

Клинико-эпидемиологическая характеристика кори на современном этапе

Е. И. Краснова, Е. Н. Кибирова, И. В. Куимова, Л. Ю. Чернышова, Н. И. Гаврилова, О. А. Симкина

История изучения кори уходит далеко в средние века, когда было отмечено, что данная инфекция является одной из самых распространенных детских болезней, характеризуется тяжелым течением и летальностью до 40% среди детей до трех лет [6]. До середины XX века корь была повсеместно распространена, при внутригодовой динамике наблюдалась осенне-весенняя сезонность, которая длилась 7 месяцев, а в структуре заболевших более 90% составляли дети. Как отмечал Л. В. Громашевский, «корь практически является болезнью уникального распространения, избежать ее удается лишь тем лицам, которые своей жизненной обстановкой поставлены вне условий встречи с источником инфекции в течение всей своей жизни» [3]. В 1916–1921 гг. Ch. Nikolle, E. Conseil и R. Dedkwitz разработали методы серопрофилактики и иммунотерапии с помощью человеческой сыворотки, что позволило существенно уменьшить число осложнений при кори и значительно снизить летальность при этой инфекции. Однако серопрофилактика не повлияла на проявления эпидемического процесса. Только создание и широкое применение в 60-е годы XX века противокоревой вакцины привело к резкому снижению заболеваемости и даже ее ликвидации в ряде стран. Специфическая профилактика кори в России и проведение эпидемиологического надзора за инфекцией также позволили значительно снизить заболеваемость и практически полностью ликвидировать смертность от этой болезни.

На фоне высокой эффективности широкого применения коревых вакцин Всемирная организация здравоохранения определила в 1990 г. две основные задачи: добиться к 1995 г. снижения смертности от кори на 95% и снижения заболеваемости — на 90%. В глобальном масштабе эти задачи решены не были, но к концу 1995 г. почти в 2/3 стран — членов ВОЗ заболеваемость корью удалось снизить на 90%, а примерно в половине стран мира смертность от кори уменьшилась на 95% и более. Успехи вакционопрофилактики, интенсивное развитие эпидемиологии, вирусологии и иммунологии позволили ВОЗ в 2002 г. сформулировать задачу элиминации кори (снижение показателя заболеваемости до нуля) на отдельных географических территориях. В России была разработана программа ликвидации кори к 2010 г. [4].

И уже к 2009 г. показатель заболеваемости по кори составлял 0,07 на 100 тыс. населения, заболевания регистрировались только в 10 субъектах Российской Федерации, в 74 регионах корь не регистрировалась. Из 100 установленных случаев кори 20 были завезены из-за рубежа (Таиланд, Индия, Германия, Франция, Китай, Индонезия, Вьетнам и Украина). Среди заболевших — 92% не были вакцинированы против кори. Но в 2010 г. заболеваемость корью увеличилась на 25,9% по сравнению с 2009 г. и составила 0,09 на 100 тыс. населения. Данная тенденция сохранилась и в последующие годы. По данным ВОЗ (2019 г.) во многих странах регистрируются значительные вспышки кори и во всех регионах мира наблюдается устойчивый рост заболеваемости. К числу стран, в которых в настоящее время регистрируется наибольшее количество заболевших корью, относятся Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Мадагаскар, Мьянма, Филиппины, Судан, Таиланд и Украина. Ежегодно инфекция поражает большое количество детей и взрослых, но в основном болеют дети младшего возраста. Многочисленные вспышки кори в Европейском регионе ставят под угрозу программу по элиминации этой инфекции.

По данным Управления Роспотребнадзора по Новосибирской области, начиная с 2006 г. на протяжении ряда лет отмечались лишь единичные случаи заболевания корью. Рост заболеваемости по данной инфекции отмечен в 2018 г. (рис.).

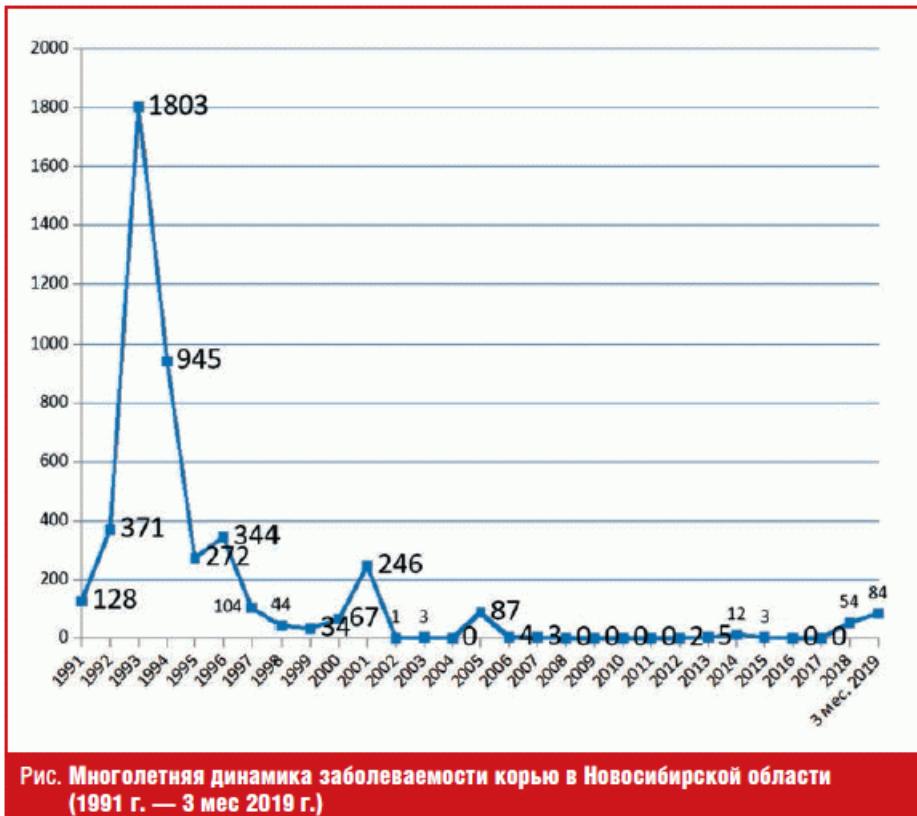


Рис. Многолетняя динамика заболеваемости корью в Новосибирской области
(1991 г. — 3 мес 2019 г.)

При этом отмечается отсутствие прямой пропорциональной зависимости роста случаев заболевания от количества вакцинированных лиц. Начиная с 2003 г. по настоящее время процент охвата населения вакцинацией по кори в Новосибирской области находится в диапазоне 95–98,5%. По информации ВОЗ, в последние годы стал наблюдаться резкий рост заболеваемости по кори как раз в тех странах, в которых охват вакцинацией находится в целом на очень высоком уровне. Так, все чаще корь регистрируется в Соединенных Штатах Америки, в Израиле, Таиланде и Тунисе. Заболевание быстро распространяется среди групп населения, не охваченных вакцинацией [2].

В 2018 г. в Новосибирской области было зарегистрировано 54 случая кори. В 100% случаев диагноз кори был подтвержден обнаружением антител класса IgM методом иммуноферментного анализа. Основная часть заболевших (45 случаев) были лица цыганской национальности из 10 домашних очагов, установлены близкие родственные связи и постоянный контакт. По данным эпидемиологического анамнеза, за несколько дней до первых случаев заболевания отмечались контакты с родственниками, приехавшими из другого региона. Заболевание диагностировано у 11 взрослых и 34 детей, среди последних у 6 человек — в возрасте до 1 года. Кроме того, отмечались единичные завозные (Болгария, Индия, Таиланд, Бангладеш, Грузия, Вьетнам) случаи кори (у 1 взрослого и у 8 детей). Все заболевшие не имели прививок против кори.

В 2019 г. было зарегистрировано 96 случаев заболевания корью (показатель 3,44 на 100 тыс. населения), в том числе 76 случаев (80%) среди детей. Таким образом, отмечен рост заболеваемости по сравнению с 2018 г. в 5,6 раза. Следует отметить, что и в 2019 г. большая часть заболевших была также из домашних очагов. В ходе эпидемиологических расследований установлено 26 домашних очагов среди христиан-баптистов, в подавляющем большинстве у которых имелись многодетные семьи. Корь диагностирована у 82 человек: у 71 ребенка и 11 взрослых. Все заболевшие не были привиты по религиозным мотивам. Установлено, что заражение произошло при посещении «Дома молитвы» путем контакта с ребенком 12 лет, находившимся в инкубационном периоде кори. Согласно проведенному эпидемиологическому расследованию, стало известно, что первый заболевший ребенок в периоде с 14.01.19 по 04.02.19 г. находился в г. Москве с туристической целью, вакцинации по кори не получал по причине отказа родителей по религиозным соображениям.

Остальные 14 случаев кори зарегистрированы как спорадические, между собой не связанные, в том числе 7 завозных случаев из Королевства Таиланд, Бангладеш, Грузии, Вьетнама. У 94 заболевших корью из 96 (97,9%) вакцинация против данной инфекции ранее не проводилась. Двое заболевших взрослых отмечали наличие в анамнезе прививок против кори, но подлинность данных об указанной вакцинации подтвердить не удалось, так как иммунизация проводилась за пределами Новосибирской области, по месту проживания. Следует отметить, что в рамках противоэпидемических мероприятий 29,2% контактным была проведена экстренная вакцинация (24 человека), а 4 пациентам был введен противокоревой иммуноглобулин (4,8%). Но, несмотря на принятые профилактические меры, все 28 человек заболели.

Клиническая характеристика рассматриваемых случаев кори полностью соответствует представлениям о типичных проявлениях болезни [6, 7]. У всех больных отмечалась четко обозначенная цикличность заболевания с клинически выраженным периодами катаральных проявлений, высыпания и пигментации. Средняя продолжительность

инкубационного периода составила $9,2 \pm 0,2$ дня. У 96 (64%) больных диагностирована средняя степень тяжести заболевания, у 38 (25,3%) — тяжелая и у 16 (10,6%) — легкая. Длительность интоксикационного периода варьировала от 5 до 12 суток (в среднем $8,4 \pm 0,3$). Катаральная триада Стимсона (конъюктивит, ринит, ларингит) отмечалась у всех наблюдавшихся больных. Пятна Бельского–Филатова–Коплика отмечены у 42 (28%) пациентов. Высыпной период характеризовался распространением сверху вниз пятнисто-папулезной, склонной к слиянию сыпи, с последующей пигментацией и шелушением. У 18 больных (12%) отмечались геморрагические пропитывания кожных элементов. Осложнения регистрировались у всех больных с тяжелой степенью тяжести (25,3%). Преимущественно отмечались поражения органов дыхания. Так, пневмония была диагностирована у 12 больных (8% от всех заболевших), острый простой бронхит — у 20 (13,3%), коревой кашель — у 2 (1,3%). Отит среднего уха установлен у 3 детей (2%), стоматит — у 7 (4,6%).

В основе лечебных мероприятий была патогенетическая терапия, по показаниям назначались системные антибактериальные препараты и глюкокортикоиды. Средняя продолжительность койко-дня составила $10,2 \pm 0,3$. Все больные были выписаны с клиническим выздоровлением.

Проведенный анализ показал, что все случаи кори имели завозной характер. На фоне высокого популяционного иммунитета (охват вакцинацией свыше 95% населения) отмечается усиление влияния на эпидемический процесс социального фактора. Преобладают очаги с одним случаем заболевания и отсутствием устойчивой передачи вируса контактным лицам. Массовые случаи заболевания корью происходят при попадании и распространении вируса среди определенных социальных групп населения (непривитые по философско-религиозным убеждениям, маргинальные группы (цыгане), трудовые мигранты и т. д.). Учитывая, что, по данным литературы, основным генотипом эндемичного вируса кори на территории Новосибирской области был генотип D6 [1], циркуляция которого в России прервана в 2008 г. [8, 9], можно предположить, что случаи возникновения заболевания обусловлены импортированием вируса кори разных генотипов из эндемичных регионов земного шара.

Таким образом, очевидно, что для успешного завершения процесса элиминации кори в целом в Российской Федерации и на территории Новосибирской области необходимо обязательное выполнение рекомендаций Роспотребнадзора [5] по проведению подчищающей иммунизации: вакцинации не привитых и не болевших корью, а также привитых однократно детей и взрослых, просветительская работа с населением по усилению приверженности к иммунизации и обязательные дополнительные меры по работе с мигрантами.

Литература

1. Агафонов А. П., Игнатьев Г. М., Пьянков С. А., Лосев М. В. Корь. Современные представления о возбудителе. Клиника. Диагностика. Профилактика. Новосибирск, 2005.
2. ВОЗ, пресс-релиз. Копенгаген, 28 марта 2017 г.
3. Громашевский Л. В., Вайндрах Г. М. Частная эпидемиология. 1947.
4. Минздрав РФ: Приказ № 270 от 19.08.2002 «Об утверждении программы ликвидации кори на территории Российской Федерации к 2010 г.».
5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 6 марта 2019 г. № 2 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации».
6. Сундуков А. В., Аликеева Г. К., Кожевникова Г. М. и др. Корь // Лечащий Врач. 2011.
7. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни: учебник. 2013. 688 с.: ил.
8. Цвиркун О. В., Тихонова Н. Т., Ющенко Г. В., Герасимова А. Г. Эпидемический процесс кори в разные периоды ее вакцинопрофилактики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2015; 14 (2): 80–87.
9. Шульга С. В., Тихонова Н. Т., Наумова М. А. Изменение спектра циркулирующих генотипов вируса как показатель элиминации индигенной кори в России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2009. 4 (47). С. 4–8.

И. В. Куимова^{*, 1}, доктор медицинских наук, профессор

Е. И. Краснова^{*,} доктор медицинских наук, профессор

Е. Н. Кибирева^{}**

Н. И. Гавrilova^{*}, кандидат медицинских наук

Л. Ю. Чернышова^{*}**

О. А. Симкина^{}**

^{*}ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск

^{**}ГБУЗ НСОДГКБ № 3, Новосибирск

^{***}ФБУЗ ЦГиЭ Новосибирской области, Новосибирск

¹ Контактная информация: kuimova_ira@mail.ru

Клинико-эпидемиологическая характеристика кори на современном этапе/ И. В. Куимова, Е. И. Краснова, Е. Н.

Кибирева, Н. И. Гаврилова, Л. Ю. Чернышова, О. А. Симкина

Для цитирования: Лечебный врач № 1/2020; Номера страниц в выпуске: 7-9

Теги: дети, профилактика кори, вакцинация, заболеваемость

© «Открытые системы», 1992-2020. Все права
защищены.