

Корь (Morbilli) сегодня: проблемы, статистика, клинические особенности течения у детей и взрослых

М.С.Савенкова^{1,2}

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация;

²Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

В настоящее время врачи столкнулись с подъемом заболеваемости корью в Москве и других городах России и мира. Причиной повышенной заболеваемости является, в большинстве случаев, отказ родителей от профилактических прививок. Автором сделан обзор основных положений, касающихся этого острого инфекционного заболевания, проанализирована эпидемиологическая ситуация в разных странах мира и в России, представлена основная профилактическая мера – вакцинация. Кроме того, при диагностике распространенной коронавирусной инфекции описаны экзантемы различного характера, в том числе кореподобные. Цель данной статьи – обратить внимание практикующих врачей на характерные начальные и основные клинические симптомы кори, этапность высыпаний, особенности течения у больных разного возраста, осложнения заболевания. Обосновано лечение кори с учетом возможностей сегодняшнего дня – включение в комплексную терапию рекомбинантного α -интерферона (Виферона) и иммуномодулятора с противовирусным действием – инозина пранобекса (Гроприносина).

Ключевые слова: корь, дети, заболеваемость, клинические формы, осложнения, лечение и профилактика, инозин пранобекс (Гроприносин)

Для цитирования: Савенкова М.С. Корь (Morbilli) сегодня: проблемы, статистика, клинические особенности течения у детей и взрослых. Вопросы практической педиатрии. 2020; 15(4): 54–61. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2020-4-54-61

Measles (Morbilli) today: problems, statistics, and clinical manifestations in children and adults

M.S.Savenkova^{1,2}

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation;

²Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

Doctors are currently observing an increase in the incidence of measles in Moscow and other cities in Russia and all over the world. Such an increase is primarily caused by parent's refusal to accept vaccination for their children. We have reviewed the main issues related to this acute infectious disease, analyzed the epidemiological situation in different countries (including Russia), and presented the main preventive measure, which is vaccination. In addition to that, some authors reported various types of exanthema, including measles-like, in patients with coronavirus infection, which is widespread now. The aim of this article is to draw the attention of practitioners to the typical initial and main clinical symptoms of measles, stages of rash, specific disease characteristics in patients of different ages, and complications. We have provided a rationale for a new treatment regimen for measles that includes a recombinant α -interferon (Viferon) and an immunomodulator with antiviral action (inosine pranobex; Groprinosin).

Key words: measles, children, incidence, clinical forms, complications, treatment and prevention, inosine pranobex (Groprinosin)

For citation: Savenkova M.S. Measles (Morbilli) today: problems, statistics, and clinical manifestations in children and adults. Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics). 2020; 15(4): 54–61. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2020-4-54-61

Для корреспонденции:

Савенкова Марина Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической функциональной диагностики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный внештатный инфекционист ТИНАО

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
E-mail: pr-rnimu@yandex.ru, mpsavenkov@mai.ru
ORCID: 0000-0002-1648-8683

Статья поступила 14.07.2020 г., принята к печати 28.09.2020 г.

For correspondence:

Marina S. Savenkova, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Clinical Functional Diagnostics of the N.I.Pirogova Russian National Research Medical University

Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
E-mail: pr-rnimu@yandex.ru, mpsavenkov@mai.ru
ORCID: 0000-0002-1648-8683

The article was received 14.07.2020, accepted for publication 28.09.2020

Корь относится к острым инфекционным заболеваниям с циклическим течением и высокой контагиозностью.

В Европейском регионе регистрируется беспрецедентный рост заболеваемости корью за последние 10 лет. По информации Европейского регионального бюро ВОЗ, в период с января по декабрь 2018 г. корью заразились 82 596 человек в 47 из 53 стран региона. В 72 случаях заболевание закончилось летально. В 2019 г. в Российской Федерации (РФ) зарегистрирован 4491 случай кори (в том числе у 2395 детей), данный показатель заболеваемости превышает уровень 2018 г. в 1,8 раза [1]. Крайне неблагоприятная ситуация по кори сложилась в Сербии, Черногории, Албании, Румынии, Греции, Франции, Украине и Грузии.

На сегодняшний день вакцинация является одной из основных мер, способствующих прекращению циркуляции вируса. Благодаря вакцинации в период с 2000 по 2015 г. удалось спасти жизни 20,3 млн детей, однако такое же количество не получило прививок и 143 тыс. из них скончались [2]. Из-за отказа от вакцинации существенно выросла неиммунная прослойка в отношении кори.

Своевременность прививок от кори достаточно высокая (97,9% – к 24 мес. и 97,3% – к 6 годам). Однако возникновение очагов вокруг завозных случаев в мегаполисах говорит о существовании непривитых групп населения, в том числе и медработников [3].

Согласно данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» отмечался постепенный рост заболеваемости корью. Показатель заболеваемости составил 3,06 на 100 тыс. населения, что превысило уровень предыдущего года в 1,8 раза. Летальных случаев кори не зарегистрировано [1]. Анализ долевого участия в эпидпроцессе лиц разного возраста в 2019 г. позволил выявить следующее. Среди детского населения наименьшая доля заболевших пришлась на возраст до 1 года, в остальных группах долевого распределение было следующим: 27,8% – в группе детей 1–2 лет; 30,0% – в группе детей 3–6 лет и 27,8% в группе школьников 7–14 лет. Среди взрослых 65% заболевших приходилось на лиц 30 лет и старше, 30,0% – на 20–29 лет, 4,9% – на 18–19 лет [1].

Интересно наблюдение, которое проводится во многих городах для улучшения диагностики кори у детей с экзантемами. Как показали данные статистики за 6 мес. (январь–июнь 2019 г.), у 2,1–8,8% (в среднем 5,8%) детей с различными экзантемами была выявлена корь (табл. 1).

У большинства детей корь регистрировалась в весенние месяцы (март–апрель), причем чаще правильный диагноз устанавливался в зимние месяцы. В среднем у каждого 17-го ребенка с лихорадкой и сыпью был поставлен диагноз кори [1].

О необходимости вакцинации от кори свидетельствуют следующие результаты. По данным общемировой статистики 194 стран и 164 регулярных служб иммунизации, охвативших 119 млн человек, за период с 2000 г. по 2016 г. благодаря иммунизации ежегодная заболеваемость корью снизилась на 87% (со 145 до 19 случаев на миллион человек). Таким образом было предотвращено приблизительно 20,4 млн случаев смерти [4].

Следует напомнить, что корь – заболевание высококонтагиозное, из этого следует, что не привитые и не болевшие корью дети после контакта с больным заболевают практически в 100% случаев. Заболевание передается воздушно-капельным путем, быстро распространяется. К резервуарам инфекции относятся организованные коллективы, в том числе детские сады и школы, ПТУ, колледжи и т.д.

Возрастная структура заболевших представлена детьми до 14 лет и подростками, доля которых в общей заболеваемости соответственно составила 52,4 и 3,4% (дети до 17 лет – 55,7%), и взрослыми – с удельным весом 44,3%. Пораженность корью детей в детских садах составила 1,4%, в школах – 8%, ПТУ и колледжах – 11,7% [5].

Этиология

Возбудитель кори – РНК-вирус, относящийся к роду морбилливирусов (*Morbillivirus spp.*), семейству парамиксовирусов. В настоящее время известно 120 генотипов вирусов кори (от А до Н). В России циркулируют «импортные» штаммы А22, А23, D4, D6, Н19. С 2015 г. циркулируют генотипы D4, D8, В3.

Генотип D8 – генетическая линия MVs/Gir Somnath. IND/42.16 – впервые был выделен в Индии в 2016 г., затем распространился и циркулировал в разных странах Азии, на Дальнем Востоке, в Австрии, Казахстане, Канаде, России, странах Европы. На протяжении 2019 г. генетическая линия вируса была доминирующей в России, определялась в большинстве регионов, в которых регистрировались вспышки, наиболее активно этот штамм циркулировал в Москве [1].

Генотип В3 – генетическая линия MVs/Dublin.IRL/8/16/ – африканского происхождения, впервые выделен в Ирландии в 2016 г. В 2016–2018 гг. штаммы данной линии широко циркулировали в ряде стран Европейского региона ВОЗ, а в 2017 г. (июнь–декабрь) – в Российской Федерации. На протяжении 2019 г. генетическая линия вируса выделялась в России существенно реже, ее циркуляция наблюдалась в 17 регионах страны [1].

Таким образом, в Европейском регионе ВОЗ в целом, включая РФ и страны СНГ, циркулируют одни и те же генетические варианты вируса кори, что свидетельствует о том,

Таблица 1. Количество больных с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследованных за 6 мес. 2019 г. (по месяцам года)
Table 1. Number of patients with fever and maculopapular rash examined during 6 months of 2019 (by months)

	Январь / January	Февраль / February	Март / March	Апрель / April	Май / May	Июнь / June	Итого / Total
Общее количество обследованных больных с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, n / <i>Number of patients with fever and maculopapular rash, n</i>	228	288	345	313	257	235	1666
Число выявленных случаев кори, абс. (%) / <i>Measles cases detected, abs (%)</i>	20 (8,8)	22 (7,6)	21 (6,1)	20 (6,4)	9 (3,5)	5 (2,1)	97 (5,8)

что регион является единым эпидемическим пространством. Большое количество генетических вариантов вируса демонстрирует связь со множественным повторным импортированием как из соседних стран, так и из эндемичных по кори регионов мира [5].

Эпидемиология

Единственным естественным хозяином вируса кори является человек. Корь передается при прямом контакте с инфицированным больным с каплями секрета или, реже, распространяется по воздуху. Контагиозность – 100%. В условиях умеренного климата пик заболеваемости обычно приходится на конец зимы и весну. Дети дошкольного и младшего школьного возраста более восприимчивы к заболеванию.

Больные заразны в конце инкубационного периода, за 1–2 дня до появления высыпаний, и в течение первых 4 дней после появления сыпи. С 5-го дня появления сыпи, а при осложнениях после 10-го дня, больной не заразен. У лиц со сниженным иммунитетом период выделения вируса удлиняется, и с секретом из дыхательных путей возбудитель может попадать в окружающую среду в течение всей болезни.

Вирус обладает лимфотропным, нейротропным и эпителиотропным действием.

Лимфотропное действие вируса связано с его размножением в лимфоидных органах и развитием иммунодефицитного состояния.

Нейротропное действие вируса обусловлено развитием нейротоксикоза на фоне гипертермии и развитием энцефалита.

Эпителиотропное действие вируса кори связано с поражением эпителия дыхательных путей, развитием воспаления и присоединением вторичной микробной флоры.

Классификация

Выделяют корь типичную и атипичную. К атипичным относят стертую, гипертоксическую, геморрагическую формы.

По тяжести: легкую, среднетяжелую, тяжелую. Критериями тяжести является выраженность лихорадки, экзантемы, катаральных симптомов.

Типичные формы протекают циклично с развитием всех характерных симптомов для кори.

Атипичная форма может протекать с укороченными периодами, невыраженной клинической симптоматикой. *Митигированная корь* возникает в том случае, когда больной получил в инкубационном периоде нормальный человеческий иммуноглобулин внутримышечно. В результате продолжительность таких симптомов, как сыпь, катаральные явления, пигментация, укорачивается, они становятся менее выраженными. Инкубационный период удлиняется до 21–28 дня, катаральный период укорачивается (1–2 дня) или полностью отсутствует. Катаральные симптомы слабо выражены, пятна Бельского–Филатова–Коплика часто отсутствуют. Сыпь бледная, мелкая, необильная, часто ее нет на конечностях. Не характерна этапность появления сыпи. Период высыпания длится 1–2 дня. Пигментация после исчезновения сыпи выражена слабо и быстро исчезает. При *стертой форме* кори часть симптомов не развивается. *Бессимптомная форма* устанавливается по наличию сероконверсии крови при

Таблица 2. Классификация кори
 Table 2. Classification of measles

По типу / Type	<ul style="list-style-type: none"> • Типичная / Typical • Атипичная / Atypical <ul style="list-style-type: none"> – абортивная / abortive – митигированная / mitigated – стертая / dormant – бессимптомная / asymptomatic – гипертоксическая / hypertoxic – геморрагическая / hemorrhagic – злокачественная / malignant
По тяжести / Severity	<ul style="list-style-type: none"> • Легкая / Mild • Среднетяжелая / Moderate • Тяжелая / Severe
По течению / Course	<ul style="list-style-type: none"> • Гладкое / Uneventful • Осложненное / Complicated <ul style="list-style-type: none"> – с собственно коревыми осложнениями / with measles complications – с наложением вторичной инфекции / with superinfection – с обострением хронических заболеваний / with an exacerbation of chronic diseases

отсутствии клинической симптоматики. При *гипертоксической форме* отмечается резко выраженная интоксикация, обычно у детей первых лет жизни; *геморрагическая форма* с резким пропитыванием элементов; злокачественная форма – с летальным исходом [6, 7].

Диагностика

Корь можно диагностировать при выявлении специфических антител (IgM) в остром периоде и значительного возрастания антител IgG (в случае взятия парных сывороток в период реконвалесценции). IgM-антитела, свойственные кори, продолжают определяться около 1 мес.

Клиническая картина

За многие десятилетия картина типичной кори не изменилась. Характерен циклический характер появления и угасания клинических симптомов, их последовательность.

Выделяют 4 периода кори: инкубационный, катаральный, высыпания, пигментации.

Инкубационный период – от 9 до 17 дней. У лиц, получавших иммуноглобулин, – до 21–28 дней. При подостром склерозирующем панэнцефалите – в среднем 10,8 лет (после перенесенной кори).

Катаральный период обычно длится 3–4 дня (от 1 до 6 дней), сопровождается симптомами интоксикации и катаральным воспалением со стороны слизистых не только верхних дыхательных путей, но и желудочно-кишечного тракта. Заболевание обычно начинается с сухого кашля, конъюнктивита. В течение первых дней появляется светобоязнь, пастозность век и лица. Обычно уже в первые дни, еще до характерных высыпаний на коже, на слизистой полости рта появляется экзантема (участки некротизированного эпителия) и очень характерный симптом – пятна Бельского–Филатова–Коплика, который помогает диагностировать корь уже в раннем периоде болезни [6, 7].

Период высыпания характеризуется новым подъемом температуры и появлением на теле ребенка розовой или ярко-красной сыпи, склонной к слиянию и располагающейся на неизменном фоне. У 30% детей сыпь может иметь гемор-

рагическое пропитывание. Сыпь при кори носит этапный характер:

1 день – заушная зона, волосистая часть головы, лицо и шея;

2 день – грудная клетка, живот, спина и плечи;

3 день – руки (от локтя до ладоней) и ноги.

Обратное развитие сыпи происходит с 4–5-го дня, начала периода пигментации.

Сыпь становится багрово-цианотичной, пигментированной, меняет свой цвет, угасает и сохраняется в течение 1,5–2 нед. Температура тела к этому моменту нормализуется.

Особенности течения кори у детей 1-го года жизни

Катаральные симптомы слабо выражены, этапность сохраняется. Пятна Бельского–Филатова–Коплика могут отсутствовать. Слизистые полости рта отечные, десны разрыхлены, может наблюдаться кровоточивость, губы сухие, с трещинами, отмечается разжиженный стул энтеритического характера до 3–5 раз в сутки [6].

Особенности течения кори у детей раннего возраста

По наблюдениям В.Н.Тимченко с соавт., у 94,4% детей раннего возраста (от 5 месяцев до 3 лет) корь протекала в типичной среднетяжелой форме, однако у тех детей, которые в инкубационном периоде получили нормальный человеческий иммуноглобулин внутримышечно, была зарегистрирована митигированная легкая форма болезни (5,6%) [8]. Типичная среднетяжелая форма кори характеризовалась цикличностью течения: наличием пятен Бельского–Филатова–Коплика (67,7%), этапностью высыпания (100%), этапностью пигментации (100%).

Осложнения. Ранние осложнения возникают в катаральном периоде болезни, поздние вызваны вторичной инфекцией (бактериальной). Наиболее частыми осложнениями в настоящее время являются: коревой круп, ларинготрахеит, отит, пневмония, синусит, бронхит, пневмония, стоматит, колит и энтероколит, импетиго, фурункулез [1]. Острый коревой энцефалит (вне зависимости от тяжести заболевания) возникает на 3–5-й день высыпания, появляется высокая температура, эпилептиформные судороги, дизэнцефальные симптомы, мозжечковая атаксия, поражение лицевого и зрительного нервов. При серозном менингите – умеренный плейоцитоз, чаще смешанного или лимфоцитарного характера.

Подострый коревой склерозирующий панэнцефалит, развивающийся после перенесенной кори, имеет длительный инкубационный период до 8–10 лет. При данном заболевании сначала наблюдаются изменения в психоэмоциональной сфере, затем присоединяются пирамидные и экстрапирамидные расстройства, припадки, гиперкинезы, снижение интеллекта. На компьютерной томографии определяется атрофия вещества головного мозга [6].

Особенность кори у взрослых

У взрослых и подростков корь также характеризуется рядом особенностей: заболевание протекает тяжелее, более выражены симптомы интоксикации (головная боль, нарушение сна, рвота), катаральный период более длительный, чем

у детей, – 4–8 дней, пятна Филатова–Коплика–Бельского очень обильные, часто сохраняются в периоде высыпания, в то же время катаральные явления выражены слабо, сыпь обильная, более резко выражена полиаденопатия, чаще пальпируется селезенка, коревой энцефалит развивается у 2% больных (а у детей в 5–10 раз реже), осложнения, вызванные бактериальной флорой, наблюдаются редко.

Возрастная структура больных: лица в возрасте 17–25 лет – 52,6%, 25–35 лет – 26,3%, 35–47 лет – 21,1% [9].

Дифференциальный диагноз следует проводить со следующими заболеваниями: энтеровирусная экзантема, скарлатина, токсико-аллергическая сыпь, краснуха, парвовирус В19, герпесвирусная инфекция 6 (ВГЧ-6А/В), а в настоящее время – и COVID-19.

Обязательная госпитализация показана в случае:

- тяжелого клинического течения заболевания;
- независимо от формы течения заболевания – для лиц из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; проживающих в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе в коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего; лиц из числа декретированных групп населения.

Госпитализации подлежат больные с тяжелым течением кори, из закрытых детских коллективов, дети первого года жизни, а также дети из асоциальных семей.

Лечение

Лечение включает соблюдение режима, ухода и рационального питания. Целесообразно назначение симптоматической и посиндромной терапии (жаропонижающих, противокашлевых средств).

При тяжелом коревом крупе возможно применение глюкокортикоидных препаратов в/в или в/м. Гормональная терапия при стенозах проводится ингаляционно препаратами будесонида.

Антибактериальная терапия назначается при тяжелых, среднетяжелых формах, в основном у детей первого года жизни при развитии бактериальных осложнений: макролиды, цефалоспорины и пенициллины.

Десенсибилизирующая терапия проводится по показаниям.

Противовирусная и иммуотропная терапия

При кори в комплексной терапии возможно применение рекомбинантных интерферонов альфа-2b для предупреждения развития бактериальных осложнений.

Виферон® (свечи) (ООО «Ферон, Россия») был разработан и внедрен в широкую педиатрическую практику профессором В.В.Малиновской и с 1996 г. успешно применяется у нас в стране [10]. За 20-летний период времени свечи с Вифероном успешно применялись у детей разного возраста, в том числе у новорожденных, недоношенных и у беременных женщин при острых респираторных заболеваниях, герпесвирусных инфекциях, гепатитах. В состав препарата входят токоферола ацетат (витамин Е) и аскорбиновая кислота (витамин С), которые потенцируют активность рекомбинантного интерферона в несколько раз. Аскорбиновая кислота и альфа-токоферола ацетат, являясь высокоактивными антиоксидантами, обладают противовоспалитель-

Таблица 3. Расчет дозы сиропа Гроприносин-Рихтер (согласно инструкции)
 Table 3. Calculation of the dose of syrup Groprinosin-Richter (according to the package insert)

Масса тела, кг / Body weight, kg	Разовая доза при приеме 3 раза/сут, мл / Single dose taken 3 times a day, mL	Максимальная суточная доза, мл/сут / Maximum daily dose, mL/day
15–20	5–6,5	15–20
21–30	7–10	21–30
31–40	10–13	31–40
41–50	13,5–16,5	41–50

ным, мембраностабилизирующим, а также регенерирующим свойствами.

Препарат применяют ректально. Один суппозиторий содержит в качестве активного вещества интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный в указанных дозировках (150 000 МЕ, 500 000 МЕ, 1 000 000 МЕ, 3 000 000 МЕ).

Препарат также был включен в комплексную терапию взрослым и детям, больным корью [11]. Доза ректальных свечей детям до 7 лет – по 150 000 – 500 000 МЕ, детям от 7 до 12 лет по 500 000 – 1 000 000 МЕ, детям старше 12 лет и взрослым – 2 раза в сутки по 1 000 000 МЕ с интервалом 12 ч в течение 5–10 дней. У 100% детей, больных корью, получавших комбинированную терапию с интерфероном альфа-2b, была выявлена быстрая положительная динамика основных симптомов болезни (лихорадки, продолжительности катарального периода, экзантемы, интоксикации). В группе срав-

нения отмечено негладкое течение за счет развития осложнений, причем в 2 раза чаще, чем у детей, получающих свечи с интерфероном альфа-2b. Катамнестическое наблюдение за детьми, получавшими свечи с интерфероном альфа-2b, проводилось через 1,5 мес. после выписки из стационара; оно показало, что период реконвалесценции протекал гладко, без наслоения других инфекций, а это очень важно для детей [11]. Курс лечения составил 5–10 дней.

В качестве других препаратов, обладающих противовирусным действием, имеется опыт применения инозина пранобекса (Гроприносин компании «Гедеон Рихтер»). Гроприносин обладает двойным действием – иммуномодулирующим и противовирусным. Эффективность комплекса определяется присутствием инозина, второй компонент (гранобекс) повышает его доступность для лимфоцитов. Гроприносин блокирует размножение вирусных частиц путем повреждения генетического аппарата вируса, стимулирует активность макрофагов, пролиферацию лимфоцитов и образование цитокинов. Многочисленные результаты полувексового опыта применения инозина пранобекса в клинической практике свидетельствуют об уменьшении симптомов вирусных заболеваний, ускорении реконвалесценции, повышении резистентности организма, сокращении числа рецидивов. Гроприносин проявляет противовирусную активность *in vivo* в отношении многих вирусов: простого герпеса, цитомегаловируса, вируса Т-клеточной лимфомы человека (тип III), полиовирусов, вирусов гриппа А и В, ЕСНО-вируса (энтероцитопатогенного вируса человека), вирусов энцефаломиокардита и конского энцефалита, а также и вируса кори.

Клиническая эффективность Гроприносина ранее была нами изучена при ряде инфекционных заболеваний (ОРВИ, ОРЗ, заболевания герпетической этиологии (герпес 1–6 типа), у детей с различной неврологической симптоматикой. Был показан положительный клинический эффект, а также снижение репликативной активности вирусов на фоне лечения препаратом. Гроприносин в исследуемых группах применялся у детей старше 3 лет [12, 13]. Рекомендуемая суточная доза для детей 3 лет и старше (масса тела больше 15–20 кг) составляет 50 мг/кг массы тела в 3–4 приема. Препарат Гроприносин может применяться в виде таблеток, однако в 2019 г. появилась новая форма препарата – в виде сиропа, что значительно облегчило расчет суточной дозы (1 мл сиропа на 1 кг массы тела, табл. 3).

На сегодняшний день имеется опыт применения Гроприносина при кори у детей. Так, описано интересное наблюдение и лечение внутрибольничной вспышки кори в Республике Кыргызия, г. Бишкек, в 2014–2015 гг. Дети попали в контакт с коревыми больными во время лечения других заболеваний (ОКИ, ОРИ). По протоколу лечения часть детей была пролечена препаратами с иммуномодулирующим действием, в том числе препаратом Гроприносин [14]. В исследовании приняли участие 85 детей, получавших иммуномодуляторы, в возрасте от 3 до 14 лет, разделенных на 3 группы: I группа (31 ребенок) получала амизон (энисамия йодид), II группа (28 больных) – Гроприносин (инозин пранобекс), III группа (контрольная группа, 26 больных) не получала данные препараты. Больным I и II групп

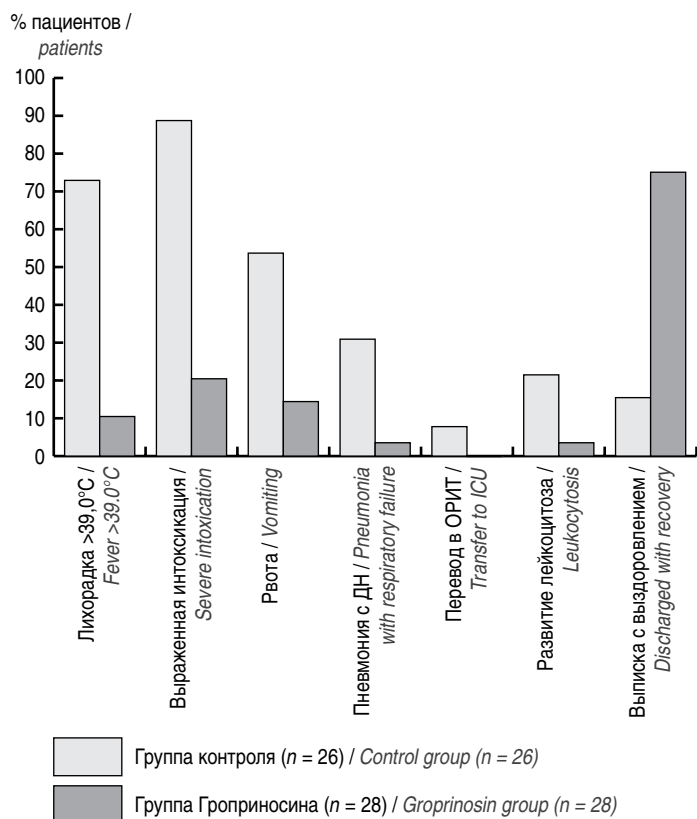


Рис. 1. Частота симптомов болезни у детей с внутрибольничной корью на фоне применения Гроприносина [14]. $p < 0,05$.

Fig. 1. Frequency of disease symptoms in children with nosocomial measles who received Groprinosin [14]. $p < 0,05$.

препараты назначали продолжительностью 7 дней. В работе было показано (рис. 1, 2), что назначение Гропринозина у детей, больных корью, оказывает благоприятное влияние на продолжительность и выраженность клинических симптомов, темпы выздоровления, при этом у них отсутствовал геморрагический компонент сыпи.

Важно, что лечение Гроприносином предотвращало тяжесть течения, перевода детей в отделение реанимации и осложнений в этой группе не было. Примечательно, что в группе Гропринозина по сравнению с группой энисамия йодида достоверно реже ($p < 0,05$) отмечались рвота (на 26%), лейкоцитоз (10–249) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (на 44%), а также развитие пневмонии с дыхательной недостаточностью (на 45%). Рентгенологически пневмония была подтверждена у $25,0 \pm 9,0\%$ пациентов в группе Гропринозина и у $35,5 \pm 5,0\%$ больных в группе энисамия йодида.

Профилактика

Основной метод профилактики кори – это вакцинация. Согласно Национальному календарю профилактических прививок и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, иммунизации подлежат:

- дети в возрасте 12 месяцев (первая вакцинация), а также дети 6 лет (ревакцинация);
- лица до 35 лет (исключительно), ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений о вакцинации или заболевании или однократно привитые против кори;
- взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных органов в пунктах пропуска через государственную границу РФ), ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений или однократно привитые;
- лица в возрасте от 12 месяцев без ограничения возраста, имевшие контакт с больным корью (при подозрении на заболевание), ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений или однократно привитые против кори.

Для иммунизации применяются препараты, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке, согласно инструкции по их применению [15].

Иммунизация населения против кори проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Детям и взрослым, получившим прививки в рамках национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены специфические антитела к возбудителю, прививки против кори проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических препаратов [16].

Для предупреждения кори в очагах инфекции не позднее 72 ч от момента выявления первого больного проводится вакцинация (ревакцинация) против кори следующим категориям контактных:

- в возрасте до 35 лет – не болевшим и не привитым ранее;

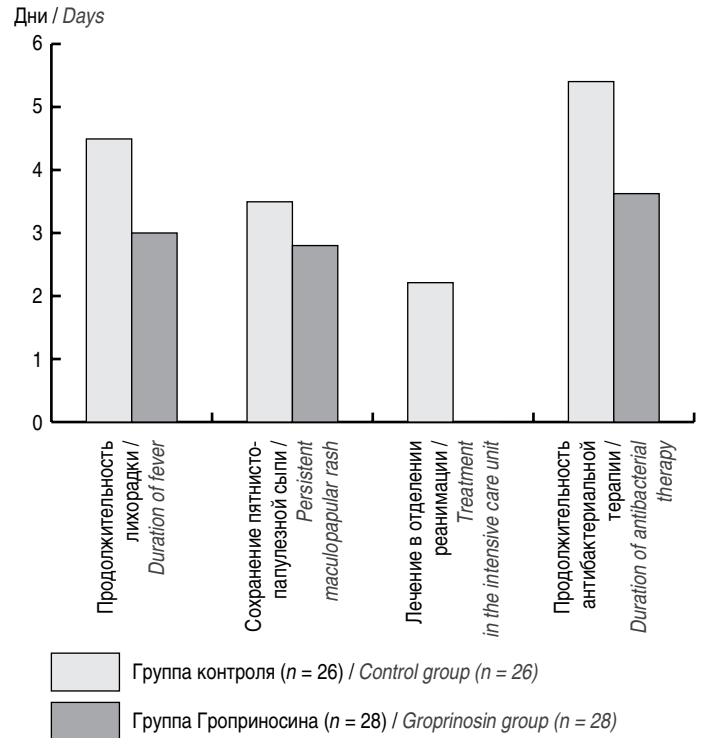


Рис. 2. Продолжительность симптомов и лечения детей с внутрибольничной корью на фоне применения Гропринозина [14]. $p < 0,05$.

Fig. 2. Duration of disease symptoms in children with nosocomial measles who received Groprinosin [14]. $p < 0,05$.

- не болевшим и привитым однократно, если с момента прививки прошло не менее 6 мес.;
- при неизвестном инфекционном и прививочном анамнезе;
- серонегативным или имеющим титр антител ниже защитного уровня [1].

Для пассивной профилактики кори, а также детям, не достигшим прививочного возраста, используют нормальный иммуноглобулин человека не позднее 5-го дня от контакта с больным.

Разобщению подлежат дети, контактные по кори с 9-го по 17-й день (если ребенку вводился иммуноглобулин – до 21-го дня).

У врачей должна быть настороженность в отношении кори:

- детальное выяснение анамнеза, изучение эпидемиологической ситуации, документов по вакцинации;
- внимательный осмотр слизистых и кожи;
- учитывать возможное наличие кишечного синдрома;
- при введении Ig учитывать наличие развития митигированной кори.

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В очагах кори определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно – без ограничения возраста. Имму-

низация против кори по эпидемическим показателям проводится в течение первых 72 ч с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге [16].

В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

Следует отметить важный факт проводимой вакцинации. Как недавно сообщила ВОЗ, в период с 2000 по 2017 гг. вакцинация от кори предотвратила более 21 млн случаев заболевания [17].

Что же происходит с иммунитетом после перенесенной кори? Еще в период учебы в медицинском институте нами была хорошо усвоена информация от наших учителей, что после кори резко изменяется иммунитет. Наблюдается так называемый «провал» иммунитета (иммуносупрессия), и ребенок может заболеть другой инфекцией в более тяжелой форме. Как же эту ситуацию можно объяснить в настоящее время с позиции научных доказательств? Интересное исследование было опубликовано в 2019 г. в США, в котором у 77 невакцинированных детей после перенесенной кори через 2 мес. было проведено изучение «репертуара» антител крови. Было обнаружено, что корь вызывает потерю от 11 до 77% ранее существовавших антител у людей, возникает «иммунологическая амнезия». А восстановление антител возможно лишь при повторном естественном заболевании тем или иным патогеном. Следовательно, снижение гуморальной памяти после заражения корью создает потенциальную уязвимость относительно возможности заболеть другими инфекциями в будущем [18].

В этой связи для предупреждения развития бактериальных осложнений, а также возможности формирования постинфекционного иммунитета, следует рассматривать препараты противовирусного и иммуномодулирующего действия.

Таким образом, корь в настоящее время рассматривается во всем мире как высококонтагиозное заболевание. В связи с ростом заболеваемости корью целесообразно иметь настороженность в отношении ее диагностики, лечения и мер профилактики. Проведенные исследования показали перспективы лечения кори с применением интерферона альфа-2b в виде ректальных свечей и препарата Гроприносин с противовирусным и иммуномодулирующим действием.

Финансирование

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The author declares that there is not conflict of interests.

Литература

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Государственный доклад «О состоянии санитарноэпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году». М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2019.
2. Мазанкова ЛН, Беляева НМ, Горбунов СГ, Нестерина ЛФ. Корь у детей и взрослых на этапе элиминации. М.: МЕДпресс-информ, 2018.
3. Таточенко ВК, Озерцовский НА. Иммунопрофилактика 2018. Справочник, 13-е издание, расширенное. М.: Боргес, 2018.
4. Заболеваемость корью и краснухой в России за 2019 год (6 месяцев) по региональным центрам. Информационный бюллетень №31. Москва, 2019.
5. Dabbagh A, Patel MK, Dumolard L, Gacic-Dobo M, Mulders MN, Okwo-Bele JM, et al. Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017 Oct 27;66(42):1148-1153. DOI: 10.15585/mmwr.mm6642a6
6. Мазанкова ЛН, Нестерина ЛФ, Горбунов СГ. Корь у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012;57(3):49-55.
7. Учайкин ВФ. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: Гэотар-Медиа, 1998.
8. Тимченко ВН, Чернова ТМ, Булина ОВ, Павлова ЕБ, Назарова АН, Леоничева ОА, и др. Корь у детей раннего возраста. Детские инфекции. 2015;14(2):52-58.
9. Котлова ВБ, Кокорева СП, Платонова АВ. Корь вчера и сегодня. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2014;16(10):14-17.
10. Малиновская ВВ. Виферон – новый противовирусный и иммуномодулирующий препарат. Лечащий врач. 1998;1:34-37.
11. Тимченко ВН, Каплина ТА, Булина ОВ, Леоничева ОА, Хакизimana ЖК, Тимофеева ЕВ. Актуальные проблемы коревой инфекции. Педиатр. 2017; 8(3):120-129. DOI: 10.17816/PED83120-129
12. Савенкова МС, Афанасьева АА, Балакирева ГМ, Румянцова ИГ, Кузнецова ЕС, Душкин РВ. Клинический опыт лечения заболеваний дыхательных путей препаратом Гроприносин (инозин пранобекс) в педиатрической практике. Педиатрия. Consilium Medicum. 2018;4:36-40. DOI: 10.26442/24138460. 2018.4.180112
13. Савенкова МС, Балакирева ГМ, Кузнецова ЕС, Румянцова ИГ, Афанасьева АА, Савенкова АМ, и др. Опыт лечения препаратом Гроприносин (инозином пранобексом) герпесвирусных инфекций у детей с эпилепсией и детским церебральным параличом. Педиатрия. Consilium Medicum. 2019;4:51-57. DOI: 10.26442/26586630.2019.4.190750
14. Баялиева ММ, Смеликов ЯА. Диагностика и лечение кори у детей в период эпидемической вспышки в 2014–2015 годы. Universum: Медицина и фармакология. 2015;23(12):2.
15. Еремушкина ЯМ, Кускова ТК, Вдовина ЕТ, Савина АВ, Богданова МВ, Котив СИ. Особенности диагностики и профилактики кори на современном этапе. Лечащий врач. 2019;11:32-35. DOI: 10.26295/OS.2019.59.87.008
16. Клинические рекомендации «Корь у детей» (утв. Минздравом России) 1.01.2019. Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>
17. World Health Organization. Measles fact sheet (2019); Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>

References

1. Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing. State Report «On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2018». Moscow: Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing; 2019. (In Russian).

- Mazankova LN, Belyaeva NM, Gorbunov SG, Nesterina LF. Kor' u detei i vzroslykh na etape eliminatsii. M.: MEDpress-inform Publ, 2018. (In Russian).
- Tatochenko VK, Ozertsovskii NA. Immunoprofilaktika 2018. Spravochnik, 13-e izdanie, rasshirenoe. M.: Borges Publ, 2018. (In Russian).
- Zabolevaemost' kor'yu i krasnukhoi v Rossii za 2019 god (6 mesyatsev) po regional'nym tsestram. Informatsionnyi byulleten' №31. Moskva, 2019. (In Russian).
- Dabbagh A, Patel MK, Dumolard L, Gacic-Dobo M, Mulders MN, Okwo-Bele JM, et al. Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017 Oct 27;66(42):1148-1153. DOI: 10.15585/mmwr.mm6642a6
- Mazankova LN, Nesterina LF, Gorbunov SG. Measles in children. Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics). 2012;57(3):49-55. (In Russian).
- Uchaikin VF. Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam u detei. M.: Geotar-Media Publ, 1998. (In Russian).
- Timchenko VN, Chernova TM, Bulina OV, Pavlova EB, Nazarova AN, Leonicheva OA, et al. Measles in infants. Children infections (Detskie Infektsii). 2015;14(2):52-58. (In Russian).
- Kotlova VB, Kokoreva SP, Platonova AV. Measles yesterday and today. Online scientific & educational bulletin «Zdorove i obrazovanie v XXI veke». 2014; 16(10):14-17. (In Russian).
- Malinovskaya VV. Viferon – novyi protivovirusnyi i immunomoduliruyushchii preparat. Lechaschi Vrach Journal. 1998;1:34-37. (In Russian).
- Timchenko VN, Kaplina TA, Leonicheva OA, Bulina OV, Hakizimana JC, Timofeeva EV. Actual problems of measles. Pediatrician. 2017;8(3):120-129. DOI: 10.17816/PED83120-129 (In Russian).
- Savenkova MS, Afanaseva AA, Balakireva GM, Rumyantseva IG, Kuznetsova ES, Dushkin RV. Clinical experience in the treatment of diseases of the respiratory tract with Groprinosin (inosine pranobex) in pediatric practice. Pediatrics. Consilium Medicum. 2018;4:36-40. DOI: 10.26442/24138460.2018.4.180112 (In Russian).
- Savenkova MS, Balakireva GM, Kuznetsova ES, Rumyantseva IG, Afanas'eva AA, Savenkova AM, et al. Experience of treatment with groprinosin (inosine pranobex) for herpes virus infection in children with epilepsy and infantile cerebral palsy. Pediatrics. Consilium Medicum. 2019;4:51-57. DOI: 10.26442/26586630.2019.4.190750 (In Russian).
- Bayaliev MM, Smelikov YaA. Diagnostic and treatment of measles in children during an outbreak in 2014–2015. Universum: Meditsina i farmakologiya. 2015; 23(12):2. (In Russian).
- Eremoshkina YaM, Kuskova TK, Vdovina ET, Savina AT, Bogdanova MV, Kotiv SI. Features of measles diagnostics and prevention at the present stage. Lechaschi Vrach Journal. 2019;11:32-35. DOI: 10.26295/OS.2019.59.87.008 (In Russian).
- Klinicheskie rekomendatsii "Kor' u detei" (utv. Minzdravom Rossii) 1.01.2019. Available at: <http://cr.rosminzdrav.ru> (In Russian).
- World Health Organization. Measles fact sheet (2019); Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>

Электронная версия

ГРОПРИНОСИН®

Инозин пранобекс, таблетки 500 мг № 20, № 30, сироп ГРОПРИНОСИН®-РИХТЕР 50 мг/мл 150 мл

**Борется с вирусами
в любое время года!***

НЕ СОДЕРЖИТ АРОМАТИЗАТОРЫ, КРАСИТЕЛИ И СПИРТ

Таблетки: РУ П N005951/01 Сироп: РУ ЛП № 005233-051218

Иммуностимулирующий препарат с противовирусной активностью для комплексной терапии вирусных инфекций у взрослых и детей*

- Создает препятствие для размножения вирусов*
- Активирует противовирусный иммунитет*

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8.
Тел.: +7 (495) 987-18-80 e-mail: GRFarma@g-richter.ru

Представительство
ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8.
Тел.: +7 (495) 987-15-55 e-mail: centr@g-richter.ru
www.g-richter.ru

* Инструкция по применению препарата Гроприносин®.



ГЕДЕОН РИХТЕР
Здоровье — наша миссия

Реклама