

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Республики Казахстан  
от «9» июня 2016 года  
Протокол № 4

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОРЬ У ДЕТЕЙ

### 1. Содержание:

|   |    |
|---|----|
| Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9                        | 1  |
| Дата разработки протокола                               | 1  |
| Пользователи протокола                                  | 2  |
| Категория пациентов                                     | 2  |
| Шкала уровня доказательности                            | 2  |
| Определение   | 2  |
| Классификация   | 3  |
| Диагностика и лечение на амбулаторном уровне            | 3  |
| Показания для госпитализации                            | 10 |
| Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи | 11 |
| Диагностика и лечение на стационарном уровне            | 11 |
| Медицинская реабилитация                                | 16 |
| Паллиативная помощь                                     | 16 |
| Сокращения, используемые в протоколе                    | 16 |
| Список разработчиков протокола                          | 17 |
| Конфликта интересов                                     | 17 |
| Список рецензентов                                      | 17 |
| Список использованной литературы                        | 17 |

### 2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

| МКБ-10 |                                  | МКБ-9 |
|--------|----------------------------------|-------|
| B05    | Корь                             | —     |
| B05.0  | Корь, осложненная энцефалитом    | —     |
| B05.1  | Корь, осложненная менингитом     | —     |
| B05.2  | Корь, осложненная пневмонией     | —     |
| B05.3  | Корь, осложненная средним отитом | —     |
| B05.4  | Корь, с кишечными осложнениями   | —     |
| B05.8  | Корь, с другими осложнениями     | —     |
| B05.9  | Корь, без осложнений             | —     |

**3. Дата разработки/пересмотра протокола:** 2007 год/2016 год.

**4. Пользователи протокола:** врачи общей практики, детские инфекционисты, педиатры, врачи скорой медицинской помощи, детские невропатологи.

**5. Категория пациентов:** дети.

**6. Шкала уровня доказательности:**

|   |  |
|---|--|
| А | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.   |
| В | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.   |
| С | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).<br>Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| D | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.   |

**7.Определение: [1,2]**

**Корь** – высоко контагиозное острое вирусное инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемое РНК-содержащим вирусом кори и протекающей с лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже с переходом в пигментацию.

## 8. Классификация: [1,2]

(Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1985 год)

| Тип   | Тяжесть   | Течение   |
|---|---|---|
| <b>Типичная;</b><br>по клиническому периоду кори: <ul style="list-style-type: none"><li>• катаральный период;</li><li>• период высыпаний;</li><li>• период пигментации.</li></ul><br><b>Атипичная:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• стертая;</li><li>• митигированная;</li><li>• геморрагическая (гипертоксическая или злокачественная).</li></ul> | легкая;<br>среднетяжелая;<br>тяжелая: без<br>геморрагического синдрома; с<br>геморрагическим синдромом. | острое;<br>гладкое (без осложнений);<br>негладкое (с<br>осложнениями);<br>микст-инфекция. |

## Классификация случаев кори: [9,10]

### Клиническое определение заболевания:

Больной с температурой и макуло-папулезной сыпью (не везикулярная) и одним из следующих признаков: кашель, насморк, конъюнктивит;

**Подозрительный случай:** любой больной, соответствующий клиническому определению заболевания;

**Эпидемиологический связанный случай:** больной, имеющий проявления и симптомы, соответствующие кори, находившийся в контакте с лабораторно подтвержденным случаем за 7-18 дней до появления симптомов;

**Лабораторно подтвержденный случай:** больной, имеющий проявления и симптомы, соответствующие кори, а также отвечающий лабораторным критериям подтверждения случая:

- обнаружение противокоревых IgM-антител в сыворотке крови, сухой капле крови или слюне;

или

- из образца цельной крови, отделяемого носоглотки или мочи выявление РНК вируса кори методом ПЦР;

или

- значительное нарастание противокоревых IgG-антител в парных сыворотках (более 4 раза);

**Отмененный случай:** любой больной, который не соответствует определению клинического, лабораторно-подтвержденного или эпидемиологически связанного случая.

**Лабораторно подтвержденный случай не обязательно должен отвечать клиническому определению случая.**

## 9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:[1,2]

### 1) Диагностические критерии

**Жалобы:**

- повышение температуры тела;
- кашель;
- слезотечение, светобоязнь;
- насморк;
- головная боль;
- слабость, вялость, недомогание;
- высыпания на коже;
- жидкий стул.

#### **Анамнез:**

- острое начало;
- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем кори за 7-18 дней до появления симптомов заболевания;
- циклическое течение заболевания с выраженными катаральными явлениями в первые дни болезни, высыпаниями с 4-5 дня болезни;
- после затухания сыпи температура тела нормализуется, остаются пигментация и шелушение.

#### **Физикальное обследование:**

##### **В катаральном периоде (продолжительность периода 3-4 дня):**

- нарастающий катаральный синдром (кашель, ринит, трахеит, ларингит, бронхит, конъюнктивит, склерит, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, покраснение глаз);
- лицо больного одутловатое, веки пастозные;
- коревая энантема: красные неправильной формы пятна на слизистой оболочке мягкого, отчасти твердого неба;
- пятна Филатова-Коплика-Бельского (в конце периода) на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже – на слизистой оболочке губ, десен и конъюнктивы глаз.

При выявлении симптома Бельского-Филатова-Коплика диагноз кори бесспорен (клинически).

##### **В периоде высыпания:**

- наличие в первый день высыпаний пятен Бельского-Филатова-Коплика;
- появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания;
- сыпь макуло-папулезная с тенденцией к слиянию;
- этапное распространение сыпи в течение 3 дней: в течение первых суток за ушами, на лице, шее, верхней части груди, на 2-й день- на туловище, на 3-й день- на конечностях;
- усиление интоксикации, катаральных явлений со стороны слизистых оболочек дыхательных путей и конъюнктивы глаз (насморк, кашель, слезотечение, светобоязнь);
- признаки трахеобронхита, ларингита, крупа;
- возникновение пигментации после сыпи;

##### **В периоде пигментации:**

- сыпь угасает в той же последовательности, что и появляется, оставляя пигментацию и шелушение.

**Митигированная корь** наблюдается у детей, получивших с профилактической целью гаммаглобулин в первые 5 дней от момента контакта с больным. При митигированной кори инкубационный период может удлиниться до 21 дней. При этой форме нарушается цикличность инфекционного процесса, катаральные явления выражены слабо, катаральный период укорочен до 1-2 дней или может отсутствовать. Пятна Бельского-Филатова-Коплика у основной части больных отсутствуют. Сыпь появляется одновременно на 1 или 2 день от начала болезни, она может наблюдаться на отдельных участках кожи тела. Высыпания мелкие, необильные, пятнисто-папулезного характера на неизменном фоне кожи. Сыпь держится 1-2 дня и исчезает сразу, не оставляя пигментацию и шелушение. Течение болезни обычно без осложнений.

**Стертая форма** клинически не отличается от митигированной формы, встречается у вакцинированных детей в возрастной группе от 2 до 10 лет.

**Корь с аггравированными симптомами** (гипертоксическая, геморрагическая, злокачественная) встречается очень редко. При геморрагической форме состояние больных тяжелое за счет интоксикационного и геморрагического синдромов. Отмечаются множественные кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, в анализах мочи у таких больных выявляется гематурия. В клинике гипертоксических и злокачественных форм преобладают симптомы интоксикации, изменения со стороны нервной системы в виде гиперестезии, судорожной готовности и судорог. Эти формы могут привести к летальному исходу.

**Легкая форма** кори характеризуется слабо выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$  в течение 2-3 дней, легким кашлем, насморком и конъюнктивитом. Пятна Бельского-Филатова-Коплика отмечаются у 30% больных. Пятнистая и пятнисто-папулезная сыпь появляется на 4-5 день, имеет слабую тенденцию к слиянию. Высыпания на нижних конечностях обычно необильная или отсутствует.

**Среднетяжелая форма** характеризуется симптомами общей интоксикации, лихорадкой до  $39^{\circ}\text{C}$ , катаральными явлениями верхних дыхательных путей и конъюнктивитом. У всех больных выявляются пятна Бельского-Филатова-Коплика. Период высыпания сопровождается высокой температурой, усилением катаральных явлений и интоксикацией. Сыпь обычно обильная, пятнисто-папулезная, сливается, локализуется на лице, туловище, конечностях и имеет этапный характер. При среднетяжелых формах могут быть осложнения со стороны бронхолегочной и нервной систем (2-3%).

**Тяжелая форма** кори характеризуется гипертермией до  $40^{\circ}\text{C}$ , поражением нервной системы с расстройством сознания, (могут быть судорожная готовность и судороги), адинамией. Катаральные явления выраженные, пятна Бельского-Филатова-Коплика встречаются у всех больных. Сыпь обильная, сливная, пятнисто-папулезная, иногда имеет геморрагический характер. Этапность высыпания сохраняется. Чаще, чем при других формах, наблюдаются осложнения со стороны ЦНС и бронхолегочной системы.

**Осложнения:** [1,2,3,4]

- со стороны органов дыхания (пневмонии, ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, бронхиолиты, плевриты);

- пищеварительной системы (стоматиты, глубокие или обширные язвы в ротовой полости, энтериты, колиты);
- нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, миелиты);
- органов зрения (конъюнктивиты, кератиты, блефариты, кератоконъюнктивиты);
- органов слуха (отиты, мастоидиты);
- мочевыделительной системы (циститы, пиелонефриты);
- кожи (пиодермия, абсцесс, флегмона).

### **Лабораторные исследования: [1,2,9,10]**

#### **ОАК:**

- в катаральном периоде (лейкопения, нейтропения);
- в периоде высыпания (лейкопения, эозинопения, возможна тромбоцитопения);
- в случае развития бактериальных осложнений – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

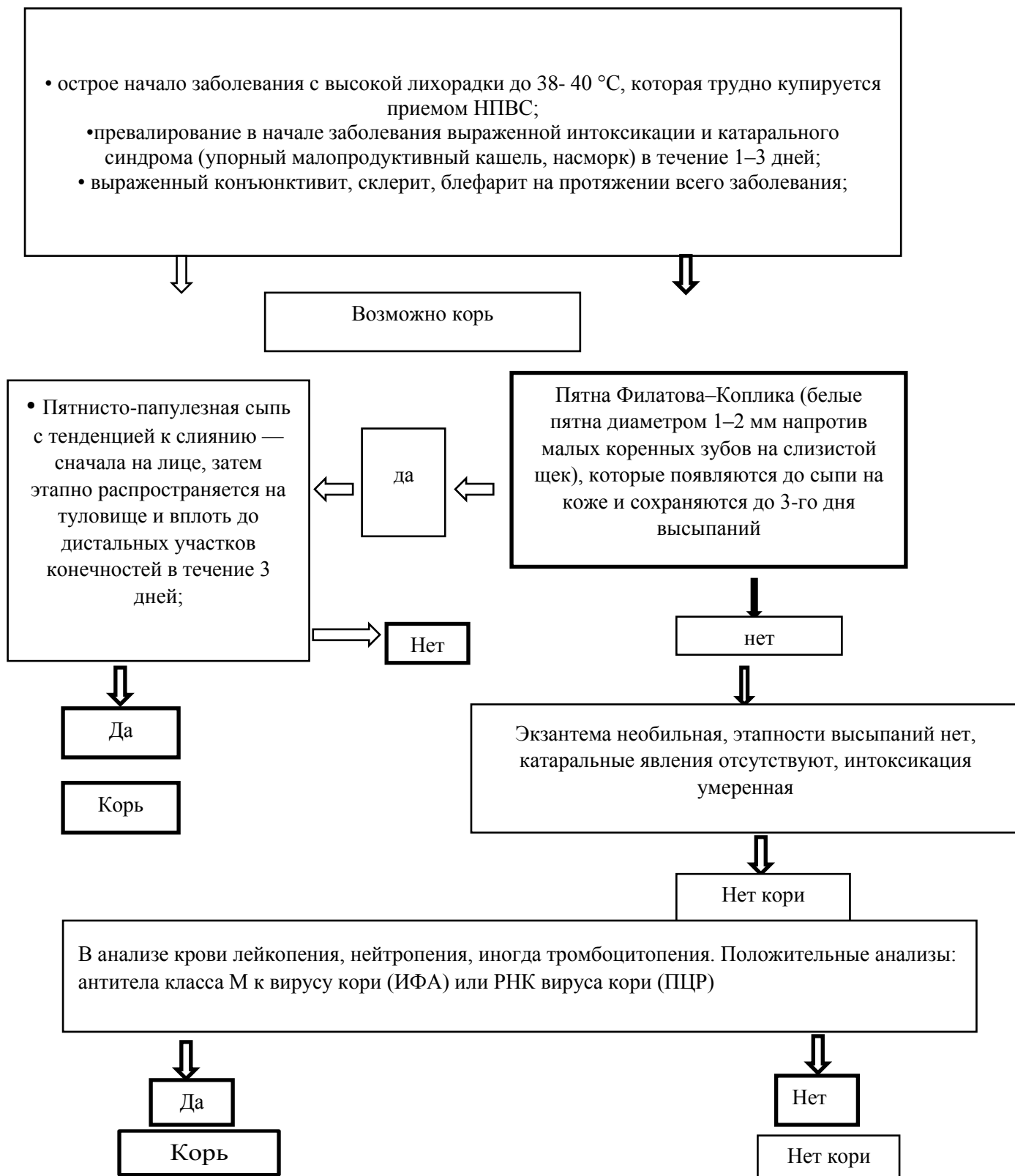
#### **ОАМ:**

- протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия (при тяжелых формах).
- выявление специфических антител класса IgM (за исключением случаев, когда образование IgM было вызвано вакцинацией) в сыворотке крови методом ИФА (не ранее 5 дня от начала сыпи);
- из образца цельной крови, отделяемого носоглотки или мочи выявление РНК вируса кори методом ПЦР (взятие образцов в течение первых 3 дней от начала появления сыпи).

### **Инструментальные исследования:**

- рентгенография органов грудной клетки (при наличии симптомов пневмонии);
- забор материала для исследования проводится медицинским работником при посещении больного на дому.

## 2) Диагностический алгоритм:[1,2]



### 3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1,2]

| Диагноз                  | Обоснование для дифференциальной диагностики | Обследования  | Критерии исключения диагноза   |
|--------------------------|--|---|--|
| Скарлатина               | Наличие симптомов интоксикации, сыпи.        | Бактериологический анализ из ротоглотки на патогенную флору.  | Гнойный тонзиллит, мелкоочечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи, одномоментность появления сыпи, бледный носогубной треугольник, отсутствие катаральных явлений, "малиновый язык", крупнопластинчатое шелушение кожи пальцев рук и ног, ладоней и подошв. |
| Менингококковая инфекция | Наличие симптомов интоксикации и сыпи.       | Бактериологический анализ из носоглотки, элементов сыпи на менингококки. При наличии менингеальных симптомов - бактериологическое исследование ликвора. | геморрагическая "звездчатая" сыпь с некротическим компонентом в центре и тенденцией к слиянию, экхимозы, сильная головная боль, менингеальные симптомы, признаки шока.   |
| Ветряная оспа            | Наличие симптомов интоксикации и сыпи        | Выявление иммуноглобулинов класса М к вирусу варицелла зостер.  | везикулезная сыпь на коже, в том числе на волосистой части головы, и слизистых, «ложный полиморфизм»: пятно-папула-везикула-корочка, контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом.   |
| Краснуха                 | Наличие симптомов интоксикации и сыпи.       | Определение противокраснушных антител класса М в остром периоде заболевания.  | мелкопятнистая быстро проходящая сыпь, слабо выраженный катаральный и интоксикационный синдром, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов, контакт с больным краснухой.   |
| аллергический дерматит   | Наличие сыпи                                 | Обследование на аллергены   | полиморфная сыпь: пятнисто-папулезные и уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом, без интоксикации, лихорадки, катаральных явлений. Появляются после  |



|                          |  |   |  |
|--------------------------|--|---|--|
|                          |  |   | контакта с потенциальным аллергеном (лекарства, пищевой продукт и др.)   |
| Энтеровирусная экзантема | Наличие симптомов интоксикации и сыпи. | Кровь на РПГА и РСК с энтеровирусным (ЭВ) антигеном в начале болезни и через 2-3 недели;<br>Кал на энтеровирус методом ПЦР. | Сыпь локализуется на туловище, лице, редко - на руках, мелкоочечная или мелкая пятнисто-папулезная, иногда - геморрагическая. Сыпь сохраняется в течение нескольких часов или в течение нескольких суток и исчезает, не оставляя следа, пигментации. На слизистой полости рта бывает энантема; одним из вариантов энтеровирусной экзантемы является появление везикул на коже кистей, стоп и слизистой оболочки полости рта (рука-нога-рот). |

#### 4. Тактика лечения: [1,2,4,5,9,10,11]

##### Немедикаментозное лечение:

Режим:

постельный (в течение всего периода лихорадки);

Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой.

Диета: стол № 13.

Приказ 172 от 31 марта 2011 года. «Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета.

##### Медикаментозное лечение:

При легкой, стертой и митигированной формах кори при конъюнктивите – промывание глаз раствором нитрофураля 1:5000 3-4 раза в день – 5 дней, сульфациламид 20% по 1 капле 4 раза в день в каждый глаз – 5 дней; [УД – С];

Ретинол– 1 раз в день, 2 дня: до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес. и старше-200.000 МЕ. [УД-В].

##### Перечень основных лекарственных средств:

- Ретинол 50000 МЕ, 10 мл, 33000 МЕ, 100000МЕ [УД-В]

##### Перечень дополнительных лекарственных средств:

- раствор нитрофураля 1:5000; [УД – D]
- раствор сульфациламида 20%. [УД – С]

#### 5) Показания для консультации специалистов:

- консультация оториноларинголога (при остром среднем отите, гайморите, фронтите);

- консультация окулиста (при блефарите, иридоциклите).

#### **6) Профилактические мероприятия:[1,2,9,10]**

Специфическая профилактика кори подразделяется на активную (ЖКВ) и пассивную. Вакцинацию против кори в плановом порядке подлежат дети, достигшие возраста 1 года и не болевшие корью. Ревакцинация проводится в 6 лет.

Неспецифические меры профилактики включают раннее выявление и изоляцию источника инфекции и мероприятия среди контактных. Изолируют больных на срок от начала болезни до 5-го дня с момента появления высыпаний, при наличии пневмонии этот срок удлиняется до 10 сут. Помещение, где находился больной, должно быть проветрено в течение 30-45 мин. Дети, контактировавшие с больным корью и не получившие гамма-глобулин, изолируются с 7 по 18 дни, а получившие ее и дети в возрасте до 6 месяцев с 7 по 21 дни контакта. Дети, бывшие в контакте, перенесшие в прошлом корь не подлежат изоляции и профилактические мероприятия среди них не проводятся.

Пассивную иммунизацию проводят контактными детям, не вакцинированным против кори по противопоказаниям.

Для профилактики стоматита – частое теплое питье. Для профилактики гнойного конъюнктивита частое промывание глаз теплой кипяченой водой.

#### **7) Мониторинг состояния пациента:**

- повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка выше 38°C, учащенное или затрудненное дыхание;
- научить мать, в какой ситуации необходимо срочно вновь обратиться к врачу;
- при появлении общих признаков опасности, осложнений со стороны дыхательных путей (пневмония, ларингит со стенозом гортани, учащенное дыхание), глаз (блефарит, кератиты, кератоконъюнктивиты), пищеварительной системы (стоматиты, энтериты, колиты), выделительной системы (циститы, пиелиты, пиелонефриты) и органов слуха (отиты, мастоидиты) детей направляют на стационарное лечение.

#### **8) Индикаторы эффективности лечения:**

- полное выздоровление;
- отсутствие эпидемического распространения заболевания.

### **10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [1,2,3,10]:**

#### **10.1 Показания для плановой госпитализации:**

- контактные дети из закрытых и других медицинских учреждений с 7 по 18 дни контакта (по эпидемиологическим показаниям).

#### **10.2 Показания для экстренной госпитализации:**

- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасностей (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- тяжелые и среднетяжелые формы кори;

- корь с сопутствующими субкомпенсированными/ декомпенсированными хроническими заболеваниями;
- дети из закрытых медицинских учреждений.

## **11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:**

**1) Диагностические мероприятия:** не проводятся.

**2) Медикаментозное лечение:** при лихорадке свыше 38,5<sup>0</sup> С парацетамол 10- 15 мг/кг через рот или perrectum; [УД – А][11]

- при судорогах – диазепам 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м или perrectum; [УД – А]

## **12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

**1) Диагностические критерии на стационарном уровне: [1,2,6,7,8]**

### **Жалобы:**

- повышение температуры тела;
- кашель;
- слезотечение, светобоязнь;
- насморк;
- головная боль;
- слабость, вялость, недомогание;
- высыпания на коже;
- жидкий стул.

### **Анамнез:**

- острое начало;
- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем кори за 7-18 дней до появления симптомов заболевания;
- циклическое течение заболевания с выраженными катаральными явлениями в первые дни болезни, высыпаниями с 4-5 дня болезни;
- после затухания сыпи температура тела нормализуется, остаются пигментация и шелушение.

### **Физикальное обследование:**

#### **В катаральном периоде (продолжительность периода 3-4 дня)**

- нарастающий катаральный синдром (кашель, ринит, трахеит, ларингит, бронхит, конъюнктивит, склерит, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, покраснение глаз);
- лицо больного одутловатое, веки пастозные;
- коревая энантема: красные неправильной формы пятна на слизистой оболочке мягкого, отчасти твердого неба;
- пятна Филатова-Коплика-Бельского (в конце периода) на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже - на слизистой оболочке губ, десен и конъюнктивы глаз;
- При выявлении симптома Бельского-Филатова-Коплика диагноз кори бесспорен (клинически).

#### **В периоде высыпания:**

- наличие в первый день высыпаний пятен Бельского-Филатова-Коплика;
- появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания;
- сыпь макуло-папулезная с тенденцией к слиянию;
- этапное распространение сыпи в течение 3 дней: в течение первых суток за ушами, на лице, шее, верхней части груди, на 2-й день- на туловище, на 3-й день- на конечностях;
- усиление интоксикации, катаральных явлений со стороны слизистых оболочек дыхательных путей и конъюнктивы глаз (насморк, кашель, слезотечение, светобоязнь);
- признаки трахеобронхита, ларингита, крупа;
- возникновение пигментации после сыпи.

#### **В периоде пигментации:**

- сыпь угасает в той же последовательности, что и появляется, оставляя пигментацию и шелушение.

#### **Лабораторные исследования:**

##### **ОАК:**

- в катаральном периоде (лейкопения, нейтропения);
- в периоде высыпания (лейкопения, эозинопения, возможна тромбоцитопения);
- в случае развития бактериальных осложнений (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ).

##### **ОАМ:**

- протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия (при тяжелых формах);
- коагулограмма (при геморрагическом синдроме);
- спинномозговая пункция (при подозрении на менингит, энцефалит);
- выявление специфических антител класса IgM (за исключением случаев, когда образование IgM было вызвано вакцинацией) в сыворотке крови методом ИФА (не ранее 5 дня от начала сыпи);
- из образца цельной крови, отделяемого носоглотки или мочи выявление РНК вируса кори методом ПЦР (взятие образцов в течение первых 3 дней от начала появления сыпи).

#### **Инструментальные исследования:**

- рентгенография органов грудной клетки (при наличии симптомов пневмонии);
- ЭКГ (при наличии симптомов миокардита и перикардита).

## **2) Диагностический алгоритм:[1,2] (смотрите пункт 9, подпункт 2)**

### **3) Перечень основных диагностических мероприятий:**

- ОАК;
- ОАМ;
- выявление специфических антител класса IgM в сыворотке крови методом ИФА (не ранее 5 дня от начала сыпи);
- из образца цельной крови или мочи выявление РНК вируса кори методом ПЦР (взятие образцов в течение первых 3 дней от начала появления сыпи).

#### **4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

- коагулограмма (при геморрагическом синдроме);
- спинномозговая пункция (при подозрении на менингит, энцефалит);
- рентгенография органов грудной клетки (при наличии симптомов пневмонии);
- ЭКГ (при наличии симптомов миокардита и перикардита).

#### **5) Тактика лечения:[1,2,4,5,9,10,11]**

##### **Немедикаментозное лечение:**

Режим:

госпитализация в Мельцеровский бокс;

Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой.

Диета: стол № 13.

Приказ 172 от 31 марта 2011 года. «Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Схема 16». Рекомендации по питанию здорового и больного ребенка. Дробное теплое питье. Молочно-растительная диета.

##### **Медикаментозное лечение:**

###### **При средней степени тяжести кори:**

- Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5<sup>0</sup>С назначается парацетамол 10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот; (УД – А).
- С целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5- 7 дней; (УД – В)
- при конъюнктивите- промывание глаз раствором нитрофурала 1:5000 3- 4 раза в день- 5 дней, сульфациетамид 20% по 1 капле 4раза в день в каждый глаз- 5 дней; (УД – С)

Ретинол– 1 раз в день, 2 дня: до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес. и старше – 200.000 МЕ через рот.(УД-В)

###### **При тяжелой степени тяжести кори:**

- Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5<sup>0</sup>С назначается парацетамол 10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в суткичерез рот;(УД – А)
- С целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1 - 2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5- 7 дней;(УД – В)
- С противовирусной и иммуномодулирующей целью – интерферон  $\alpha$ -2b-человеческий рекомбинантный: для детей до двух лет по 150000, от двух до 5 лет по 500 000 МЕ и старше пяти лет по 1 млн. МЕ 2 раза в сутки per rectum, курс лечения 10 дней; (УД – D)
- при конъюнктивите – промывание глаз раствором нитрофурала1:5000 3- 4 раза в день –5 дней, сульфациетамид 20% по 1 капле 4 раза в день в каждый глаз – 5 дней; (УД – С)

Ретинол– 1 раз в день, 2 дня: до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес. и старше – 200.000 МЕ; (УД-В)

- С целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл /кг с включением растворов: декстрана с молекулярной массой 30000- 40000 (10- 15 мл/кг), 5% или 10% декстрозы (10- 15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10- 15 мл/кг) (УД – С);

- При осложнениях со стороны центральной нервной системы (энцефалит) – дегидратационная терапия – маннитол 15% из расчета 0,5- 1,5 гр/кг внутривенно капельно в течение 3-5 дней (УД-В); фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3-5 дней (УД-В), затем ацетазоламид 0,25г – 8 - 10 мг/кг в сутки (УД-В), один раз в день по схеме: три дня ежедневно, один день перерыв, до пяти курсов в сочетании с препаратами калия; противоотечная, противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия: дексаметазон по схеме: 1 доза - 1 мг/кг, затем через каждые 6 часов - 0,2 мг/кг в сутки – 5- 7 дней или преднизолон из расчета 1 мг/кг (внутримышечно)- 5- 7 дней (УД-А) с постепенным уменьшением дозы, по состоянию в динамике, при необходимости продолжить лечение преднизолоном через рот из расчета 0,1 – 0,5 мг/кг;

- при судорогах и энцефалите – фенобарбитал (1-3 мг/кг в сутки) или диазепам – 0,5% - по 0,1 мл на кг (0,2- 0,5 мг/кгв/м; в/в; ректально) или натрия оксипропионат– 20% раствор - 50-150 мг/кг (разовая доза в/м; в/в)или вальпроевая кислота 10 мг/кг в/в, затем через рот 15- 20 мг/кг; (УД-С)

- при отеке головного мозга – оксигенотерапия.

Антибактериальные препараты назначаются в зависимости от предполагаемого и выделенного возбудителя при:

- тяжелых формах кори;
- развитии бактериальных осложнений;
- развитии кори у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном (анемия 2 и 3 степени, белково- энергетическая недостаточность 2 и 3 степени, иммунодефицитные состояния).

#### **Перечень основных лекарственных средств:**

- ретинол 50000 МЕ, 10 мл; 33000 МЕ, 100000 МЕ; (УД-В)
- хлоропирамин, 25 мг, 20 мг/мл; (УД-В)
- ибупрофен 100мг/5мл, 200мг, 400мг, 600мг внутрь (УД-А)

или

парацетамол 200, 500 мг внутрь; ректально 80мг,100мг,125мг,150мг,250мг; раствор для инъекций 1г/6,7мл (УД-А)

#### **Перечень дополнительных лекарственных средств:**

##### **Дозы антибактериальных препаратов [1,2,3,4,9,10]**

| Группа        | Название препарата | Путь введения    | Суточная доза (кратность)    | Уровень доказательности |
|---------------|--------------------|------------------|------------------------------|-------------------------|
| цефалоспорины | Цефуроксим         | Внутрь, в/м, в/в | 50-100 мг/кг (2-3) 5- 7 дней | А                       |

|                               |                         |                 |  |   |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------|--|---|
|                               | Цефтриаксон             | в/м, в/в        | 50- 100 мг/кг (1-2)- 5- 7 дней           | А |
|                               | Цефотаксим              | в/м, в/в        | 50-100 мг/кг (2 -4)-5- 7 дней            | А |
| аминогликозиды                | Амикацин                | в/м, в/в        | 10-15 мг/кг (2- 3) 5- 7 дней             | А |
|                               | Гентамицин сульфат      | в/м, в/в        | 3-7 мг/кг (2) - 5- 7 дней                | А |
| Полусинтетические пенициллины | Ампициллин/сульбактам   | в/м, в/в        | 150 мг/кг (2- 3) -5- 7 дней              | А |
|                               | Амоксициллин/клавуланат | Внутрь, в/в,в/м | 25-45мг/кг                               | А |
| Макролиды                     | Азитромицин             | per os          | 1сут.- 10мг/кг, далее 5мг/кг (1) - 4 дня | А |

- раствор нитрофурала 1:5000;
- раствор сульфацетамида 20%;
- интерферон  $\alpha$ -2b- человеческий рекомбинантный суппозитории ректальные 150 000МЕ, 500 000 МЕ, 1 000 000 МЕ; 3 000 000 МЕ;
- раствор декстрозы 5-10%, по 200 мл, 400 мл;
- раствор натрия хлорида 0,9%, по 200 мл, 400 мл;
- раствор декстрана 30000- 40000, по 200 мл, 400 мл;
- дексаметазон, в 1 мл 0,004;
- преднизолон, 30 мг/мл, 25 мг/мл, 0,005;
- маннитол 15%, по 200 и 400 мл;
- фуросемид, 10мг/мл по 2,0 мл;
- ацетазолamid 0,25 г;
- вальпроевая кислота в/в 100мг/мл, внутрь 150мг, 300мг,5г/100мл.
- фенобарбитал 0,05 и 0,1;
- диазепам – 0,5% по 2 мл;
- натрия оксибутират – 20%;
- калия, магния аспаргинат 200 мл 400 мл

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.  
Другие виды лечения: нет.

#### **б) Показания для консультации специалистов:**

- консультация оториноларинголога (при остром среднем отите, гайморите, фронтите);
- консультация окулиста (при блефарите, иридоциклите);
- консультация невролога (при менингите, менингоэнцефалите и при судорожном синдроме);
- консультация кардиолога (при миокардите и перикардите).

## **7) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:[1,2,11]**

- наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- острая дыхательная недостаточность 2- 3 степени;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- повторные судороги;
- нарушение сознания;
- ДВС – синдром.

## **8) Индикаторы эффективности лечения:**

- купирование лихорадки и интоксикации;
- исчезновение сыпи;
- нормализация показателей СМЖ при менингоэнцефалите;
- нормализация лабораторных показателей;
- отсутствие и купирование осложнений.

**9) Дальнейшее ведение:** организуется контроль за выпиской и установлением диспансерного наблюдения за реконвалесцентами. Выписку больного из стационара после перенесенной кори проводят не ранее 5-го дня с момента появления высыпаний, при наличии пневмонии не ранее 10 дней.

Реконвалесценты кори с поражением нервной системы, сердца, почек, глаз, слизистой ротовой полости и пневмонией подлежат диспансерному наблюдению у соответствующих специалистов, которые определяют программу реабилитации и срок диспансерного наблюдения. Снятие с диспансерного учета после стойкого исчезновения остаточных явлений.

**13.МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:** не требуется.

**14.ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ:** не требуется.

## **15. Сокращения, используемые в протоколе:**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| HFMK     | – | Hand-Fuss-MundKrankheit                     |
| IgG      | – | иммуноглобулины класса G                    |
| IgM      | – | иммуноглобулины класса M                    |
| ВОП      | – | врач общей практики                         |
| ИФА      | – | иммуноферментный анализ                     |
| КТ       | – | компьютерная томография                     |
| МКБ      | – | международная классификация болезней        |
| МРТ      | – | магнитно-резонансная томография             |
| НПВС     | – | Нестероидные противовоспалительные средства |
| ОАК      | – | общий анализ крови                          |
| ОАМ      | – | общий анализ мочи                           |
| ПЦР      | – | полимеразная цепная реакция                 |
| РНК(RNA) | – | рибонуклеаза (геном) коревой инфекции       |
| кори     |   |   |
| РПГА     | – | Реакция прямой гемагглютинации              |
| РСК      | – | Реакция связывания комплемента              |



|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| СМЖ | – спинномозговая жидкость       |
| ССС | – сердечно – сосудистая система |
| ЭВ  | – энтеровирус                   |
| ЭВИ | – энтеровирусная инфекция       |
| ЭКГ | – электрокардиограмма           |

#### **16. Список разработчиков протокола:**

- 1) Эфендиев Имдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей» доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии.
- 2) Куттыкужанова Галия Габдуллаевна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» профессор, профессор кафедры детских инфекционных болезней.
- 3) Баешева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, доцент, АО «Медицинский университет Астана» заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, главный внештатный детский инфекционист МЗСР РК.
- 4) Кенжебаева Сауле Кенжетаетна – ГККП «Городская детская инфекционная больница» Управление здравоохранения города Астаны, заместитель главного врача по лечебной работе.
- 5) Оспанова Зарипа Амангелдиевна – ГКП «Шымкентская городская инфекционная больница» Управление здравоохранения Южно-Казахстанской области, заместитель главного врача по лечебной работе.
- 6) Елубаева Алтынай Мукашевна – кандидат медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана» доцент кафедры неврологии с курсами наркологии и психиатрии.
- 7) Катарбаев Адыл Каирбекович – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» заведующий кафедрой детских инфекционных болезней.
- 8) Худайбергенова Махира Сейдуалиевна – АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» клинический фармаколог.

#### **17. Конфликт интересов:** отсутствует.

**18. Список рецензентов:** Бегайдарова Роза Хасановна – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» заведующая кафедрой детских инфекционных болезней.

**19. Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

#### **20. Список использованной литературы:**

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2001
2. Симованьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах – Ростов н/Д, 2000. –936 с

3. Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Ю.В. Лобзин, В.В. Полипенко, Ю.Н. Громыко// СПб, 2001. – 128 с.
4. Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. /М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко //М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 416 с.
5. Всемирная организация здравоохранения: Корь. Информационный бюллетень № 286. Февраль 2013 г.
6. Effects of interleukin-12 and interleukin-15 on measles-specific T-cell responses in vaccinated infants / H.A. Gans, L.L. Yasukawa, C.Z. Zhang et al. // *Viral Immunology*. - 2008. - V. 21, N 2. -P. 163-172.
7. Ferreira C.S.A. Measles virus: early infection, progression and pathogenesis in a transgenic mouse model / C.S.A. Ferreira // <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2004>.
8. *Infectious Diseases* / Edited by S.L. Gorbach, J.G. Barlett, N.R. Blacklow. - Lippincott Williams Wilkins. A Wolters Kluwer Company. - Philadelphia, Baltimore, N.Y., London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo. - 2004. - 10000 p.
9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2007 года № 264 «О совершенствовании эпидемиологического надзора за заболеваемостью корью, краснухой, врожденной краснушной инфекцией и эпидемическим паротитом».
10. Приказ № 450 «Об утверждении плана мероприятий по элиминации кори, краснухи и профилактике синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан на 2012-2015 годы».
11. Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям- 2015. 133-179 с.
12. Национальный научный центр экспертизы лекарственных средств и изделий медицинского назначения. [http://www.dari.kz/category/search\\_prep](http://www.dari.kz/category/search_prep)
13. Казахстанский национальный формуляр. [www.knf.kz](http://www.knf.kz)
14. Британский национальный формуляр. [www.bnf.com](http://www.bnf.com)
15. Под редакцией проф. Л.Е.Зиганшиной «Большой справочник лекарственных средств». Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2011.
16. Библиотека Кохрейна [www.cochrane.com](http://www.cochrane.com)
17. Список основных лекарственных средств ВОЗ. [http://www.who.int/features/2015/essential\\_medicines\\_list/com](http://www.who.int/features/2015/essential_medicines_list/com).