелая форма, период высыпаний. ИФА IgM к вирусу кори от 28.07.2023 г. – положительно.

Осложнения. Внебольничная острая двухсторонняя полисегментарная пневмония тяжелой степени тяжести с бронхообструктивным синдромом, вирусно-бактериальной этиологии (бакпосев мокроты от 31.07.2023 г. – *St. aureus* 10^{^6}). Дыхательная недостаточность II степени. Острый респираторный дистресс-синдром.

Наблюдения из практики

Таблица 1 – Интенсивная терапия

Цель назначения	Препараты
С целью дезинтоксикации, коррекции электролитного баланса	10 % глюкоза 200 мл+актрапид 4 ЕД +7.4 % калия хлорид 10 мл в/в капельно
С целью улучшения реологических свойств крови	Гепарин 250 ЕД*4 р/с в/в
С мембраностабилизирующей целью	Преднизолон (30 мг/мл, 1 мл, раствор для инъекций) (2 мл в/в)
С целью бронходилатации	2,4 % эуфиллин 1,0 мл * 4 р/сут
С целью десенсибилизации:	Аллергопресс 2 %, 1 мл, раствор для инъекций) (0.3 мл), 2 р/сутки в/м
Симптоматическая терапия: (противовоспалительная, бронхолитическая)	Пульмикорт 1 мг, сальбутамол 1 мг+натрия хлоридом 0,9 % раствор –ингаляционно
С муколитической целью	Амброксол по 2,5 мл сиропа х 2 раза в день, орально.
При выраженном беспокойстве	Литическая смесь 2,0 мл в/в.
С дезинтоксикационной целью	Энтеросгель® (225 г, паста для приема внутрь) (2.5 г орально) (2 р/д 3 д)
Лечение конъюнктивита	Ретинола пальмитат (витамин А) (100 000 МЕ, капсулы) (100 000 МЕ перорально) (1 р/д 2 д)
Симптоматическая терапия	Ибупрофен 10 мг/кг (150 мг) Парацетамол 5 –10 мл сиропа перорально) (1 р/д)
Антибактериальная терапия	Цефтриаксон из расчета 90 мг/кг/сут, Амикацин (15 мг/кг/сут) + Натрия хлорид (0,9 %, 250 мл, раствор для инфузий) (10мл, в/в), 2 р/д 5 дней
С целью нормализации микрофлоры кишечника	Нормобакт 1 саше/3 г*1 р/с перорально

Сопутствующее заболевание. Энцефалопатия смешанная токсическая+гипоксическая). Реактивный панкреатит.

Фоновое заболевание. Дефицитная анемия легкой степени тяжести.

Состояние при выписке (07.08.2023 г. 10:00). Т – 36.3 °С, пульс – 127, давление верхнее – 90, давление нижнее – 55, дыхание – 23, сатурация – 98.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела на нормальных цифрах. Сознание ясное. Самочувствие не нарушено, ребенок активный. Аппетит сохранен, жидкость пьет охотно. Жажда нет. Рвоты нет. Кожные покровы бледные, влажные. Периорбитальный, периоральный цианоз отсутствует. Цианоза слизистой оболочки полости рта и языка нет. Конечности теплые на ощупь.

Сыпь остаточная в виде пигментации, на лице, шее, спине, животе исчезает. Видимые слизистые, язык влажные, чистые. Глаза не запавшие. Гиперемия конъюнктив меньше, гнойного отделяемого нет. Кожная складка расправляется немедленно. Периферических отеков нет. Лимфоузлы периферические не увеличены, безболезненны, подвижны. Костно-мышечная система без видимой деформации. Дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Кашель влажный, редкий. Зев слегка гиперемирован, налета нет. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. Втяжение нижней части грудной клетки не наблюдается. Кивательных движений головы нет.

Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Обходится без кислорода, признаков дыхательной недостаточности нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Шум в сердце отсутствует.

Живот при пальпации: мягкий, безболезненный, не вздут, сигма не спазмирована. Симптом раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул кашицей, до 1 раза в день, без патологических примесей.

Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговой симптоматики нет.

Выписывается с улучшением, под наблюдение участкового врача.

Данные клинические случаи кори у детей демонстрируют, что:

1. Корь у детей раннего возраста на современном этапе протекает типично, в большинстве случаев в среднетяжелой форме с характерными патогномичными симптомами.

2. Симптом Бельского – Филатова – Коплика, коревая энантема остаются важными диагностическими и дифференциально-диагностическими признаками ранней диагностики кори в любом возрасте.

3. Однако при кори у детей первого года жизни развиваются осложнения с преобладанием бронхолегочных-пневмонии с тяжелым течением с бронхообструктивным синдромом, вирусно-бактериальной этиологии, дыхательной недостаточностью, с развитием острого респираторного дистресс-синдрома.

4. Основная причина повышения заболеваемости корью – отказ от вакцинации из-за негативного отношения населения к профилактическим прививкам.

5. С целью повышения настороженности и ранней постановки диагноза кори важно повысить грамотность медицинских работников и населения.

6. Для элиминации кори в РК нужно поддерживать высокий уровень вакцинации и ревакцинации (более 95%).

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие в подготовке и написании данной статьи.

Конфликт интересов. Конфликт интересов не заявлен.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бронхолегочные осложнения при кори у детей (семейный случай) /О. В. Молочкова, О. Б. Ковалев, О. В. Шамшева и др. //Детские инфекции. – 2019. – №18 (2). – С. 42-48.

2 Клинические особенности течения кори на современном этапе /К. О. Макарова, С. Р. Куанышбаев, А. А. Балдина и др. //Международный студенческий научный вестник. – 2015. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=12150>.

3 Клинический протокол диагностики и лечения кори у детей. – МЗ РК от «9» июня 2016 года. Протокол №4.

4 Корь у детей раннего возраста /В. Н. Тимченко, Т. М. Чернова, О. В. Булина и др. //Детские инфекции. – 2015. – №2. – С. 52-58.

5 Рымаренко Н. В. Корь: особенности иммунного ответа и возможности терапии на современном этапе /Н. В. Рымаренко, Е. А. Крюгер // Педиатрия. – 2018. – Т. 97, №3. – С. 69-74.

6 Характеристика кори у детей в период подъема заболеваемости в 2019 году /О. В. Молочкова, О. Б. Ковалев, М. А. Косырева и др. // Детские инфекции. – 2022. – №21 (4). – С. 27-31.

7 Antona D. Measles Elimination Efforts and 2008 – 2011 Outbreak, France /D. Antona, D. Lévy-Bruhl, C. Baudon //Emerging Infectious Diseases. – 2013. – V. 19 (3). – Pp. 357-364.

8 Berti E. Analysis of measles-related hospitalizations in Tuscany from 2000 to 2014 /E. Berti, S. Sollai, E. Orlandini //Epidemiology and Infection. – 2016. – V. 144 (12). – Pp. 2605 – 2612.

9 Corbin V. Shift of the 2009–2011 measles outbreak from children to adults: an observational review at the University Hospital of Clermont-Ferrand, France /V. Corbin, J. Beytout, C. Auclair // Infection. – 2013. – V. 41. – Pp. 1157-1161.

10 Woudenberg T. Large measles epidemic in the Netherlands, May 2013 to March 2014: changing epidemiology /T. Woudenberg, R. S. van Binnendijk, E. A. M. Sanders //Eurosurveillance. – 2017. – V. 22 (3). – P. 30443.

TRANSLITERATION

1 Bronholegochnye oslozhneniya pri kori u detej (semejnyj sluchaj) /O. V. Molochkova, O. B. Kovalev, O. V. Shamsheva i dr. //Detskie infekcii. – 2019. – №18 (2). – S. 42-48.

2 Klinicheskie osobennosti techeniya kori na sovremennom jetape /K. O. Makarova, S. R. Kuanyshbaev, A. A. Baldina i dr. //Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik. – 2015. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=12150>.

3 Klinicheskij protokol diagnostiki i lechenija kor' u detej. – MZ RK ot «9» ijunya 2016 goda. Protokol №4.

4 Kor' u detej ranнего vozrasta /V. N. Timchenko, T. M. Chernova, O. V. Bulina i dr. //Detskie infekcii. – 2015. – №2. – S. 52-58.

5 Rymarenko N. V. Kor': osobennosti immunnogo otveta i vozmozhnosti terapii na sovremennom jetape /N. V. Rymarenko, E. A. Krjucer //Pediatrija. – 2018. – Т. 97, №3. – S. 69-74.

6 Harakteristika kori u detej v period pod#ema zabolevaemosti v 2019 godu /O. V. Molochkova, O. B. Kovalev, M. A. Kosyreva i dr. //Detskie infekcii. – 2022. – №21 (4). – S. 27-31.

7 Antona D. Measles Elimination Efforts and 2008 – 2011 Outbreak, France /D. Antona, D. Lévy-Bruhl, C. Baudon //Emerging Infectious Diseases. – 2013. – V. 19 (3). – Pp. 357-364.

Наблюдения из практики

8 Berti E. Analysis of measles-related hospitalizations in Tuscany from 2000 to 2014 //Epidemiology and Infection. – 2016. – V. 144 (12). – Pp. 2605 – 2612.

9 Corbin V. Shift of the 2009–2011 measles outbreak from children to adults: an observational review at the University Hospital of Clermont-

Ferrand, France //V. Corbin, J. Beytout, C. Auclair // Infection. – 2013. – V. 41. – Pp. 1157-1161.

10 Woudenberg T. Large measles epidemic in the Netherlands, May 2013 to March 2014: changing epidemiology //T. Woudenberg, R. S. van Binnendijk, E. A. M. Sanders //Eurosurveillance. – 2017. – V. 22 (3). – P. 30443.

Поступила 02.09.2023 г.

R. Kh. Begaidarova¹, Ye. A. Stupina¹, M. B. Sadibekova¹, Kh. D. Talipbekova¹, V. N. Koshmina¹, A. Z. Vakhabov¹

MEASLES IN INFANT CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

¹Infectious Diseases Center of the Regional Clinical Hospital (Republic of Kazakhstan, Karaganda city, Okhotskaya str., 2a; e-mail: okb@okbkar.kz)

***Rosa Khasanovna Begaidarova** – Academician of the RAE, MD, Professor- consultant of the Intensive care unit of the Infectious Diseases Center of the Regional Clinical Hospital (Karaganda, Republic of Kazakhstan); e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

Today, measles continues to be one of the causes of death among infants and the development of severe complications, despite the availability of a safe and effective vaccine.

In the recent years, the epidemic patterns of measles have also changed: there is no periodicity, there is no influence of the seasonal factor, the age structure has changed, and the influence of social status is affecting.

The purpose of our developments was to analyze the course of measles at the present stage, during the period of rising incidence in infants hospitalized in the Infectious Diseases Center of the Regional Clinical Hospital.

The article presents clinical cases of measles in infants of a non-smooth course, with a layer of bacterial flora and the development of destructive pneumonia. Identification of the cause of the disease, lack of vaccination.

Key words: measles, infants, clinic, complications, pneumonia, treatment, vaccination.

P. X. Бегайдарова¹, Е. А. Ступина¹, М. Б. Сәдібекова¹, Х. Д. Талипбекова¹, В. Н. Кошмина¹, А. З. Вахабов¹

ҚАЗІРГІ КЕЗЕҢДЕГІ НӨРЕСТЕ БАЛАЛАРДАҒЫ ҚЫЗЫЛША

¹Облыстық клиникалық аурухананың жұқпалы аурулар орталығы (Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ., Охотская к-сі, 2а; e-mail: okb@okbkar.kz)

***Роза Хасановна Бегайдарова** – РАЕ академигі, м.ғ.д., облыстық клиникалық аурухананың инфекциялық орталығының реанимациялық бөлімшесінің профессор – консультанты (Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы); e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

Қазіргі таңда қызылша қауіпсіз және тиімді вакцинаның болуына қарамастан, жас балалар өлімінің және ауырасқынулардың дамуының себептерінің бірі болып қалуда.

Соңғы жылдары қызылшаның эпидемиялық заңдылықтары да өзгерді: кезеңділік жоқ, маусымдық фактордың әсері жоқ, жасқұрылымы өзгерді, әлеуметтік жағдай әсеретеді.

Біздің жұмысымыздың мақсаты – облыстық клиникалық аурухананың жұқпалы аурулар орталығына жатқызылған жас балалардағы қызылша ауруының қазіргі кезеңдегі ағымын талдау.

Мақалада ерте жастағы балаларда қызылшаның бактериалды флораның қосарлануымен және деструктивті пневмонияның дамуымен асқынған клиникалық жағдайлары көрсетілген. Сырқаттылықтың егілмеудің себептері анықталған.

Кілт сөздер: қызылша, ерте жастағы бала, клиника, асқынулар, пневмония, емдеу, вакцинация.