

КОРЬ

Что должны знать родители



P[®] C PHYSICIANS
FOR INFORMED
CONSENT

Доступно на других языках по адресу
physiciansforinformedconsent.org/measles



1. ЧТО ТАКОЕ КОРЬ?

Корь - это самоограничивающаяся детская вирусная инфекция.

- Симптомы кори включают: продромальную (начальную) фазу кашля, насморк, раздражение глаз и лихорадку с последующими множественными высыпаниями на коже на 4-10 день болезни.¹
- Корь заразна во время продромальной фазы и в течение 3-4 дней после появления сыпи.¹
- Большинство случаев кори являются доброкачественными, и отделы здравоохранения их не регистрируют.²
- До введения программы массовой вакцинации против кори почти все болели корью и получали к 15 годам пожизненный иммунитет.¹
- В редких случаях корь может вызвать поражение головного мозга и смерть.^{3,4}

Центры контроля и профилактики заболеваний (ЦКП) публикуют процент смертности от заболевания корью на основе зарегистрированных случаев. Однако почти 90% случаев кори являются доброкачественными, и ЦКП их не регистрируют.² Расчет процента смертности на основе зарегистрированных случаев (которые составляют лишь 10% всех случаев) дает показатель в 10 раз выше, чем на самом деле среди населения в целом. Анализ данных в настоящем документе основан на общем числе случаев заболевания корью (как зарегистрированных, так и не зарегистрированных).



2. КАКОВЫ РИСКИ?

В наши дни в США редко наступает постоянная нетрудоспособность или смерть от кори. С 1900 по 1963 г. процент смертности от кори среди населения снизился с 13,3 на 100000 до 0,2 на 100000 благодаря улучшению условий жизни, питания и здравоохранения—это 98%-ное снижение (рис. 1).^{2,5} Основной причиной приблизительно 90 000 смертей от кори ежегодно в слаборазвитых странах является недоедание, особенно дефицит витамина А.⁶ В США и других развитых странах 75-92% госпитализированных больных корью имеют дефицит витамина А.^{7,8}

В ходе исследований и общенационального отслеживания кори документально подтверждено следующее:

- 1 из 10000, или 0,01% случаев заболевания корью являются смертельными.³
- 3-3,5 из 10000, или 0,03-0,035% случаев заболевания корью приводят к судорожным приступам.⁹
- 1 из 20000, или 0,005% случаев заболевания корью приводят к коревому энцефалиту.⁴
- 1 из 80000, или 0,00125% случаев приводят к постоянной нетрудоспособности от коревого энцефалита.⁴
- 7 из 1000, или 0,7% больных подвергаются госпитализации.¹⁰
- 6-22 из 1000000 или 0,0006-0,0022% случаев приводят к подострому склерозирующему панэнцефалиту (ПСПЭ).¹¹

Снижение смертности от кори с 1900 по 1963 г. ^{2,5}

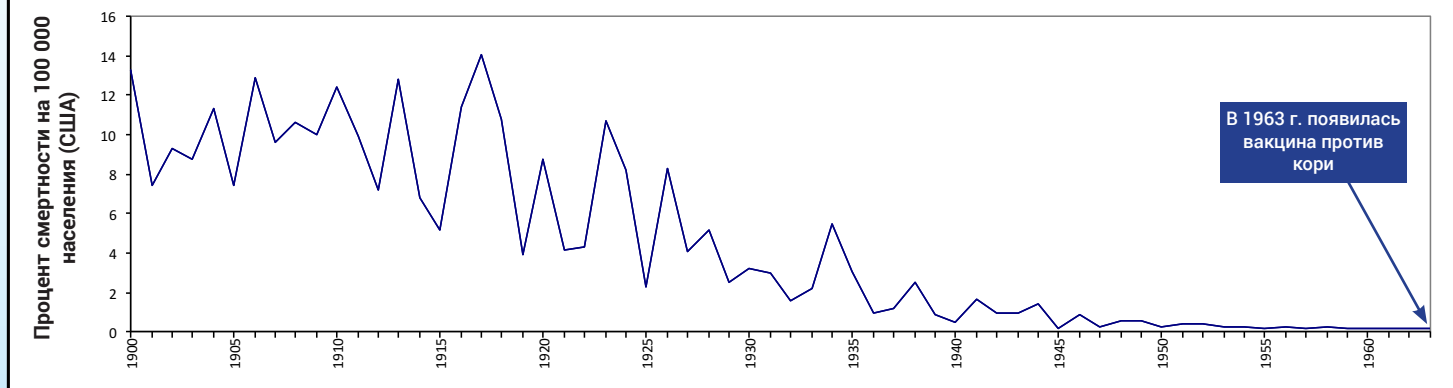


Рисунок 1: Смертность от кори снизилась с 1900 по 1963 гг. на 98% до появления вакцины против кори.



3. КАКОЕ ИМЕЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ОТ КОРИ?

Поскольку почти во всех случаях корь проходит сама, обычно требуется только поддерживающее лечение. Варианты лечения таковы:

- Отдых
- Восполнение потери жидкости
- Витамин А¹² в больших дозах
- Иммуноглобулин (имеется для пациентов с ослабленным иммунитетом, например проходящих химиотерапию)¹³



Витамин А

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует лечить серьезные случаи кори витамином А в больших дозах (50000–200000 МЕ) перорально два дня подряд.¹³



4. ЕСТЬ ЛИ КАКАЯ-НИБУДЬ ПОЛЬЗА ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОРЬЮ?

Существуют исследования, позволяющие предположить наличие связи между естественно приобретенной коревой инфекцией и пониженным риском появления ходжкинских и неходжкинских лимфом, а также аллергических болезней,

таких как сенная лихорадка, экзема и астма.¹⁴⁻¹⁸ Кроме того, коревые инфекции связаны с более низким риском смертности от сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни.¹⁹ Более того, младенцы, родившиеся у матерей, у которых была естественно приобретенная корь, защищены от кори через материнский иммунитет дольше, чем младенцы, родившиеся у вакцинированных матерей.²⁰



5. ЧТО НАСЧЕТ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ КОРИ?

Вакцина против кори появилась в США в 1963 году, а теперь доступна только как компонент тривакцины против кори, паротита и краснухи (КПК). Она значительно уменьшила заболеваемость корью; однако эта вакцина не может предотвратить все случаи заболевания корью, поскольку сообщалось о неудачах.²¹ На листе-вкладыше производителя содержится информация об ингредиентах вакцины, нежелательных реакциях и оценки вакцины. Например: «Вакцина КПК II не оценивалась на канцерогенный или мутагенный потенциал, или потенциал нарушения репродуктивной функции».¹¹ Кроме того, не доказано, что риск хронической травмы и смерти от вакцины КПК меньше, чем от кори (рис. 2).^{22, 23}

Смертность от кори по сравнению с главными причинами смерти детей в возрасте до 10 лет (на 100,000 населения)²²⁻²⁵

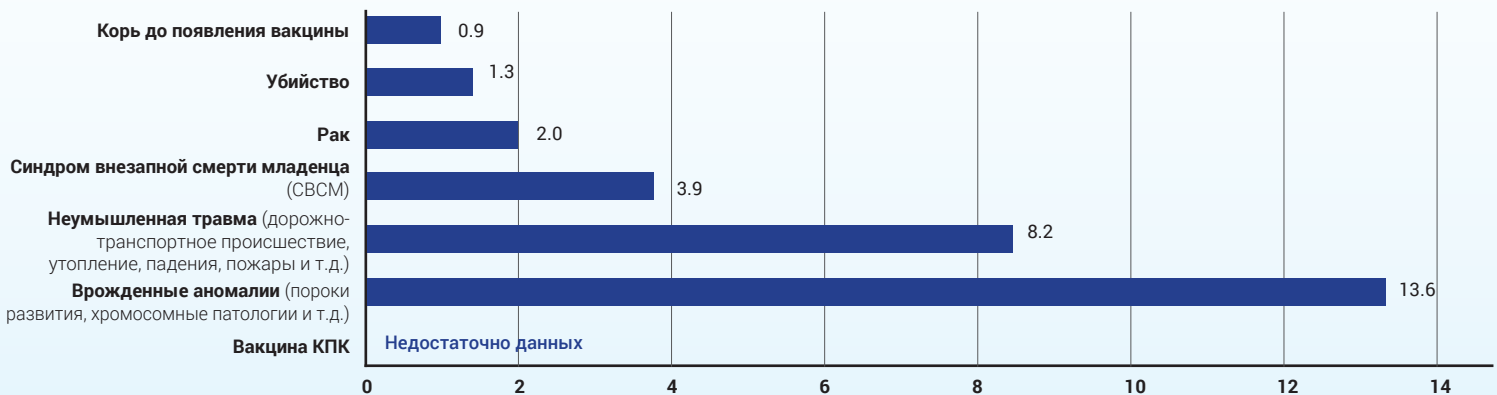


Рисунок 2: На этом графике показан процент смертности от кори до появления вакцины, когда корь была частой детской вирусной инфекцией, и его сравнение с главными причинами смерти детей в возрасте до 10 лет сегодня. Поэтому в эпоху до появления вакцины процент смертности от кори на 100 000 составлял для детей в возрасте до 10 лет 0,9. В 2015 г. процент смертности на 100000 от убийств был 1,3, далее шли рак (2,0), СВДС (3,9), неумышленная травма (8,2) и врожденные аномалии (13,6). Процент смертей или хронических травм от вакцины КПК неизвестен, потому что имеющиеся исследования не позволяют измерить его с достаточной точностью.^{22, 23}

Все ссылки и информационный бюллетень о рисках, связанных с вакциной (ИБРВ) против кори, имеются на сайте physiciansforinformedconsent.org/measles.

Эти заявления предназначены только для информирования и не должны толковаться как личный медицинский совет.

ССЫЛКИ

1. Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. 209-15.
2. **Between 1959 and 1962, annually there were about 4 million cases, of which 440,000 (11%) were reported.**
 - Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E3.
 - Centers for Disease Control. Measles prevention: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. 1989; 38(S-9):1.
3. **Between 1959 and 1962, annually there were 400 measles deaths out of 4 million cases, about 1 in 10,000 cases.**
 - Same sources as reference 2.
 - Langmuir AD, Henderson DA, Serfling RE, Sherman IL. The importance of measles as a health problem. Am J Public Health Nations Health. 1962 Feb;52(2)Suppl:1-4.
4. **Measles surveillance in the 1980s and 1990s showed that there are half as many cases of measles encephalitis as there are measles deaths, 1 in 20,000 cases (50% of 1 in 10,000 cases of death). Of these cases, 25% (1 in 80,000 cases) result in residual neurological injury.**
 - Same sources as references 1 and 3.
5. Grove RD; Hetzel AM; U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Vital statistic rates in the United States 1940-1960. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office;1968. 559-603.
6. **The measles case-fatality rate in underdeveloped nations, where vitamin A deficiency is prevalent, is about 3–6% of reported cases, 30 to 60 times higher than in developed countries.**
 - World Health Organization. Measles: fact sheet [updated 2017 Oct; cited 2017 Dec 7]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en>.
7. Butler JC, Havens PL, Sowell AL, Huff DL, Peterson DE, Day SE, Chusid MJ, Bennin RA, Circo R, Davis JP. Measles severity and serum retinol (vitamin A) concentration among children in the United States. Pediatrics. 1993 Jun;91(6):1177-81.
8. Hussey GD, Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. N Engl J Med. 1990 July;323(3):160-4.
9. **Measles surveillance in the 1980s and 1990s showed that there are 3 to 3.5 times more measles seizures than measles deaths (3 to 3.5 per 10,000 cases).**
 - Same sources as references 1 and 3.
10. **Measles surveillance in the 1980s and 1990s showed that there are about 70 times more measles hospitalizations than measles deaths (7 per 1,000 cases).**
 - Same sources as reference 3.
 - Centers for Disease Control. Current trends measles – United States, 1989 and first 20 weeks 1990, June 1990. MMWR. 1990;39(21):353-5,361-3.
11. U.S. Food and Drug Administration: M-M-R II (measles, mumps, and rubella virus vaccine live). Whitehouse Station: Merck & Co., Inc.; c1971 [cited 2017 June 21]. <https://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproduct/ucm123789.pdf>.
12. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis. 2004 May 1;189 Suppl 1: S4-16.
13. California Department of Public Health. Measles investigation quicksheet. May 2011.
14. Alexander FE, Jarrett RF, Lawrence D, Armstrong AA, Freeland J, Gokhale DA, Kane E, Taylor GM, Wright DH, Cartwright RA. Risk factors for Hodgkin's disease by Epstein-Barr virus (EBV) status: prior infection by EBV and other agents. Br J Cancer. 2000 Mar;82(5):1117-21.
15. Glaser SL, Keegan TH, Clarke CA, Trinh M, Dorfman RF, Mann RB, DiGiuseppe JA, Ambinder RF. Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus–defined Hodgkin's lymphoma in women. Int J Cancer. 2005 Jul 1;115(4):599-605.
16. Montella M, Maso LD, Crispo A, Talamini R, Bidoli E, Grimaldi M, Giudice A, Pinto A, Franceschi S. Do childhood diseases affect NHL and HL risk? A case-control study from northern and southern Italy. Leuk Res. 2006 Aug;30(8):917-22.
17. Shaheenet SO, Aaby P, Hall AJ, Barker DJ, Heyes CB, Shiell AW, Goudiaby A. Measles and atopy in Guinea-Bissau. Lancet. 1996 Jun 29;347:1792-6.
18. Rosenlund H, Bergström A, Alm JS, Swartz J, Scheynius A, van Hage M, Johansen K, Brunekreef B, von Mutius E, Ege MJ, Riedler J, Braun-Fahrlander C, Waser M, Pershagen G; PARSIFAL Study Group. Allergic disease and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infection. Pediatrics. 2009 Mar;123(3):771-8.
19. Kubota Y, Iso H, Tamakoshi A, JACC Study Group. Association of measles and mumps with cardiovascular disease. The Japan Collaborative Cohort (JACC) study. Atherosclerosis. 2015 August;241(2):682-6.
20. Waaijenborg S, Hahné SJ, Mollema L, Smits GP, Berbers GA, van der Klis FR, de Melker HE, Wallinga J. Waning of maternal antibodies against measles, mumps, rubella, and varicella in communities with contrasting vaccination coverage. J Infect Dis. 2013 Jul;208(1):10-6.
21. Poland GA, Jacobson RM. The re-emergence of measles in developed countries: time to develop the next-generation measles vaccines? Vaccine. 2012 Jan 5;30(2):103-4.
22. Physicians for Informed Consent. Measles – vaccine risk statement (VRS). Dec 2017. <https://www.physiciansforinformedconsent.org/measles/vrs>.
23. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Syst Rev. 2012 Feb 15;(2).
24. 10 leading causes of death by age group, United States—2015. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [cited 2017 June 21]. https://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading-causes_of_death_age_group_2015_1050w740h.gif.
25. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Vital statistics of the United States 1962, volume 2—mortality, part A. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office; 1964. 94.