

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ  
У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА**

**Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Халупко Е.А.,  
Кадырова Р.М., Баялиева М.М., Алиева Г.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме:** В работе представлен клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старшего возраста, подтвержденных лабораторно методом ИФА и ПЦР – диагностикой.

**Ключевые слова:** корь, дети, клиника, эпидемиология, диагностика.

**БИР ЖАШТАН ОЙДО БАЛДАРДЫН КЫЗАМЫК ООРУСУНУН  
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ОЗГОЧОЛУГУ**

**Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Халупко Е.А.,  
Кадырова Р.М., Баялиева М.М., Алиева Г.М.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** аталган илимий иликтөө ичинде ИФА жана ПЦР- полимераздык чубама (тизмектуу) методдору менен кызамык оорусу менен оруган бир жаштан ойдо балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүгү аныкталган.

**Ачыкч создору:** кызамык, балдар, клиника, эпидемиология, аныктоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF  
MEASLES AT CHILDREN OLDER THAN 1 YEAR**

**Smelikov Y.A., Kasymbekova K.T., Djolbunova Z.K., Khalupko E.A.,  
Kadyrova R.M., Baylieva M.M., Alieva G.M.**

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,  
Biskek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** In this article presents clinical and epidemiological peculiarity of measles at children older than 1 year which defined by different lab methods: IFA and PCR.

**Keywords:** measles, children, clinical, epidemiology, diagnostic.

**Введение:**

В настоящее время корь в структуре инфекционной патологии, передающихся воздушно-капельным путем за исключением острой респираторной инфекции, составляет в среднем 30,1 %, преимущественно у детей старше года [1,2]. До введения вакцинации эпидемический процесс кори характеризовался высокой заболеваемостью до 1192,0 на 100 тыс. населения, летальностью, а также периодичностью подъёмов каждые 1-2 года [4].

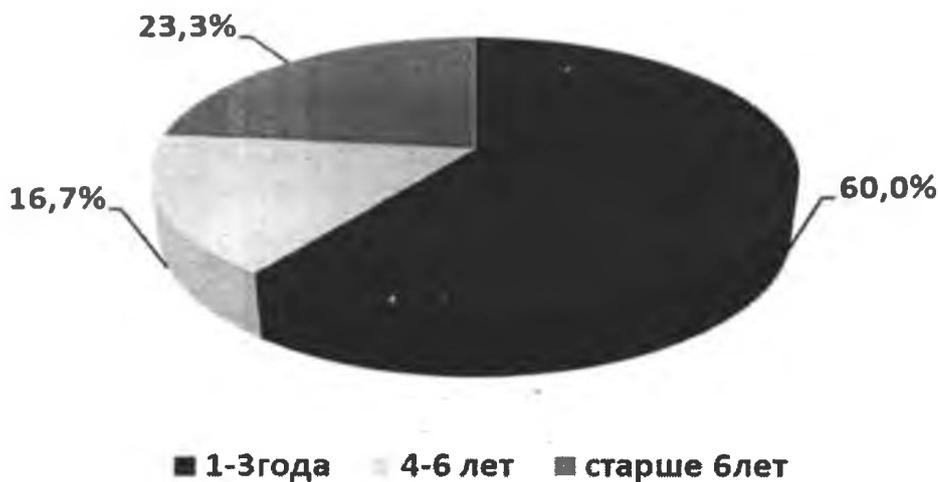
Контроль и помощь ВОЗ в элиминации вируса кори способствовали снижению заболеваемости во всем мире, в том числе и в Кыргызстане. По последним

данным [3] эпидемический процесс кори зависит в основном от импортированных случаев, которые составляют в среднем 40-60% всех заболевших корью. Так, например

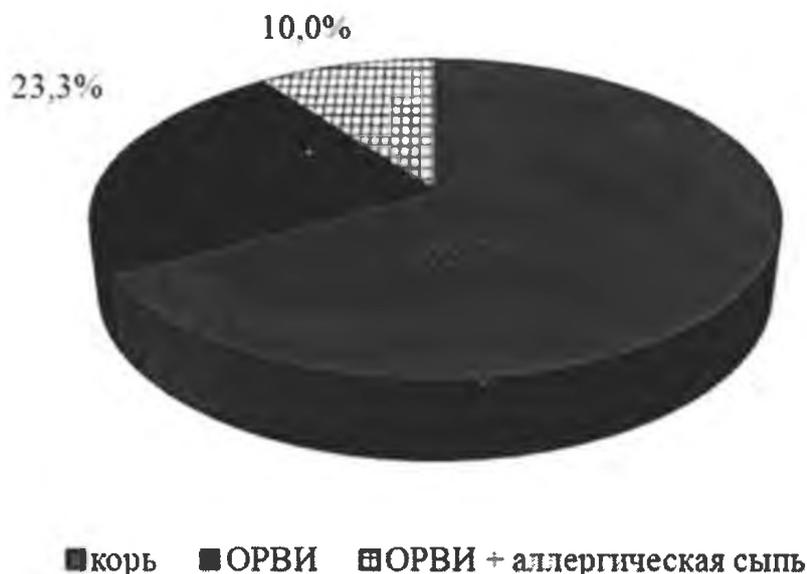
83,8% случаев кори, зарегистрированных в 2007-2008 гг. Нижегородской области РФ, были завозными из Узбекистана, Тайланда и Греции. Подобная ситуация сложилась и в нашей стране в 2011, когда была эпидемическая вспышка кори, завезенная из Узбекистана. Большинство детей заболевших корью были до 1 года, хотя регистрировалась корь и среди детей старшего возраста, в том числе и у привитых [1,5]. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы кори, которая у детей как раннего, так и старшего возраста протекает в тяжелой форме, с развитием осложнений (пневмония, вторичный круп и др.), обусловленных коревой анергией.

Целью нашей работы было выявить клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старше возраста в период последней эпидемической вспышки.

**Материалы и методы исследования:**



**Рис.1** Возрастная структура детей, больных корью



**Рис.2** Структура диагнозов у больных в приемном отделении

Нами обследовано 30 больных детей старше года с диагнозом корь, поступивших в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в боксированное отделение с мая по июль месяцы 2011 года, обследованных и подтвержденных в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА и ПЦР – диагностики с 5 дня от момента появления сыпи по рекомендации ВОЗ.

Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические, общеклинические, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS-11.

**Результаты и обсуждение:** Анализ

возрастной структуры обследованных больных показал, что преобладали дети первых трех лет жизни (60,0%). Дети в возрасте 4-6 лет составили 16,7% и старше 6 лет 23,3% случаев (рис.1).

Среди заболевших детей 19 (63,3%) были иногородние, из них 73,3% больных были жителями Чуйской области. Жителями города Бишкека были 11 (36,7%) детей, больных корью. Следует отметить, что 73,3% больных корью доставлены в инфекционный стационар общественным транспортом, 10,0%-личным авто и лишь 16,7% детей - машиной скорой помощи, что нарушило условия транспортировки высоко контагиозной инфекции и способствовало к распространению кори среди здоровых детей.



**Рис. 3**

**Структура осложнений у больных корью детей (n=14)**

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными корью был выявлен у 21 (73,3 %) больного, из них 9 детей были в контакте с больными в других стационарах, у которых отмечалась сыпь, которую расценили как аллергическую.

Вакцину против кори (КПК) получили 19 (63,3%) детей, а 11 (36,7%) больных не были вакцинированы, из них 5 детей по религиозным понятиям родителей. Сведений о ревакцинации в 6 лет против кори выявить не удалось.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ и пневмония у 33,3% детей, у 6,6% другие капельные инфекции и у 3,3% больных острая кишечная инфекция.

Без направления врачей поступили в РКИБ 13 (43,3%) детей, поликлиниками города (ЦСМ) направлены - 6 (20,0%), из других детских стационаров поступило - 6 (20,0%) детей и скорой медицинской помощью были доставлены 5 (16,7%) больных.

При направлении в РКИБ чаще выставлялся диагноз ОРВИ у 36,7% больных и корь у 20,0% детей. В приемном отделении РКИБ диагноз «корь» была выставлена 66,7% детям, ОРВИ - 23,3% и ОРВИ + аллергическая сыпь 10,0% больным (рис.2).

В боксированном отделении в РКИБ диагноз «Корь типичная форма» была установлено 93,3% больным, атипичная (геморрагическая) форма кори в 6,7% случаях, отличалась выраженностью тяжестью проявления болезни.

Большинство (86,7%) детей поступили в РКИБ в период высыпаний, который сохранялся  $3,8 \pm 0,5$  дней и лишь 13,3% больных в катаральном периоде ( $3,3 \pm 0,9$  дней) болезни.

Начало заболевания у всех больных было острым. Повышение температуры тела до  $37,5-38,5^\circ\text{C}$  отмечено у 40,0% больных и выше  $38,5^\circ\text{C}$  у 60,0% детей. Длительность лихорадки в катаральном периоде в среднем составила  $3,4 \pm 0,8$  дней. В катаральном периоде кори у наблюдаемых нами детей были такие катаральные симптомы, как заложенность носа, кашель, конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре зева зернистость задней стенки глотки выявлена у 44,8% больных, энантема неба у 10,3% детей. Патогномичного симптома кори - пятна «Бельского - Филатова - Коплика» не было выявлено ни у одного больного. Возможно, это связано с тем, что дети поступали на 2-3 день высыпания. С появлением сыпи симптомы интоксикации у детей нарастали ( $r=+0,3$ ). Однако, у детей старшего возраста была отмечена отрицательная корреляционная ( $r=-0,3$ ) связь между тяжестью заболевания и длительностью катаральных симптомов в период высыпаний. Высыпания имели пятнисто-папулезный с тенденцией к слиянию, вначале появлялись на лице и за ушами, затем постепенно распространялась на тело и конечности (этапность). Длительность периода высыпаний в среднем составила  $3,7 \pm 0,9$  дней, сопровождалось с повышением температуры до  $37,5-38,5^\circ\text{C}$  у 30,0% больных и выше  $38,5^\circ\text{C}$

-70,0% детей. С  $6,0 \pm 1,2$  дня болезни у всех больных отмечалась пигментация кожи в той же последовательности, как и сыпь, т.е. сверху вниз и сохранялась до выписки из стационара ( $1,8 \pm 0,3$ ) дней. В этом периоде у 90,0% больных детей состояние улучшилось, симптомы интоксикации и катаральные явления уменьшились, лишь у 10,0% детей состояние оставалось прежним, что было связано с развитием поздних осложнений и наложением вторичной бактериальной инфекции.

Заболевание протекало преимущественно в тяжелой форме (70,0%), в среднетяжелой форме (30,0%). Осложнения были у 14 (46,7%) больных, так пневмония с ДН I была у 78,6%, острый вторичный стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) у 7,1% детей (Рис.3).

В картине крови у 66,7% больных были типичные для вирусной инфекции изменения – лейкопения ( $3 - 6,4 \times 10^9$ ) с лимфоцитозом (40 - 81%), у 53,7% детей. Диагноз кори всем больным детям был подтвержден методом ИФА в 90,0% случаях и ПЦР – диагностикой – 10,0% случаях. Пневмония рентгенологически была подтверждена у 10,0% больных детей из-за их высокой контагиозности и дальнего расположения рентген отделения, а также из-за того, что дети были старше одного года.

Терапия у всех больных детей включала антибиотики, инфузионную дезинтоксикацию и симптоматическое лечение. Антибактериальная терапия была назначена по тяжести состояния, а также из-за частоты развития осложнений и на фоне высокой коревой анергии. Большинство больных детей (73,3%) получили моноантибактериальную терапию (АБТ), а последовательную АБТ - 26,7%. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, эфипим. Длительность АБТ в среднем составила  $5,9 \pm 1,6$  дней. Длительность инфузионной терапии составил  $4,0 \pm 1,3$  дней. Спектр и длительность антибактериальной терапии коррелировал с тяжестью осложнений.

Большинство (60,6%) детей выписано из стационара с улучшением, с выздоровлением выписано 39,4% детей. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила  $6,2 \pm 2,0$  дней. Из стационара с улучшением были выписаны

50,0% детей, с выздоровлением – 46,7% больных и один ребенок переведен в другой стационар из-за тяжелого заболевания, представляющего угрозу для жизни ребенка.

### Выводы:

1. В период эпидемии кори 2011г. среди детей старшего возраста преимущественно болели дети первых трех лет жизни (60,0%), большинство из них были жителями сельской местности (63,3%), которые были доставлены общественным транспортом, что способствовало распространению кори среди населения.

2. Среди заболевших корью больных детей старше 1 года 63,3%, были привиты против кори, что вероятно связано с нарушением «холодовой» цепи, а также отсутствием ревакцинации у детей 6 лет.

3. Несмотря на то, что дети были старше года, у 46,7% развились бактериальные осложнения: пневмония, вторичный круп. Поэтому коревую инфекцию любого возраста следует рассматривать как высоко контагиозную, тяжелую инфекционную болезнь.

### Литература:

1. Беляева Н.М., Тетова В.Б. /Корь – стратегии управления возвращающейся инфекцией.// Ж. Инфектологии, 2012, Т - 4, - № 3. - С.26.

2. Онищенко Г.Г.,Ежлова Е.Б. и соавт. О реализации мероприятий третьего этапа программы ликвидации кори в Российской Федерации. //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011, -№3,- С.4-10.

3. Погодина Л.В.,Княгина О.Н.,Калашникова Н.А. Оценка состояния эпидемиологического надзора за корью и краснухой на территориях Нижегородского регионального центра на завершающем этапе программы ликвидации кори. // Медицинский альманах. 2009,- № 2, (7),- С.111-114.

4. Цвиркун О.В., Герасимова А.Г. и соавт. Эволюция эпидемического процесса кори в России.// Журнал инфектологии. 2009, Т-1, №2,- С.71.

5. N.T.Vatev, M.V.Stoycheva, A.I.Petrov. / Reemergence of measles in Bulgaria:a large outbreak in Plovdiv, 2010. / Braz J Infect Dis 2011; 15(6):613-616