



А. А. АСТАПОВ, В. Н. МЕЛЬНИКОВА,
Е. Ю. СВИРЧЕВСКАЯ

КОРЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Белорусский государственный медицинский университет,
Городская детская инфекционная клиническая больница
Минска, РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Минздрава Республики Беларусь

Описан случай кори у ребенка возрасте до 1 мес, что является крайне редким наблюдением. После длительного периода благополучия в последние годы в республике отмечаются спорадические случаи кори. Как правило, завозные. Представленный в статье алгоритм эпидемиологической, клинической, лабораторной и дифференциальной диагностики интересен для практических врачей.

Ключевые слова: корь, новорожденные, дифференциальная диагностика.

В 60-е годы прошлого столетия корь входила в десятку основных причин смерти от инфекционных заболеваний у детей. По данным ВОЗ, в те годы в мире регистрировали около 30 млн детей с корью и около 500 тыс. из них умирали.

Вакцинация против кори привела к резкому снижению заболеваемости во многих странах, в том числе в Республике Беларусь. Так, если в 1983 г. в республике было зарегистрировано 12 946 случаев кори, то уже в 1985 г. — 3492, в 2006 г. — только 146, в последующем — по 1—2 случая в год [1]. Аналогичная динамика заболеваемости корью на фоне вакцинопрофилактики наблюдается и в других странах. По планам ВОЗ, корь должна была быть ликвидирована в мире к 2010 г.

Однако в 2011—2012 гг. эпидемическая ситуация по заболеваемости корью осложнилась в 43 странах Европы и Азии, а также в Российской Федерации и Украине. По данным ВОЗ, за 3 мес 2012 г. в странах Европейского региона зарегистрировано свыше 4,4 тыс. случаев кори. В возрастной структуре заболевших преобладает взрослое население, а также дети до 1 года и лица, не привитые против кори. Общеизвестно, что после перенесенного заболевания остается пожизненный иммунитет [2—4]. Детей защищают прививками, используют живой ослабленный вирус, но он не циркулирует среди населения. Естественно, иммунитет к кори у женщины угасает, она не может трансплацентарно передать антитела своему ребенку. Поэтому в последние годы в Беларуси участились случаи заболевания детей до 1 года (согласно действующему в настоящее время национальному календарю прививок первую вакцинацию против кори проводят в 12 лет) и их матерей [4].

Во всех руководствах и учебниках по детским инфекционным болезням и эпидемиологии четко указано, что дети до 6 мес не болеют корью [2—4]. Случаи заболевания у новорожденных и детей первых месяцев жизни — казуистика [6].

Представляет интерес следующее клиническое наблюдение.

Ребенок С. В., девочка, родилась 11.05.2011 от первой беременности, первых срочных родов в сроке 28—29 нед с весом 2950 г и оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Из анамнеза ретроспективно выяснено, что женщина во время беременности с 10 по 16 мая была в контакте с больными корью. По состоянию ребенка 16.05.11 девочка с мамой переведены в детское отделение районной больницы с диагнозом «Ранняя неонатальная желтуха, ВУИ БДУ» и выписана из отделения 24.05.11. Спустя 4—5 сут после выписки из стационара заболела женщина: 31.05.11 появилась сыпь и больная госпитализирована в инфекционное отделение. Сыпь появлялась поэтапно: 31.05—01.06 — на лице, 02.06 — на туловище и 03.06 — на руках и ногах. Сыпь начала угасать с 05.06 в порядке появления. Диагноз «Корь» у матери ребенка подтвержден серологически в лаборатории иммунопрофилактики РНПЦ микробиологии и эпидемиологии Минздрава Республики Беларусь (03.06.11 в крови обнаружены антитела к вирусу кори во фракции IgM).

Девочка заболела 05.06. (26-й день жизни): появилась сухой кашель, слезотечение, гнойное отделяемое из глаз на фоне температуры 37,4°C и сыпь на лице; 06.06. — мелкопятнистая сыпь на туловище; 07.06. — сыпь на бедрах и ручках. Девочка стала вялой, начала сосать хуже, чем обычно (50—60 мл смеси). При осмотре обнаружены опрелости в области ягодич, промежности, на шее. На слизистой оболочке полости рта — белый «творожистый» налет (молочница). Дыхание через нос затруднено. Веки отечные, гиперемированы. В легких дыхание жесткое, хрипы не прослушивались. В общем анализе крови от 06.06: эритроциты — $3,36 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 114 г/л, лейкоциты — $3,5 \cdot 10^9/л$, эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 31%, лимфоциты — 59%, моноциты — 9%, СОЭ — 7 мм/ч, тромбоциты — $277 \cdot 10^9/л$.

Диагноз при поступлении в районную больницу: ОРИ, аллергический дерматит. Опрелости. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Корь под вопросом. Анемия I степени.

В связи с подозрением на корь (прямой контакт с матерью, больной корью, данные объективного осмотра, не привита по возрасту) 07.06 девочка переведена в Городскую детскую инфекционную клиническую больницу Минска. В приемном отделении после осмотра консультант диагностировал корь с наличием пятен Бельского—Филатова—Коплика. В отделении состояние оценено как средней тяжести. Вялость, аппетит снижен, температура 37,5°C. Веки отечные, небольшое гнойное отделяемое из глаз, блефарит, дыхание через нос затруднено, серозно-слизистое отделяемое из носа. На лице, туловище, руках и ногах — обильная пятнисто-папулезная сыпь, опрелости в области промежности, шейных складках.

Случаи из практики

вдох частый, сухой, выдох удлинен. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Стул, диурез в норме. При рентгенографии грудной клетки — данные в пользу ОРВИ, обструктивный синдром. В общем анализе крови от 07.06: эритроциты — $3,99 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 134 г/л, тромбоциты — $274 \cdot 10^9/л$, лейкоциты — $8,5 \cdot 10^9/л$, базофилы — 1%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 41%, лимфоциты — 42%, моноциты — 14%, СОЭ — 10 мм/ч.

В общем анализе крови от 14.06: лейкоциты — $20,3 \cdot 10^9/л$, палочкоядерный сдвиг (15%), увеличение сегментоядерных клеток (45%) по сравнению с возрастной нормой. Остальные показатели без особенностей. В связи с лейкоцитозом в общем анализе крови повторно проведена рентгенография грудной клетки: ОРВИ, обструктивный синдром.

Анализ мочи от 08.06 и 15.06 без патологии. В биохимическом анализе крови от 15.06.2011: мочевина — 2,5 мкмоль/л, С-реактивный белок — 6,6 мг/л (норма — 6,0 мг/л), общий билирубин — 12,5 мкмоль/л, АСТ — 84,0 ЕД/л, АЛТ — 50,0 ЕД/л, ЛДГ — 1018 ЕД/л. Посевы на кандиды отрицательные.

В процессе лечения состояние ребенка улучшалось, сыпь стала бледнеть и исчезать постепенно, сначала с лица с последующей пигментацией. Температура нормализовалась на 3-й день лечения сумалексом (азитромицин) (5 дней) и проводимой симптоматической терапией.

Для уточнения этиологии заболевания проведено лабораторное обследование ребенка: в сыворотке крови, как и у матери, обнаружены IgM антитела к вирусу кори, из мононуклеаров периферической крови в культуре клеток Vero-SLAM выделен вирус кори.

Клинический диагноз: корь клинически, эпидемиологически, вирусологически, серологически, средней степени тяжести. Ребенок выписан домой 17.06.2011.

Необычность этого наблюдения заключается в том, что описывается случай кори у 1-месячного ребенка. Раньше в этом возрасте у детей была абсолютная невосприимчивость к кори, так как антитела передавались трансплацентарно от матери к ребенку. Даже существовал так называемый корейский метод вакцинации против кори, когда детей в возрасте до 6 мес приносили в дом больного с корью. Младенцы инфицировались вирусом, но не заболели, так как у них были материнские антитела и начинался синтез соб-

ственных антител. В данном клиническом наблюдении у ребенка не было антител, так как их не было и у матери, которая заболела корью.

К настоящему времени выросло целое поколение врачей-педиатров с 25-летним стажем, которые видели корь только на таблицах и слайдах. Это и послужило причиной неадекватной оценки изменений на слизистой оболочке полости рта, которые приняты за проявления кандидоза, на самом деле это были пятна Бельского—Филатова—Коплика, которые появляются вследствие некроза эпителия слизистой оболочки, не снимаются шпателем и окружены зоной гиперемии. Это важный клинический симптом для диагностики кори в катаральный период. Защитить ребенка, рожденного от серонегативной матери, в отношении кори можно было только введением титрованного противокорьевого иммуноглобулина.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2010 г.* — Минск, 2011.
2. Кузминова А. Т., Шарлай И. В. *Детские инфекционные болезни.* — М., 1984.
3. Учайкин В. Ф. *Руководство по инфекционным болезням у детей.* — М., 1998. — С. 193—198.
4. Дроздов В. Н., Дроздов В. Н., Новиков А. И., и др. *Экзантематозные инфекции у детей. Лекции для студентов и врачей-интернов.* — М., 2005.
5. *О совершенствовании организации проведения профилактических прививок. Приказ Минздрава РБ № 913 от 05.12.2006. Приложение № 1 «Календарь профилактических прививок».*
6. *Справочник-путеводитель практикующего врача: 2000 болезней от А до Я / Под ред. И. Н. Денисова, Э. Г. Улумбекова.* — М., 1998.

Поступила 24.09.12.

NEWBORN'S MEASLES

A. A. Astapov, V. N. Melnikova, E. Yu. Svirchevskaya

A very rare case of measles in a 1-month newborn is described. After a long-time problem-free period sporadic cases of measles are registered in the republic. As a rule those cases have been imported. The algorithm for the epidemiological, clinical, laboratory, and differential diagnosis described in the publication may be interesting for practitioners.

Адрес для корреспонденции:

Астапов Анатолий Архипович.
Белорусский государственный медицинский университет.
220018, г. Минск, ул. Якубовского, 53; сл. тел.: (8-017) 257-48-54.