

Корь: алгоритм диагностики в помощь врачу амбулаторного звена

Я. М. Еремушкина, к.м.н., доцент¹

Т. К. Кускова, к.м.н., доцент¹

Е. Т. Вдовина, зав. четвертым инфекционным отделением²

¹Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

²ГБУЗ г. Москвы «Инфекционная клиническая больница № 2» Департамента здравоохранения г. Москвы

Measles: diagnostic algorithm to help outpatient doctor

Ya.M. Eryomushkina, T.K. Kuskova, E.T. Vdovina

Moscow State Medical and Stomatological University n.a. A.I. Evdokimov, Infectious Diseases Clinical Hospital № 2; Moscow, Russia

Резюме

В последние годы корь остается актуальной проблемой отечественного здравоохранения. Особую актуальность она приобретает в связи с ростом заболеваемости во всем мире, учитывая высокую мобильность населения. Для амбулаторного звена здравоохранения алгоритм диагностики кори и дифференциальная диагностика кори с другими респираторными инфекциями приобретает особую значимость. В период выполнения программы элиминации кори в Российской Федерации большое значение приобретает активное выявление всех случаев кори, поэтому больных с экзантемными заболеваниями при малейшем подозрении на корь необходимо обследовать с использованием серологических методов для верификации диагноза.

Ключевые слова: летальность от кори, элиминация кори в мире, алгоритм диагностики кори, пятна Филатова-Коплика-Бельского, иммунобиологические лекарственные препараты от кори, вакцинация от кори, заболеваемость корью в Европе, осложнения при кори.

Summary

In recent years, measles remains an urgent problem of domestic health care. It becomes particularly relevant in connection with the increase in the incidence of disease worldwide, given the high mobility of the population. For outpatient health care, the diagnostic algorithm and differential diagnosis of measles with other respiratory infections becomes particularly important. During the implementation of the measles elimination program in Russia, the full and active detection of all cases of measles acquires great importance, therefore patients with exanthematous diseases should be examined by serological methods for verification of the diagnosis with the slightest suspicion of measles.

Key words: measles, measles elimination, diagnostic algorithm, morbidity, complications.

Всемирная организация здравоохранения обеспокоена повышением заболеваемости корью, в связи с чем было выпущено предупреждение, после того как в прошлом году от кори в странах Европы умерли 35 человек. Актуальной проблема остается и для отечественного здравоохранения, хотя заболеваемость в Российской Федерации значительно ниже, чем в европейских странах. Корь можно полностью предотвратить с помощью вакцинации населения, однако корь продолжает распространяться, а в некоторых случаях даже приводит к летальному исходу [5].

Начатая с 2001 года, борьба против кори и краснухи является важным партнерством, осуществляемым под руководством Международного комитета Красного Креста, Фонда ООН, ЮНИСЕФ и ВОЗ. Инициативы по борьбе против кори и краснухи дают возможность осуществить стремление мирового сообщества,

чтобы ни один ребенок не умирал от кори и не рождался с синдромом врожденной краснухи.

В 2012 году началось осуществление нового Глобального стратегического плана по борьбе против кори и краснухи, который охватывает период 2012–2020 годов [5]. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) пришла к выводу, что глобальные промежуточные цели и цели элиминации кори, поставленные на 2015 год, не были достигнуты из-за сохраняющихся пробелов в охвате населения иммунизацией. Для закрепления успехов, достигнутых на сегодняшний день в области борьбы с корью, СКГЭ рекомендует уделять повышенное внимание улучшению систем иммунизации в целом. Цель — на конец 2020 года достичь элиминации кори и краснухи по крайней мере в пяти регионах ВОЗ. Основываясь на нынешних тенденциях в охвате вакцинацией

против кори, 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 [5].

В период выполнения программы элиминации кори в Российской Федерации [1, 7, 14] большое значение приобретает полное и активное выявление всех случаев кори, поэтому больных с заболеваниями, протекающими с экзантемами, при малейшем подозрении на корь необходимо обследовать с помощью серологических методов для верификации диагноза. О каждом случае заболевания корью, а также при подозрении на заболевание корью врач лечебно-профилактического учреждения направляет в течение 12 часов экстренное

извещение в территориальный отдел Роспотребнадзора по месту жительства больного [2]. Реализация принципов эпидемиологического надзора за корью, включающего наблюдение за заболеваемостью, состоянием коллективного иммунитета, клиническим течением инфекции, циркуляцией генотипов возбудителя, оценку эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, принятие оперативных решений и контроль, является основой для достижения целей национальной программы элиминации кори в Российской Федерации и сертификации территорий, свободных от этой инфекции [1].

По данным ВОЗ, в последние годы отмечается неблагополучие по кори во многих странах мира [5]. Высокая заболеваемость корью в 2016–2017 годах регистрировалась в Армении, Грузии, Кыргызстане, Таджикистане, Беларуси, Румынии, Боснии, Бельгии, Италии, Австрии, Чехии, Португалии, Венгрии, Словакии, Испании, Швеции и ряде других стран. Наиболее сложная обстановка складывается в Румынии, где с 1 января 2016-го по 12 мая 2017 года зарегистрированы 5728 случаев заболеваний. С начала 2017-го по 14 мая 2017 года в Италии заболели корью 2395 человек. С июня 2016-го по май 2017 года во Франции заболели 328, в Германии — 945 человек, в Бельгии — 302, в Австрии — 102 человека. В 2017 году зарегистрированы 34 летальных исхода от кори, из них 22 в Румынии, 5 — в Сербии, 3 — в Италии и по одному случаю в Германии, Португалии, Франции, Испании. На Украине зарегистрированы пять летальных исходов, в том числе три случая у детей. Болеют в основном дети и подростки. Основной причиной вспышки кори в Европе является низкий охват плановой иммунизации населения: 88 % заболевших никогда не были привиты против кори.

Заболеваемость корью в РФ за 2016 год по сравнению с тем же периодом 2015-го снизилась в 5,2 раза и составила 0,11 на 100 тысяч человек (в 2015 году — 0,58 на 100 тысяч человек). Зарегистрированы

162 случая кори в 24 субъектах Российской Федерации. Наибольшее количество случаев зарегистрированы в Свердловской, Иркутской областях, Республике Бурятия, в Москве, Ставропольском крае. В 2016 году в городе Москве были зарегистрированы 16 случаев кори. Эпидемический процесс кори поддерживался за счет лиц, не привитых против кори или не имевших сведений о прививках. На долю непривитых среди заболевших корью в 2016 году пришлось 90,8 % [7].

Однако в 2017 году заболеваемость корью возросла в 4,3 раза по отношению к 2016-му. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Москве, Московской области, Чеченской Республике, Республике Дагестан. За шесть месяцев 2017 года в Москве были зарегистрированы 22 случая кори; показатель составил 0,18 случая на 100 тысяч человек (за шесть месяцев 2016-го — 0,02 случая). Среди заболевших на долю детей пришлось 75 % от общего количества больных корью. Причем преимущественно болеют младшие возрастные группы: дети до года, которые еще не привиты против кори по возрасту и дети в возрасте 1–2 лет, которые также не привиты по причине медицинских отводов или отказов родителей от прививок. Среди взрослых болеют люди в возрасте 21–48 лет, также в основном непривитые или получившие прививки еще в детском возрасте. За июль 2017 года среди проживающих на территории города Москвы зарегистрированы 12 случаев кори. В декабре 2017 г — январе 2018 года на территории муниципальных образований Московской области продолжают регистрироваться случаи заболевания корью. По-прежнему заболевают не вакцинированные против кори лица: как дети, так и взрослые. Заболевшие корью проживают в Люберецком, Ногинском, Сергиево-Посадском, Красногорском, Ленинском районах и городских округах Балашиха, Реутов, Химки, Подольск, Домодедово. С началом 2018 года ситуация с заболеваемостью корью в городе не улучшается. Уже за январь среди жителей Москвы зарегистрированы 48 случаев кори.

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 [11]. Нарушение этапности высыпаний, наличие джарейного синдрома, тошноты, рвоты являются нередкими признаками течения кори сегодня.

Корь — это циклично протекающая инфекционная болезнь. Инкубационный период составляет в большинстве случаев 9–11 дней, иногда может удлиняться до 17 дней. Начало болезни острое и характеризуется появлением симптомов начального катарального периода. В катаральный период появляется типичный симптомокомплекс, на который опираются при постановке диагноза: лихорадка до 38–39 °С, конъюнктивит со слезотечением и светобоязнью; одутловатость лица; пятнистая энантема на слизистой оболочке неба; обнаружение пятен Филатова-Бельского-Коплика. Чаще эти пятна обнаруживаются на слизистой оболочке внутренней поверхности щек непосредственно напротив малых коренных зубов, несколько реже их можно видеть на слизистой оболочке десен. Пятна имеют венчик гиперемии вокруг и не снимаются тампоном. Правильно собранный эпидемиологический анамнез также помогает в ранней диагностике кори. Больной корью наиболее заразен в начальном катаральном периоде, поэтому при опросе следует выяснить, не было ли в окружении больных лиц с катаральными явлениями. Источником инфекции также могут быть больные митигированной, и поэтому недиагностированной корью. В зависимости от тяжести клинического течения различают (как у взрослых, так и у детей) легкую, среднетяжелую и тяжелую формы кори. В типичных случаях на стадии высыпания диагноз кори не представляет затруднений. Врач амбулаторного звена должен помнить об этапности высыпаний при кори (первый день — лицо, шея; второй — туловище; третий — конечности), сроках

появления сыпи на 4–6-й день болезни, а также характере сыпи — пятнисто-папулезные элементы, имеющие склонность к слиянию и длительно-сти высыпания (сыпь держится три дня, на четвертые сутки ее элементы буреют и начинается период пигментации). Для повышения эффективности дифференциальной диагностики кори в амбулаторных условиях приводится алгоритм диагностики кори (см. табл.) [4].

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-го дня высыпания на коже. Сыпь обильная, крупно-пятнисто-папулезная, часто сливается, может иметь геморрагический характер.

При этом у детей корь протекает легче, менее выражены интоксикация и лихорадка. Сопровождается одутловатостью лица, катаральной ангиной, грубым, лающим кашлем, стенозированным дыханием. Пятна Филатова-Коплика-Бельского исчезают в первые два дня сыпи [3, 11, 12]. 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 необильная, неяркая.

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.

Таблица
Алгоритм диагностики кори у взрослых

Острое начало болезни, повышенная температура тела, головная боль, сухой кашель, першение в горле

- Есть
- Исследование продолжается

Нарастание катаральных явлений: конъюнктивит, ларингит, ринит, трахеит, бронхит, высокая температура тела, фотофобия

- Есть
- Исследование продолжается

Появление пятен Филатова-Коплика на слизистой оболочке ротовой полости на 3–4-й день болезни

- Есть

Диагноз «корь, период катаральных явлений»

- Исследование продолжается

Пятнисто-папулезная сыпь с 4–6-го дня болезни: сначала на лице далее с поэтапным распространением в течение 3–4-х дней на фоне усиления интоксикации

- Есть

Клинический диагноз «корь»

- Исследование продолжается

Результаты серологического исследования крови (ИФА, ПЦР, РТГА, РСК) положительные

- Есть
- Исследование закончено

Клинический диагноз кори подтвержден

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 тяжелыми и часто грозными осложнениями 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.

Дифференциальная диагностика кори

Дифференциальную диагностику в катаральном периоде проводят с гриппом и другими ОРВИ [2, 3, 4, 8, 10]. Решающим признаком является вид слизистой оболочки ротовой полости и ротоглотки. При гриппе и ОРВИ она чистая, блестящая, умеренно гиперемизированная, влажная, пятна Филатова-Коплика-Бельского отсутствуют.

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

В период высыпаний корь дифференцируют чаще всего с краснухой, энтеровирусной и аллергической экзантемами, скарлатиной, менингококкемией, с токсико-аллергической реакцией на ампициллин у больных ЭБВ 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 РТГА с коревым и краснушным диагностикумами. В настоящее время для разграничения данных болезней используют ПЦР и ИФА.

Лабораторная диагностика. В гемограмме при кори характерными являются лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, в случае бактериальных осложнений — лейкоцитоз, нейтрофилез. Можно использовать методы, выявляющие антиген вируса кори из слизи носоглотки, отделяемого конъюнктив, мочи. Через 1–2 дня после появления высыпаний в крови появляются специфические Ig M. Через 10 дней — Ig G. Для выявления специфических противокоревых антител используются реакции РН, РСК, РТГА, РНГА. В ранние

сроки болезни вирус обнаруживается методами иммунофлюоресценции, фазово-контрастной и флюоресцентной микроскопии. В последнее время проводится генотипирование вируса.

Лечение. Больных госпитализируют по клиническим (тяжелое течение болезни, осложнения) и эпидемиологическим показаниям. Срок изоляции источника инфекции определяет длительность заразного периода — пять дней с момента появления сыпи, а при наличии пневмонии он увеличивается до 10 дней [9].

Режим постельный на все время лихорадочного периода. Искусственное освещение должно быть приглушенным. Помещение, в котором находится больной, должно быть затенено из-за светобоязни. В рацион больного необходимо включить морсы, фруктовые соки, минеральную воду. Этиотропная терапия не разработана. В большинстве случаев назначается патогенетическая и симптоматическая терапия. Проводится обработка полости рта растворами антисептиков.

По рекомендации ВОЗ для развивающихся стран все дети, которым поставлен диагноз «корь», должны получить две дозы витамина А с интервалом 24 часа. Это лечение позволяет скорректировать низкий уровень содержания витамина А, наблюдаемый во время кори даже среди детей, получающих надлежащее питание, и может помочь предотвратить поражения глаз и слепоту. Как показывает опыт, витамин А способствует уменьшению числа случаев смерти от кори на 50 % [5].

Для смягчения мучительного кашля воздух помещения увлажняется, и назначаются противокашлевые средства. Несколько раз в день глаза промывают теплой кипяченой водой. После удаления гноя и гнойных корок в глаза закапывают раствор ретинола в масле по 1–2 капли 3–4 раза в день. Сухие потрескавшиеся губы смазывают борным вазелином или жиром. Нос очищают ватными тампонами, смоченными теплым вазелиновым маслом, если образовались корки, рекомендует-ся закапывать в нос вазелиновое

масло по 1–2 капли 3–4 раза в день. Жаропонижающие средства назначаются в возрастных дозах.

В тяжелых случаях в стационаре проводят дезинтоксикационную терапию. Имеются данные об эффективности препарата интерферона — Лейкинферона (суппозитории ректальные 40 тыс. МЕ, МНН: интерферон лейкоцитарный человеческий, ООО «НПФ Интекор», Россия). Курсовая доза — 560 тыс. МЕ. Схема лечения: с первого по третий день по одному суппозиторию два раза в день, 4–7-й дни — по одному суппозиторию один раз в день, 8–14-й дни — по одному суппозиторию через день [13]. При развитии ярко выраженных симптомов ларинготрахеита проводят ингаляции щелочными растворами, бронхолитиками, муколитиками. При развитии пневмонии или среднего отита назначается антибактериальная терапия. При развитии энцефалита лечение направлено на поддержание жизненно важных функций и борьбу с отеком-набуханием головного мозга (ОНГМ). Ослабленным больным, детям до года по индивидуальным показаниям возможно превентивное назначение антибиотиков широкого спектра действия.

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 был 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 РТПГА — 1:10 и выше.

Основным методом профилактики кори является вакцинопрофилактика, цель которой — создание невосприимчивости населения к этой инфекции [9, 14, 15].

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

- дети в возрасте 12 месяцев (вакцинация) и 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 сфер; 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 двухкратной иммунизации защитный титр антител определяется у 95–98 % вакцинированных.

Для иммунизации используют моновакцины: «Вакцина коревая культуральная живая сухая» (Россия), «Рувакс» (Франция); комбинированные вакцины: MMR II для профилактики кори, паротита и краснухи (США), «Приорикс» для профилактики кори, паротита и краснухи (Великобритания).

Следует отметить, что достижение устойчивой стабилизации заболеваемости корью на спорадическом уровне возможно только за счет высокого охвата детей прививками против кори на каждом педиатрическом участке [6]. Причем уровень охвата прививками не должен снижаться при регистрации на территории низких показателей заболеваемости или при полном отсутствии случаев кори.

Необходимо иметь в виду, что уровень охвата прививками не менее 95 % декретированных возрастов препятствует распространению возбудителя среди населения в случае его заноса из-за рубежа [9].

В настоящее время вакцинация от кори показала высокую эффективность в предотвращении случаев заболевания инфекцией, а также значительное уменьшение количества смертельных исходов в результате неблагоприятного течения заболевания.

Учитывая основные направления работы ВОЗ и российского здравоохранения, необходимо прилагать максимум усилий именно в амбулаторном звене для своевременной диагностики кори, своевременной изоляции пациента в случае подтверждения диагноза и дальнейшего его лечения. Также вакцинопрофилактика кори лежит на плечах поликлиник и амбулаторий, что является базисом для поставленных целей в ликвидации этой болезни.

Список литературы

1. 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.
2. Головкин М. Г., Порядина Г. И., Ларина В. Н. Корь в практике терапевта поликлиники // Лечебное дело. — 2014. — № 4. — С. 10–16.
3. Дементьев А. С. Воздушно-капельные инфекции. // Стандарты медицинской помощи. — 2016. — С. 448.
4. Еремушкина Я. М., Вдовина Е. Т., Котив С. И., Кускова Т. К. Алгоритм диагностики кори в сложной эпидемиологической ситуации. Анализ клинических данных. // Инфекционные болезни. — 2015. — № 4. — С. 76–82.
5. Корь. Информационный бюллетень ВОЗ. — 2017.
6. Костилов М. П., Шмитко А. Д., Соловьева И. А. и др. Защищены ли от кори дети с аллергическими заболеваниями и часто болеющие после ревакцинации? // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Спирского. — 2017. — № 4. — С. 140–145.
7. Липатов Д. А. Анализ заболеваемости корью в Российской Федерации в 2016 году и основные направления деятельности по ее профилактике // Медицинская статистика и орметодология в учреждениях здравоохранения. — 2017. — № 9. — С. 21–25.
8. 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.
9. Петрухина М. И., Ртищев А. Ю., Цвиркун О. В. Эпидемиология и профилактика кори // Медицинский алфавит. — 2015. — № 3. — С. 62–64.
10. Раев М. Б., Храмцов П. В., Бочкова М. С. и др. Диагностика кори: современные подходы, проблемы // Российский иммунологический журнал. — 2017. — № 3. — С. 474–476.
11. Тимченко В. Н., Павлова Е. Б., Булина О. В. и др. Клинико-эпидемиологическая эволюция и современная терапия кори у детей // Журнал инфектологии. — 2015. — № 1. — С. 39–46.
12. Тимченко В. Н. и др. Корь у детей раннего возраста // Детские инфекции. — 2015. — № 2. — С. 52–58.
13. Тимченко В. Н., Калинина Н. М., Павлова Е. Б. и др. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения рекомбинантного интерферона альфа-2В в терапии детей, больных корью // Журнал инфектологии. — 2016. — № 3. — С. 46–52.
14. 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.
15. Цвиркун О. В., Тихонова Н. Т., Ющенко Г. В., Герасимова А. Г. Эпидемиологический процесс кори в разные периоды ее вакцинопрофилактики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2015. — № 2 (81). — С. 80–87.

Коклюш — одна из самых важных медико-социальных проблем современности

К такому выводу пришли ведущие национальные и региональные эксперты в области педиатрии и эпидемиологии на совещании «Нерешенные вопросы эпидемиологии коклюша в РФ и новые возможности его вакцинопрофилактики»

30 июля 2018 г. в Москве состоялось междисциплинарное совещание, в котором приняли участие 25 ведущих российских специалистов — эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов, педиатров, представляющих практическое здравоохранение, территориальные органы управления здравоохранением, ведущие научные и образовательные учреждения страны, занимающиеся вопросами вакцинопрофилактики. Центральным вопросом повестки дня совещания стало обсуждение нерешенных вопросов по надзору за коклюшной инфекцией в различных возрастных группах и формированию новых подходов к профилактике этого заболевания.

Согласно эпидемиологическим данным, в 2015 году заболеваемость коклюшем выросла на 36,8%. При этом значительное число случаев болезни — 37,9% пришлось на детей в возрасте 7–14 лет. В 2016 году тенденция к росту заболеваемости коклюшной инфекцией сохранилась — число зарегистрированных случаев увеличилось на 27,4% по сравнению с 2015 годом. Таким образом, эксперты пришли к выводу о том, что рост общего числа случаев болезни, высокие показатели заболеваемости у детей до года, а также дошкольников и младших школьников, сигнализируют об активной циркуляции возбудителя коклюшной инфекции в популяции.

К подобным выводам пришли и исследователи ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург. Специалисты изучали состояние поствакцинального иммунитета к коклюшу у когорты пациентов в возрасте 3–15 лет и обратили внимание на то, что доля детей с признаками перенесенной инфекции нарастала в среднем через 6–7 лет после последней вакцинации. Высокая заболеваемость коклюшем среди подростков, по мнению специалистов, способствует поддержанию уровня бактерионоси-

тельства в популяции. Эксперты пришли к заключению, что введение дополнительных ревакцинаций может положительно повлиять на эпидемиологическую ситуацию с коклюшной инфекцией.

Согласно обзору международного опыта, плановая ревакцинация против коклюша у детей в возрасте 4–6 лет включена в календари прививок в 51 стране (включая США, Канаду, большинство Европейских стран, ряд стран СНГ). Третья ревакцинирующая доза для детей и подростков в возрасте 9–17 лет включена в календари 39 стран. Данные мониторинга за коклюшной инфекцией, полученные из этих стран, свидетельствуют о том, что ревакцинация против коклюша в возрасте 4–7 лет оказывает существенный эпидемиологический эффект, значительно снижает заболеваемость в возрастной группе детей 4–10 лет, а также за счет популяционного эффекта, уменьшает число случаев инфекции у детей 1-го года жизни.

Коклюш по-прежнему остается распространенной бактериальной инфекцией, которая нередко протекает у детей в тяжелой форме, и приводит к развитию серьезных осложнений. Особенно опасен коклюш для детей первых месяцев жизни — у них часто наблюдаются приступы апноэ (остановка дыхания), развиваются пневмонии, ателектазы, судороги, энцефалопатия. В этой же группе отмечаются и самые высокие показатели летальности от коклюшной инфекции. Однако и у старших детей коклюш может протекать тяжело, осложняясь воспалением легких, нарушением сердечной деятельности (при тяжелом течении пневмонии), отитом, коллапсом, грибами, переломами ребер.

Оптимизация программ иммунизации населения за счет включения в них повторных вакцинаций от коклюша, способствующих формированию популяционного иммунитета, повышение осведомленности педиатров и родителей о данном заболевании, а также пропаганда вакцинопрофилактики — основные методы борьбы с коклюшной инфекцией. Успешная работа по этим направлениям может не только помочь спасти тысячи детей и взрослых, но и повысить экономическую эффективность системы здравоохранения России.