

DOI 10.58351/2949-2041.2025.21.4.023

УДК 616.915

Улуканова Лала Уджаговна, доктор медицинских наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»,
МЗ РФ, г.Махачкала

Карнаева Наргиз Сабиловна, к.м.н., доцент,
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»,
МЗ РФ, г.Махачкала

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Аннотация: Корь – опасное вирусное заболевание, сопряженное с серьезными осложнениями, особенно у невакцинированных больных и людей со слабым иммунитетом. Успехи иммунизации позволили отнести корь к «**уходящим**» инфекциям, включенным в Национальную программу, возможность ликвидации ее в нашей стране к 2010 г. (показатель заболеваемости на тот период – 0,2 на 100 тыс. населения). Однако, несмотря на проведенные в прошлом веке масштабные вакцинации населения, в наши дни, по данным Всемирной организации здравоохранения неблагоприятная ситуация по кори сохраняется во многих странах мира. По данным ВОЗ, численность заболевших в 2022г. – 9 миллионов человек, вакцинация позволила снизить число случаев смерти от кори в мире с 761 000 в 2000г. до 136 000 в 2022 г. Умирают в основном невакцинированные или не полностью вакцинированные дети в возрасте до 5 лет. Это вызывает серьезную озабоченность у врачей практического здравоохранения и мобилизует их на серьезную работу по достижению охвата вакцинацией против кори до 90% взрослого и 95% детского населения [1, 2, 3,4].

Историческая справка

Первый период – период «классической» кори до появления специфических средств терапии; *второй период* – использование антибиотиков (снижение летальности от осложнений); *третий период* – введение в практику активной иммунизации против кори (снижение летальности и уровня заболеваемости «управляемая инфекция»); *четвертый период* – возвращение инфекции за счет снижения населением приверженности к вакцинации.

Ключевые слова: корь, инфекция, дети, эпидемиология, вакцинация, лечение.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ заболеваемости корью по Республике Дагестан.

Материалы и методы. На основании статистических и эпидемиологических данных нами проведен анализ роста заболеваемости корью в республике Дагестан, начавшийся в 2023г. в Российской Федерации, продолжился и в 2024г. При этом остается многолетняя тенденция поддержания эпидемического процесса кори за счет непривитых, которые в структуре заболевших составляют 85-90%.

Результаты. Рост заболеваемости корью, начавшийся в 2023г. в Российской Федерации, продолжился и в 2024г. При этом остается многолетняя тенденция поддержания эпидемического процесса кори за счет непривитых, которые в структуре заболевших составляют 85-90%. Аналогичная ситуация наблюдается и в Республике Дагестан, где только в 2023 г. выявлено более 4000 заболевших корью, преимущественно непривитых против этой инфекции. Заболеваемость регистрировалась во всех административных территориях с преобладанием в г. Махачкале. За 2024 год в РД зарегистрировано **2199** лабораторно подтвержденных случаев кори. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения – **68,51**. За аналогичный период 2023г.- **4242** сл., снижение в 1,9 раза. В 2025 году в республике зарегистрировано **5 случаев летального исхода** детей от кори, из них 3 случая – дети до 1-го года.



Количество медицинских отводов и отказов от проведения профилактических прививок по РД

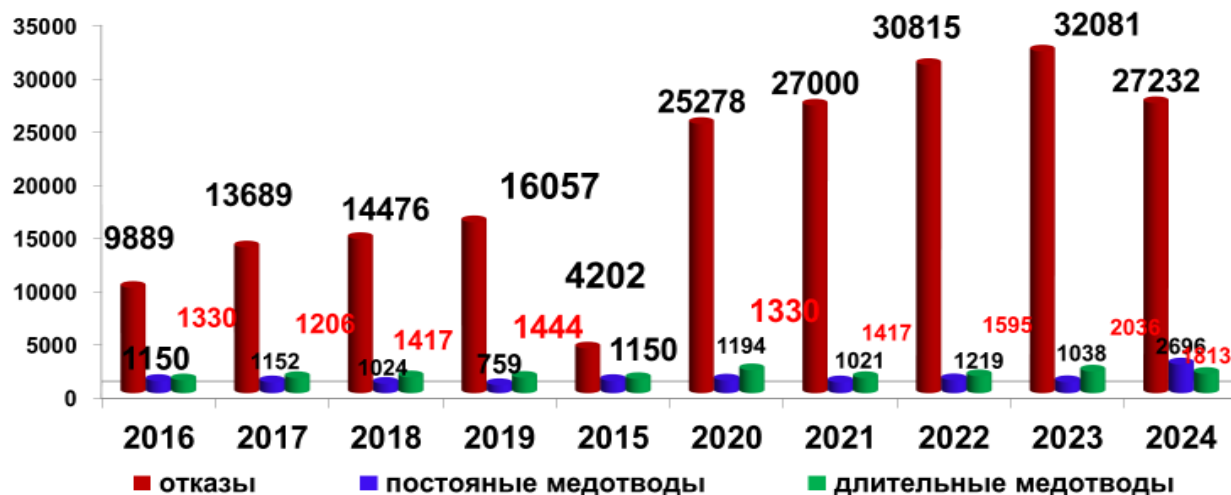


Рис.1 Количество медицинских отводов и отказов от проведения профилактических прививок по РД по годам

Результаты серомониторинга напряженности иммунитета к кори (рекомендуемый критерий эпидемиологического благополучия- не более 7%).

Территории	3-4 года			9-10 лет			16-17 лет			20-29 лет		
	Исследовано	Серонегатив		Исследовано	Серонегатив		Исследовано	Серонегатив		Исследовано	Серонегатив	
2024 год												
Тарумовский р-н (обследовано 300)	32	4	12%	36	16%	16%	33	15	45%	37	7	21,2%
г.Даг.Огни 300	47	9	19,1	50	5	10%	55	5	9,1%	56	6	10,7%
20-29 лет 30-39 лет												
Унцукульский район 300	50	10	20%	50	7	14%	50	5	10%	50 (30-39 лет)	5	10%

Заболееваемость корью по годам в республике Дагестан



Высокий удельный вес больных корью за 2024 г. отмечается по г. Махачкала – 1019 случаев, что составило 46,3%. Наибольшее количество случаев кори (где интенсивный показатель превышает республиканский > 68,1) приходится на Бабаюртовский (80,3), Дербентский (69,71), Кайтагский (71,80), Каякентский (213,5), Кумторкалинский (140,5), Новолакский (112,3), Сергокалинский (71,43) районы и на города Буйнакск (136,2), Кизилюрт (73,95), Махачкала (181,0). На 7-ми территориях республики нет зарегистрированных случаев кори: Агульский район, Курахский, Ногайский, Унцукульский, Хивский, Чародинский, Бежтинский участок Цунтинского района.

Таблица №2

Распределение больных по возрастам

Всего	Возраст						
	До 1 года	1-2 лет	3-6 лет	7-14 лет	15-17 лет	0-17 лет	18 лет и старше
2199	286	479	588	317	46	1716	483
%	13,0	21,8	26,7	14,4	2,1	78,0	22,0

В структуре общей заболеваемости на долю детского населения до 17 лет приходится 78,0% (1716 сл.) и 22,0% (483сл.) на взрослое население. Среди детского населения выделяются возрастная группа 3-6 лет, на долю которой приходится 26,7% (588 сл.). Среди взрослых больше всего в возрастной категории с 30-39 лет – 186 сл.

Таблица 3

Распределение больных по социальному составу

Всего	Организованность					
	н/о	ДОУ	СОШ	СУЗы, ВУЗы	Раб.	н/р
2199	1206	158	317	38	122	358
%	54,84	7,19	14,42	1,73	5,55	16,28

Вирус кори обладает пантропностью, преимущественно поражает клетки: лимфоидной; ретикулоэндотелиальной ткани; клетки эпителия дыхательных путей; нервной системы; отличительной особенностью вируса кори является его способность вызывать длительную постинфекционную иммуносупрессию; во внешней среде быстро инактивируется (в течение 30 мин). Вирус кори может персистировать в ткани мозга человека, формируя **клиническую картину подострого склерозирующего панэнцефалита (ПСПЭ)**. Прогноз этой патологии неутешительный. У 80% пациентов подострый склерозирующий панэнцефалит длится 1-3 года и приводит к смерти пациента. У 10% отмечается молниеносное течение. Увеличить продолжительность жизни больного до 10 лет удастся лишь в 10% случаев.

Стадии подострого склерозирующего панэнцефалита:

I стадия (начальная) характеризуется нарастающими изменениями в характере, поведении, интеллектуальных способностях больного. До появления мышечно-тонических нарушений часто ошибочно диагностируется как психиатрическая патология. **Продолжается 2-12 месяцев.**

II стадия начинается с появления двигательных расстройств (гиперкинезов), пароксизмальных эпизодов (судорожных приступов, абсансов, атонических падений). В дальнейшем присоединяется различная неврологическая симптоматика. **Стадия продолжается 6-12 месяцев.**

III стадия протекает с быстрым прогрессированием деменции, нарастанием мышечной ригидности, ослаблением судорожного синдрома. **Длится несколько месяцев.**

IV стадия (терминальная, коматозная) – полный распад психических функций, децеребрационная ригидность, кахексия. Пациенты впадают в кому с последующим летальным исходом.



Понимание фазы заболевания имеет клиническое и прогностическое значение, специфическая терапия не разработана. В качестве симптоматической терапии назначают антиконвульсанты, эффективные в отношении миоклоний (диазепам, производные вальпроевой кислоты). Для снятия спастического гипертонуса применяют миорелаксанты (толперизон, баклофен). Нарушения дыхания на заключительных стадиях заболевания являются показанием к переводу пациентов на ИВЛ. Тщательный уход и симптоматическое лечение позволяют продлить жизнь больного.

Митигированная корь: развивается у пациентов, получивших в инкубационном периоде иммуноглобулины, плазму, кровь и препараты крови. Инкубационный период 21-24, иногда 28 дней. **Симптомы при митигированной кори едва заметны:** сокращается длительность периодов, общая длительность заболевания составляет несколько дней; температура нормальная или субфебрильная; катаральные явления выражены слабо; пятна Бельского-Филатова-Коплика часто отсутствуют, энантемы нет, в зеве легкая гиперемия; период высыпания сокращен до 2 дней; этапность высыпания нарушена. Сыпь может появиться сразу на лице и туловище или вначале на туловище, конечностях, а затем на лице; сыпь необильная, бледно-розового цвета, не сливается, редко разбросана, мелкая или средняя по величине, пятнисто-папулезная. После исчезновения сыпи – пигментация, шелушение редко.

Корь у детей 1-го года жизни: в периоде продромы катаральные явления выражены слабо, иногда катаральный период отсутствует и заболевание начинается с появления сыпи; **симптом Филатова-Коплика** в ряде случаев может отсутствовать, нередко возникает дисфункция кишечника (частый жидкий стул); **период высыпания:** сохраняются этапность высыпания и пятнисто-папулезный характер сыпи с последующей пигментацией; **течение кори** у детей 1-го года жизни более тяжелое, у них чаще возникают осложнения (пневмония, отит); **при отсутствии изоляции** в условиях стационара могут присоединиться кишечные инфекции, вызванные как патогенными (шигеллы, сальмонеллы, эшерихии), так и условно-патогенными бактериями (клебсиеллы, стафилококк, протей и др.). Нередко развивается дисбиоз кишечника.

Корь у детей 1-5 лет. Клинически протекает с выраженными катаральными симптомами со стороны дыхательных путей и глаз: с одутловатостью лица, отеком век, слезотечением, обильным отделяемым из носа, грубоватым кашлем.

Больные старшего возраста, подростки. Доминируют общетоксические симптомы: более высокая лихорадка (до 39-40С), головная боль, извращение вкуса и обоняния, носовые кровотечения.

Особенности течения кори у ослабленных детей. У ребенка, инфицированного туберкулезом: создается опасность обострения туберкулеза; коревая пневмония при сочетании с туберкулезом может иметь особенно тяжелое, бурное течение.

На фоне эпидемического паротита корь протекает атипично: у некоторых детей отмечается удлинение инкубационного периода (до 21 дня), укорочение или отсутствие начального периода, отсутствие или слабая выраженность катаральных явлений, относительная редкость симптома Бельского-Филатова, скудность сыпи и нарушение этапности высыпания; иммунитет, приобретаемый в отношении кори, оказывается неполноценным.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями: краснуха, аденовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, парвовирусная В19 инфекция, герпесвирусная HHV6 инфекция, скарлатина, токсико-аллергическая реакция (сыпь), инфекционный мононуклеоз.

Осложнения: со стороны дыхательной системы: ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, пневмонии, бронхиолиты, плевриты; **пищеварительной системы:** стоматиты, энтериты, колиты; **нервной системы:** энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингиты; **органов зрения:** блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты; **органов слуха:** отиты, мастоидиты; **кожи:** пиодермия, флегмоны; **выделительной системы:** циститы, пиелиты, пиелонефриты.



Госпитализация больных в боксированное отделение проводится по показаниям: тяжелое и осложненное течение кори; дети первого года жизни; дети из закрытых коллективов; дети из асоциальных семей; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях; при наличии в семье заболевшего лица из числа декретированных групп населения.

Лабораторные исследования: в катаральном периоде – лейкопения, нейтропения; в периоде высыпания – лейкопения, эозинопения, тромбоцитопения; в случае развития бактериальных осложнений – лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфоцитопения. **Общий анализ мочи:** протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.

Диагностика: Эпидемиологический анамнез + вакцинация; типичная клиническая картина. **Специфическая лабораторная диагностика:** серологический метод широко не используется (только для отслеживания напряженности поствакцинального иммунитета); ИФА («золотой» критерий лабораторной диагностики – рекомендации ВОЗ); ПЦР (для определения генотипа вируса).

Лечение кори: Специфическое лечение кори не разработано. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: тяжесть заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита; возраст больного; наличие и характер осложнений и коморбидных состояний; период заболевания; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Легкая и среднетяжелая степень: постельный режим на период лихорадки; оральная детоксикация. Терапия симптоматическая, жаропонижающие (при повышении $T > 38,5$ и выше); у детей нестероидные противовоспалительные средства применяются только на основе препаратов, содержащих парацетамол (до 60 мг/кг/сут) или ибупрофен (до 30 мг/кг/сут). В первые 3-е суток от начала заболевания наиболее эффективно применение Интерферона альфа 2b: детям в возрасте до 7 лет – по 150 тыс.-500тыс. МЕ; детям 7-12 лет – по 500 тыс. – 1 млн. МЕ; детям старше 12 лет и взрослым – по 1 млн. МЕ. – 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 5-10 дней. **Рекомендуется** проведение инфузионной терапии пациентам со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести кори с целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса. Больному корью ребёнку необходим постельный режим. По возможности, выделить ему отдельную комнату. Влажная уборка должна проводиться не реже 2-х раз в день. Важно, чтобы воздух постоянно оставался свежим, поэтому чаще проветривать помещение. Очень важная профилактическая мера – ежедневная смена нательного и постельного белья.

Лечение тяжелой степени кори: диета щадящая / зондовое или частичное парентеральное питание; оральная / парентеральная детоксикация; антибактериальная терапия при развитии бактериальных осложнений, детям раннего возраста, детям из групп риска (препараты выбора: амоксициллин, макролиды, цефалоспорины); **при коревом крупе показаны:** антигистаминные препараты, ингаляционная терапия (паровые ингаляции); **при тяжелом крупе** – глюкокортикоиды (преднизолон 1-2 мг/кг в сутки в/в и в/м). Тяжелее всего болеют дети, которые испытывают недостаток витамина А. Поэтому ВОЗ рекомендует принимать его 2 дня во время лечения, чтобы ускорить выздоровление.

В целях предотвращения бактериальной суперинфекции **не рекомендуется** у пациентов с корью использование противомикробных препаратов системного действия. Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной флоры человека в различных биотопах.

Качественный уход за детьми, заболевшими корью, со стороны родителей поможет в значительной мере повысить эффективность терапии, назначенной врачом, что позволит ускорить выздоровление ребенка и не допустить развития осложнений, порой опасных для жизни.



Общие рекомендации по профилактике кори: изоляция заболевших корью детей от коллектива; изоляция больного прекращается через 4 дня, а при наличии осложнений через 10 дней с момента появления сыпи; за очагом устанавливается медицинское наблюдение; соблюдение мер карантина в группах в течение 21 дня; своевременное введение иммуноглобулина контактными детям не позднее 3-5 суток с момента контакта; плановая вакцинация и ревакцинация детей согласно календарю прививок. Для укрепления иммунной прослойки населения к коревой инфекции, Управлением Роспотребнадзора дано поручение о продолжении иммунизации против кори. Мероприятия продолжились и в 2024 году среди детского и взрослого населения, а также трудовых мигрантов, не привитых против кори, не имеющих сведений о прививках против кори и не болевших корью ранее.

Ближайшая цель вакцинации – предотвращение заболевания у конкретного человека, конечная цель вакцинации – полная ликвидация болезни.

В 2024 году в республике Дагестан привито **27765** человек (92,9% от плана), из них дети: 91,8% (21305); взрослые – 96,5% (6421); мигранты – 97,1% (33). Специфическая профилактика проводится дивакциной (корь, эпидемический паротит); комбинированными вакцинами (против кори, краснухи, эпидемического паротита) – «MMR II», «Приорикс» (нет в наличии); **комбинированная вакцина Вактривир** (профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита), у детей двукратно в возрасте 12 мес. и 6 лет. Дети, не вакцинированные в декретированный срок из-за наличия временных противопоказаний – прививка проводится сразу же после их снятия. Дети с тяжелой перинатальной патологией ЦНС подлежат первоочередной вакцинации, способны к адекватному ответу на повторно вводимые вакцинные антигены; при их иммунизации предпочтительнее комбинированная вакцинация

Причины заболеваемости привитых: качество вакцины (она может быть с нестандартными иммуногенными свойствами); неправильным ее хранением, когда вакцина может инактивироваться; несоблюдением правил прививок; возрастом детей (у привитых до 1 года развивается слабый иммунитет).

Таким образом, своевременно проведенная вакцинопрофилактика населения с широким охватом иммунизацией приведет к полной элиминации кори, что особенно важно для предотвращения развития тяжелых осложнений и летальных исходов.

Список литературы:

1. Корь. Информационный бюллетень. ВОЗ.2025 г.
2. Корь: эпидемиологические особенности в период элиминации, современные возможности профилактики, диагностики и лечения. Значение серологического исследования популяционного иммунитета населения. Методические рекомендации. Москва, 2020. – С. 20-30.
3. Tirkashev O. S. et al. Measles at the present stage //web of scientist: international scientific research journal. – 2022. – т. 3. – №. 5. – с. 177-185.
4. Saidov H.Sh., Tirkashev O.S. Study of the effect of measles vaccination on the epidemic process of the disease//Web of Scientist: International Scientific Research Journal. Vol 4 No.1 (2023): vos. C.560-565

