

## Особенности диагностики и профилактики кори на современном этапе

*А. В. Савина, Е. Т. Вдовина, М. В. Богданова, С. И. Котив, Т. К. Кускова, Я. М. Еремушкина*

В 2012 г. началось осуществление нового Глобального стратегического плана по борьбе против кори и краснухи, который охватывает период 2012–2020 гг. [1]. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) пришла к выводу, что глобальные промежуточные цели и цели элиминации кори, поставленные на 2015 г., не были достигнуты из-за сохраняющихся пробелов в охвате населения иммунизацией. Для стабилизации ситуации, достигнутой на сегодняшний день в области борьбы с корью, СКГЭ рекомендует уделять повышенное внимание улучшению систем иммунизации в целом. Цель на конец 2020 г. — достичь элиминации кори и краснухи по крайней мере в пяти регионах ВОЗ. Основываясь на нынешних тенденциях в охвате вакцинацией против кори и заболеваемости корью, ВОЗ будет продолжать укреплять глобальную лабораторную сеть для обеспечения своевременной диагностики кори и следить за международным распространением вирусов кори в целях применения более скоординированного подхода к проведению мероприятий по вакцинации и снижению смертности от этой предотвратимой с помощью вакцин болезни [1]. Однако, несмотря на все усилия мирового сообщества по борьбе с корью, заболеваемость корью продолжает расти.

По данным Всемирной организации здравоохранения неблагоприятная ситуация по кори сохраняется во многих странах мира [1]. С начала 2019 г. число случаев заболеваний корью продолжает расти. Согласно предварительным глобальным данным, в первые три месяца 2019 г. число зарегистрированных случаев заболевания увеличилось на 300 процентов по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. Отмечается ряд стран, в которых в настоящее время регистрируются вспышки кори. Такими странами являются Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Мадагаскар, Мьянма, Филиппины, Судан, Таиланд и Украина. В основном болеют дети младшего возраста.

За последние месяцы резкий рост заболеваемости происходит также в странах, в которых охват вакцинацией в целом является достаточно широким, в том числе в Соединенных Штатах Америки, Израиле, Таиланде и Тунисе.

В Европейском регионе регистрируется беспрецедентный рост заболеваемости кори за последние 10 лет. Известно о 37 смертельных случаях заболеваний. Наиболее пострадавшие страны — Украина и Грузия.

Только за последний год на Украине показатель больных корью составил 84,9 на 100 тыс. населения, в Грузии — 39,6, в Черногории — 32,4, в Греции — 26,1, в Румынии — 8,4, в Молдове — 7,7, во Франции — 4,3, в Италии 4,2 [2].

В наступившем 2019 г. неблагоприятная ситуация продолжается. Из-за эпидемии кори Польша намерена запретить въезд непривитым гражданам Украины. По данным Минздрава Украины только за период с 28 декабря 2018 г. по 3 января 2019 г. в стране заболело 2305 человек. Минздрав Грузии 18 января 2019 г. объявил об эпидемии кори, когда за 2 недели было зарегистрировано более 300 случаев инфекции.

В Российской Федерации за период с января по декабрь 2018 г. зарегистрировано 2538 случаев кори, за аналогичный период 2017 г. было зарегистрировано 725 случаев кори, что отмечает рост заболеваемости в 3,5 раза [2]. Системно проводимые профилактические мероприятия, основным из которых является иммунизация населения, позволяют не допустить распространение инфекции.

Случаи кори в России регистрируются преимущественно среди не привитых лиц, которые не получили прививки в связи с отказом, медицинскими противопоказаниями или при отсутствии постоянного места жительства. Большинство случаев кори связаны с завозом инфекции из-за рубежа, что подтверждается углубленными молекулярно-генетическими исследованиями.

С группами непривитого населения проводится системная работа. Особое внимание уделяется кочующему населению по причине сложности проведения плановой иммунизации, среди которого и возникают очаги распространения инфекции, а также родителям, не желающим прививать своих детей [3–5].

С началом 2019 г. ситуация с заболеваемостью корью в Москве не улучшается. Особую актуальность для врачей общей практики, терапевтов, инфекционистов приобретает умение дифференцировать корь с другими инфекционными заболеваниями. Необходимо принимать во внимание особенности течения болезни на современном этапе [6, 7]. Нарушение этапности высыпаний, наличие диарейного синдрома, тошноты, рвоты являются нередкими признаками течения кори сегодня.

### Дифференциальная диагностика кори

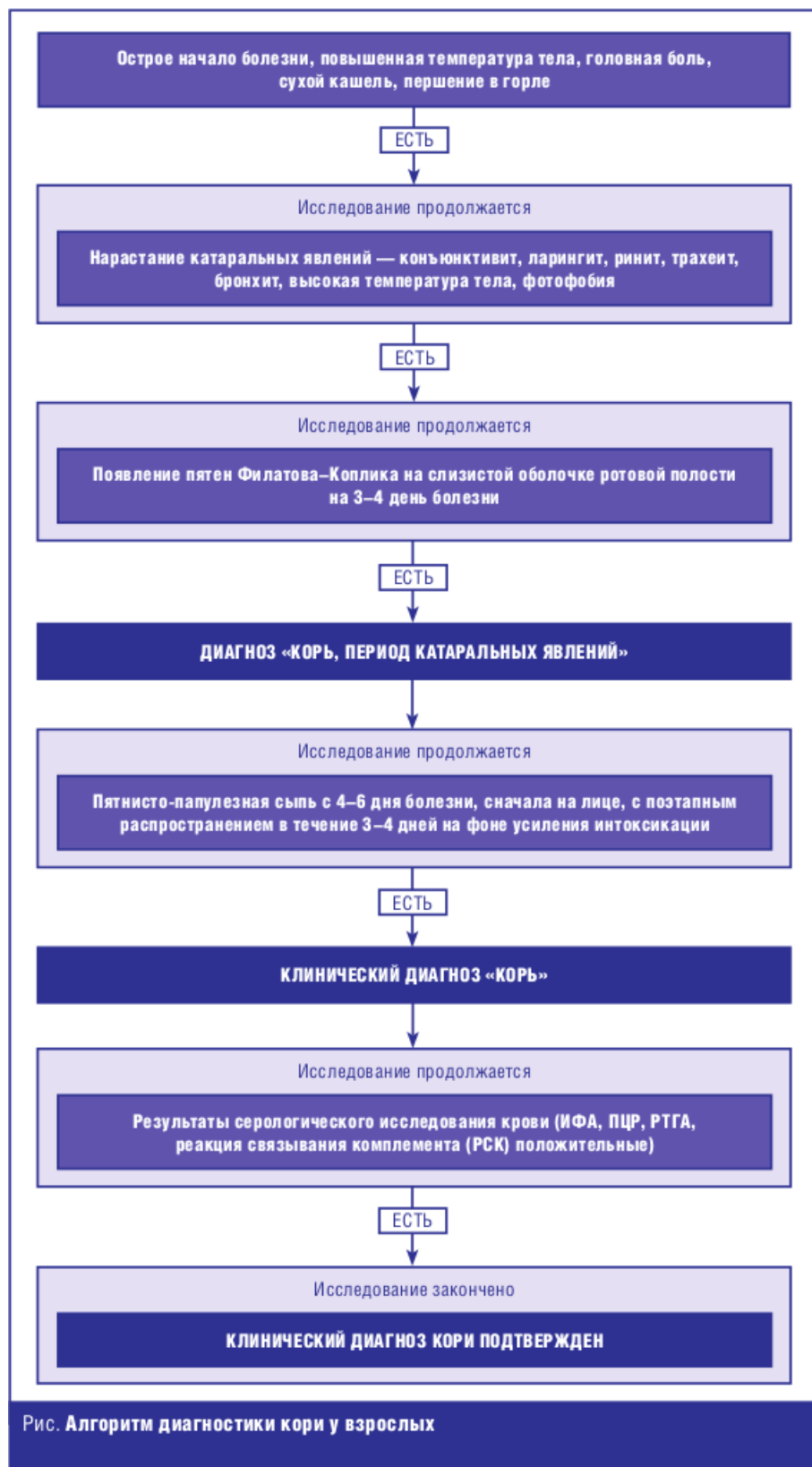
Дифференциальную диагностику в катаральном периоде проводят с гриппом и другими ОРВИ. Решающим признаком является вид слизистой оболочки ротовой полости и ротоглотки. При гриппе и ОРВИ она чистая, блестящая, умеренно гиперемизированная, влажная, пятна Филатова–Коплика отсутствуют.

При гриппе более выражены симптомы интоксикации, в том числе боль в области надбровных дуг, интенсивность головной боли, боль при движении глазных яблок, мышечная боль.

В период высыпаний корь дифференцируют чаще всего с краснухой, энтеровирусной и аллергической экзантемами, скарлатиной, менингококкемией, с токсико-аллергической реакцией на ампициллин у больных Эпштейна–Барр-вирусным инфекционным мононуклеозом.

Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика митигированной кори с краснухой. Решающими являются данные эпидемиологического анамнеза (контакт с больным) и результаты исследования парных сывороток в реакции торможения гемагглютинации (РТГА) с коревым и краснушным диагностикумами. В настоящее время для разграничения данных болезней используют полимеразную цепную реакцию (ПЦР) и иммуноферментный анализ (ИФА).

Для повышения эффективности дифференциальной диагностики кори в амбулаторных условиях нами был разработан алгоритм диагностики кори (рис.) [6].



### Особенности течения кори в разных возрастных группах

Следует принимать во внимание, что у взрослых болезнь протекает с высокой температурой и выраженной интоксикацией. Катаральный период может затягиваться до 6–8 суток. Пятна Филатова–Коплика–Бельского сохраняются дольше, чем у детей, до 3–4 дня высыпания на коже. Сыпь обильная, крупнопятнисто-папулезная, часто сливается, может иметь геморрагический характер.

При этом у детей корь протекает легче, менее выражена интоксикация и лихорадка. Сопровождается одутловатостью лица, катаральной ангиной, грубым, лающим кашлем, стенозированным дыханием. Пятна Филатова–Коплика–Бельского исчезают в первые два дня сыпи [8, 9].

Диагностические ошибки в периоде высыпания чаще бывают при атипичном течении болезни (митигированная корь, корь со злокачественным течением — гипертоксическая, геморрагическая).

Митигированная корь наблюдается у лиц, получивших иммуноглобулин человека нормальный или, в отдельных случаях, у привитых, но утративших иммунитет. Заболевание характеризуется легкими катаральными явлениями, пятна Филатова–Коплика–Бельского могут отсутствовать, температура нормальная или субфебрильная, сыпь не обильная, неякая.

Геморрагическая форма отличается тяжелой общей интоксикацией и сопровождается явлениями геморрагического диатеза: множественными кровоизлияниями в кожу, слизистые оболочки, кровавым стулом, гематурией. При этой форме может быстро наступить летальный исход.

Гипертоксическая форма кори характеризуется гипертермией, токсикозом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, менингоэнцефалитическими явлениями.

## Осложнения

Из осложнений кори, требующих особой тактики, следует отметить наиболее частые — бронхиты, пневмонии, острый коревой ларинготрахеит с расстройством дыхания (ложный круп). Могут наблюдаться затяжные конъюнктивиты, кератиты, а также отиты, евстахеиты, синуситы, пиелонефриты, ангины, которые чаще появляются в периоде пигментации. Наиболее тяжелым и часто грозным осложнением кори являются менингоэнцефалит и серозный менингит. На фоне казалось бы типичного течения кори появляются общемозговые симптомы — резкая головная боль, рвота, двигательное возбуждение, спутанность и расстройства сознания, менингеальные знаки (ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского). Важным является тот факт, что чем в более ранний период возникает менингеальная симптоматика, тем тяжелее течение болезни.

## Профилактика

Комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий включает выявление источников инфекции, определение границ эпидемических очагов, контактировавших с больным корью и не защищенных против кори среди них.

Восприимчивыми к кори считают тех, кто не болел корью и не прививался против нее или привит однократно, а также лиц с неизвестным прививочным анамнезом или тех, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела к вирусу кори в защитных титрах в РТГА — 1:5, в реакции торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА) — 1:10 и выше.

Основным методом профилактики кори является вакцинопрофилактика, цель которой — создание невосприимчивости населения к этой инфекции [10–12]. Принятие мер по борьбе с корью требует различных подходов, призванных обеспечить своевременную вакцинацию детей, причем особое внимание должно уделяться обеспечению доступа к первичной медико-санитарной помощи, высокому качеству и ценовой доступности соответствующих услуг. Кроме того, необходимы информационно-разъяснительные кампании и мероприятия, направленные на повышение осведомленности населения относительно значения вакцинации и опасности предотвращаемых вакцинацией заболеваний.

Эффективность достигается от применения двух доз безопасной вакцины. Тем не менее на протяжении нескольких лет глобальный охват первой дозой вакцины от кори не меняется, оставаясь на уровне 85 процентов. Это меньше 95 процентов — показателя, необходимого для предотвращения вспышек заболевания, поэтому многие люди и многие группы населения подвергаются риску. Охват второй дозой вакцины, хотя и расширяется, составляет 67 процентов.

Согласно Национальному календарю профилактических прививок и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям иммунизации подлежат:

- дети в возрасте 12 месяцев (вакцинация) и в 6 лет (ревакцинация);
- лица до 35 лет (включительно) ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений 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 против кори;
- 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 иммунобиологические лекарственные препараты, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке

согласно инструкциям по их применению. После двукратной иммунизации защитный титр антител определяется у 95–98% вакцинированных.

Для иммунизации используют моновакцины: вакцина коревая культуральная живая сухая (Россия), Рувакс (Франция); комбинированные вакцины М-М-Р II (для профилактики кори, паротита и краснухи) (США) и Приорикс (для профилактики кори, паротита и краснухи) (Великобритания).

На сегодняшний день вакцинация от кори показала высокую эффективность в предотвращении случаев заболевания инфекцией, а также значительное уменьшение количества смертельных исходов в результате неблагоприятного течения заболевания.

Применение алгоритма диагностики кори позволяет быстро и эффективно установить диагноз кори, провести дифференциальную диагностику и своевременно изолировать пациента, тем самым предупреждая распространение данной инфекции.

## Литература

1. Корь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2019. Новые данные эпидемиологического надзора за корью за 2019 г.
2. О ситуации с заболеваемостью корью в России и зарубежных странах 11.02.2019 г. URL: [http://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news\\_details.php?ELEMENT\\_ID=11283](http://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=11283).
3. Тураева Н. В., Цвиркун О. В., Герасимова А. Г. и др. Активный эпидемиологический надзор за корью — опыт Российской Федерации. Труды Института полиомиелита и вирусных энцефалитов имени М. П. Чумакова РАМН // Медицинская вирусология. 2015. № 2. С. 65–79.
4. Липатов Д. А. Анализ заболеваемости корью в Российской Федерации в 2016 году и основные направления деятельности по ее профилактике // Медицинская статистика и оргметодрабota в учреждениях здравоохранения. 2017. № 9. С. 21–25.
5. Петрухина М. И., Ртищев А. Ю., Цвиркун О. В. Эпидемиология и профилактика кори // Медицинский алфавит. 2015. № 3. С. 62–64.
6. Еремушкина Я. М., Вдовина Е. Т., Котив С. И., Кускова Т. К. Алгоритм диагностики кори в сложной эпидемической ситуации. Анализ клинических данных. // Инфекционные болезни. 2015. № 4. С. 76–82.
7. Мамаева Т. А., Железнова Н. В., Наумова М. А. и др. Алгоритм лабораторного подтверждения и дифференциальной диагностики коревой инфекции в период элиминации кори в Российской Федерации // Инфекция и иммунитет. 2015. № 1. С. 55–62.
8. Тимченко В. Н. и др. Корь у детей раннего возраста // Детские инфекции. 2015. № 2. С. 52–58.
9. Раев М. Б., Храмцов П. В., Бочкова М. С. и др. Диагностика кори: современные подходы, проблемы // Российский иммунологический журнал. 2017. № 3. С. 474–476.
10. Алешкин В. А., Тихонова Н. Т., Герасимова А. Г. и др. Проблемы на пути достижения элиминации кори в Российской Федерации // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2016. № 5. С. 29–34.
11. Цвиркун О. В., Тихонова Н. Т., Ющенко Г. В., Герасимова А. Г. Эпидемический процесс кори в разные периоды ее вакцинопрофилактики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2015. № 2 (81). С. 80–87.
12. Костиков М. П., Шмитько А. Д., Соловьева И. Л. и др. Защищены ли от кори дети с аллергическими заболеваниями и часто болеющие после ревакцинации? // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. 2017. № 4. С. 140–145.

---

**Я. М. Еремушкина\***<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

**Т. К. Кускова\***, кандидат медицинских наук

**Е. Т. Вдовина\*\***

**А. В. Савина\*\***

**М. В. Богданова\*\***

**С. И. Котив\*\***

**\* ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва**

**\*\* ГБУЗ ИКД № 2 ДЗМ, Москва**

<sup>1</sup> Контактная информация: [janetta\\_e@mail.ru](mailto:janetta_e@mail.ru)

DOI: 10.26295/OS.2019.59.87.008

Особенности диагностики и профилактики кори на современном этапе/ Я. М. Еремушкина, Т. К. Кускова, Е. Т. Вдовина, А. В. Савина, М. В. Богданова, С. И. Котив

Для цитирования: Лечащий врач № 11/2019; Номера страниц в выпуске: 32-35

Теги: вирус кори, дифференцирование, сыпь, диарея

