

## Клинический случай

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025  
УДК 616-053.2-616.915-614.47

Галицкая М.Г.<sup>1</sup>, Волхонская А.Е.<sup>1</sup>, Макарова С.Г.<sup>1,2</sup>, Фисенко А.П.<sup>1</sup>

### Случаи кори и противоэпидемические мероприятия в детском многопрофильном стационаре

<sup>1</sup>ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119991, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», 119991, Москва, Россия

#### Резюме

**Введение.** Корь — высококонтагиозное инфекционное заболевание, которое клинически может протекать с тяжёлыми осложнениями, самыми частыми из них являются пневмонии. После начала применения эффективных и безопасных вакцин против кори была разработана программа по ликвидации кори сначала в отдельных странах и регионах, а затем во всём мире. Однако необоснованные отказы от прививок против кори, связанные с дезинформацией об осложнениях вакцинации, привели к снижению охвата этими прививками, в том числе в России. **Цель работы** — напомнить о потенциальной опасности кори и определить ведущие причины неспособности ликвидировать эту вакциноуправляемую инфекцию. Описаны 6 случаев кори у больных детей с тяжёлыми хроническими заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в ФГБОУ ВО «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Представлены необходимые в стационаре противоэпидемические мероприятия против кори. Выявленные 6 случаев кори в детском стационаре показали актуальность коревой инфекции, необходимость настороженности врачей и медицинского персонала по отношению к недавно забытым инфекциям, обозначили значимость своевременной вакцинации против кори и меры предотвращения вспышек кори. Всемирная организация здравоохранения и другие структуры, в том числе Роспотребнадзор, уже приняли определённые меры по восстановлению уровня охвата прививками, но, как показывает практика и подтверждают описанные случаи кори, работа над восстановлением доверия к вакцинам ещё предстоит большая.

**Ключевые слова:** дети; корь; вакцинация; иммунопрофилактика; вакцины; инфекционные болезни; эпидемиологические мероприятия

**Для цитирования:** Галицкая М.Г., Волхонская А.Е., Макарова С.Г., Фисенко А.П. Случаи кори и противоэпидемические мероприятия в детском многопрофильном стационаре. *Российский педиатрический журнал.* 2025; 28(2): 160–165. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-2-160-165> <https://elibrary.ru/hbnevvh>

**Для корреспонденции:** Галицкая Марина Геннадьевна, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Центра профилактической педиатрии ФГБОУ ВО «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [galitskaya.mg@nczd.ru](mailto:galitskaya.mg@nczd.ru)

**Участие авторов:** Галицкая М.Г., Макарова С.Г. — концепция и дизайн исследования; Галицкая М.Г., Волхонская А.Е. — сбор и обработка материала; Галицкая М.Г. — написание текста; Фисенко А.П., Макарова С.Г. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Исследование не имело финансовой поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 04.02.2025  
Принята к печати 18.03.2025  
Опубликована 29.04.2025

Marina G. Galitskaya<sup>1</sup>, Aleksandra E. Volkhonskaya<sup>1</sup>, Svetlana G. Makarova<sup>1,2</sup>, Andrey P. Fisenko<sup>1</sup>

### Measles cases and anti-epidemic measures in a children's multidisciplinary hospital

<sup>1</sup>National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation;

<sup>2</sup>Lomonosov Moscow State University, Moscow, 119991, Russian Federation

#### Summary

**Introduction.** Measles is a highly contagious disease. Clinically, measles can be severe, leading to the most common complication — pneumonia. Before the beginning of the 21<sup>st</sup> century, WHO developed a program to eliminate measles, first in specific countries and regions, then worldwide. This became possible after the introduction of effective and safe vaccines. However, refusals to vaccinate against measles due to misinformation about vaccination complications have led to a decrease in vaccination coverage worldwide, including Russia. **Objective:** using 6 cases of measles in a children's multidisciplinary hospital as an example, to remind about the potential danger of measles and identify the reasons for the inability to eradicate this vaccine-preventable infection. The article describes six cases of measles in children with severe chronic diseases undergoing inpatient treatment at the National Medical Research Center for Children's Health, as well as the anti-epidemic measures taken. The 6 cases of measles detected in a children's hospital showed the relevance of measles infection in the world and in our country in particular, the necessary alertness of doctors and medical personnel in relation to recently forgotten infections, indicated the importance of timely vaccination against measles and measures to prevent measles outbreaks. WHO and other structures, including

Federal Service for the Oversight of Consumer Protection and Welfare (Rosпотребнадзор), have already taken certain measures to restore the level of vaccination coverage, but, as practice shows, and these described cases of measles confirm this, work on restoring confidence in vaccines is still ahead.

**Keywords:** children; measles; vaccination; immunoprophylaxis; vaccines; infectious diseases; epidemiological measures

**For citation:** Galitskaya M.G., Volkhonskaya A.E., Makarova S.G., Fisenko A.P. Measles cases and anti-epidemic measures in a children's multidisciplinary hospital. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2025; 28(2): 160–165. (In Russian). <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-2-160-165> <https://elibrary.ru/hbnev>

**For correspondence:** Marina G. Galitskaya, Cand. Sci. (Med.), senior researcher, Center for Preventive Pediatrics, National Medical Research Center for Children's Health, [galitskaya.mg@nczd.ru](mailto:galitskaya.mg@nczd.ru)

**Contributions:** Galitskaya M.G., Makarova S.G. — concept and design of the study; Galitskaya M.G., Volkhonskaya A.E. — collection and processing of the material; Galitskaya M.G. — writing the text; Fisenko A.P., Makarova S.G. — editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

**Information about the authors:**

Galitskaya M.G., <https://orcid.org/0000-0002-3586-4031>

Volkhonskaia A.E., <https://orcid.org/0009-0006-5936-664X>

Makarova S.G., <https://orcid.org/0000-0002-3056-403X>

Fisenko A.P., <https://orcid.org/0000-0001-8586-7946>

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received: February 04, 2025

Accepted: March 18, 2025

Published: April 29, 2025

## Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение кори

Корь считается одной из самых тяжёлых инфекций: от коревой инфекции погибают 1–2 больных на 1000 заболевших, часто развиваются коревая пневмония и энцефалит (1 : 1000).

Несмотря на наличие эффективных и безопасных вакцин, коревая инфекция является актуальной задачей для здравоохранения во всём мире. Это связано с высокой контагиозностью вируса кори: более 90% неиммунных лиц, контактировавших с больным корью, заражаются коревой инфекцией. С введением противокоревых вакцин заболеваемость корью в мире уменьшалась — с 853,5 тыс. случаев в 2000 г. до 200 тыс. в 2013 г. Прогнозы говорили о полной ликвидации кори в отдельных регионах в ближайшем будущем. Однако по разным причинам, основная из которых — антипрививочная пропаганда, поддержать достигнутый уровень охвата прививками против кори многие страны не смогли, и в 2015 г. около 20 млн детей в мире не были привиты от кори [1].

Инкубационный период коревой инфекции длится 5–20 дней. В этот период уже начинается вирусывыделение, т. е. больной может быть заразен для других. Первая фаза болезни — продромальная, длится от нескольких часов до нескольких дней и характеризуется неспецифическими симптомами: повышением температуры тела (чаще до фебрильных цифр), выделениями из носа, кашлем, конъюнктивитом. Далее наступает фаза специфических симптомов: энантемы в виде пятен Филатова–Коплика–Вельского и экзантемы. Во время развития сыпи лихорадка и интоксикация усиливаются. При неосложнённом течении сыпь держится несколько дней, оставляя после себя коричневатые пятна, иногда шелушение.

Корь опасна возможным развитием осложнений, самым частым из которых является пневмония. На пневмонии приходится 56–86% смертей, связанных с корью. Пневмония может быть вызвана самим вирусом кори

или быть результатом присоединения бактериальной инфекции [2, 3]. Из других серьёзных осложнений кори выделяют кератит, приводящий к рубцеванию роговицы и слепоте, энцефалит и менингоэнцефалит и полиневрит [4]. Кроме того, после острой коревой инфекции может развиваться медленная коревая нейроинфекция: подострый склерозирующий панэнцефалит. После длительного инкубационного периода (от 3 до 8–10 лет после перенесённой кори) постепенно развивается нейроастенческий синдром в виде головной боли, слабости, быстрой утомляемости, изменений когнитивных функций (нарушения памяти, эмоциональная лабильность и др.). Постепенно присоединяются гиперкинезы, пирамидные и экстрапирамидные симптомы, судорожный синдром. Болезнь заканчивается атрофией зрительных нервов и слепотой, кахексией, развитием комы. Неизбежен летальный исход. Частота склерозирующего панэнцефалита — 1 : 1000 переболевших корью [5, 6].

Частота осложнений кори варьирует в зависимости от возраста, состояния здоровья и увеличивается при иммунодефиците. Самая высокая смертность — у детей в возрасте до 12 мес, самая низкая — у детей в возрасте 1–9 лет. Частота осложнений и смертность затем возрастают у взрослых больных [7]. У детей в возрасте до 5 лет, а также у больных с дефектами иммунной системы (включая больных с ВИЧ/СПИД) или получающих иммуносупрессивную терапию, наблюдаются высокие показатели инфицирования и смертности от кори. Особо опасна корь для беременных женщин и плода (вплоть до гибели плода) и для больных с хроническими сопутствующими инфекциями (такими как туберкулёз) [8].

Считается, что корь обязательно должна быть подтверждена лабораторными тестами: обнаружение РНК вируса кори с помощью полимеразной цепной реакции и (или) с помощью определения уровня антител класса IgM к вирусу кори [8, 9].

Специфического противовирусного лечения кори не существует, поэтому терапия сводится к симптоматическому лечению. Единственным методом борьбы с коревой инфекцией является вакцинопрофилактика, которая

с успехом применяется с конца 1960-х гг. в нескольких странах и с течением времени — во всём мире. В национальном календаре профилактических прививок России предусмотрена двукратная вакцинация против кори детей в возрасте 1 год и 6 лет. Вакцинация осуществляется любыми сертифицированными вакцинами, но преимущество отдаётся трёхкомпонентной вакцине против кори, краснухи и эпидемического паротита (Вактривир, ММР-II и др.). Вакцинации подлежат также взрослые лица, не имеющие иммунитета к кори (о котором можно судить по уровню защитных антител класса IgG в сыворотке крови). Все вакцины против кори являются живыми. Противопоказаниями к вакцинации являются тяжёлые формы аллергических реакций на аминокислоты и куриные яйца; иммунодефицитные состояния, злокачественные болезни крови и новообразования; сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины; беременность.

### Заболываемость корью и вакцинация

Ликвидация кори является реальностью в связи с особенностями вируса кори. Предшествующее инфицирование или вакцинация обеспечивают пожизненный иммунитет, а резервуара для вируса кори человека среди животных не существует. До введения массовой вакцинации против кори заболываемость корью регистрировалась на территории СССР повсеместно и в течение всего года. Отмечалась высокая летальность от кори и её осложнений — 0,15%, смертность — 1,4 на 100 тыс. населения. Ежегодно от кори умирали 500–3000 детей. В конце 1960-х гг. были созданы вакцины против кори, их массовое внедрение в 1973 г. в СССР в виде однократной вакцинации детей в возрасте 12 мес позволило практически сразу снизить заболываемость корью в 5 раз [10]. Переход на двукратную вакцинацию в СССР был осуществлён в 1987 г. Двукратная тактика иммунизации также почти сразу себя оправдала: заболываемость корью снизилась в 9,14 раза, летальность — в 10 раз, уменьшилось число зарегистрированных вспышек. В 2002 г. отмечалась рекордно низкая заболываемость корью в России — 0,39 на 100 тыс. населения, что позволило нашей стране присоединиться к Глобальной программе ВОЗ по элиминации кори в отдельных регионах мира к 2010 г. В 2010 г. была проведена внутренняя сертификация территорий нашей страны как территорий, свободных от кори [11]. Однако после достижения критерия элиминации кори в России наблюдался рост заболываемости: в 2014 г. — до 3,3 на 100 тыс. населения. Россия вновь стала эндемичной по кори страной в связи с завозными случаями, вокруг которых стали формироваться очаги инфекции. Заболываемость регистрировалась в основном у непривитых лиц (90% случаев), остальные заболевшие либо не имели сведений о прививках, либо были привиты однократно [10]. При этом наибольшие показатели заболываемости были зарегистрированы в Республике Дагестан (3,3 на 100 тыс. населения), Москве — 2,7, Московской области — 2,1, Чеченской Республике — 2,3, Республике Адыгея — 1,6 [10].

Рост заболываемости корью наблюдался в большинстве стран Европы и США. В 2023 г. от кори во всём мире умерли 107 500 человек, большинство из которых составили непривитые или недопривитые дети младше

5 лет. Эти данные диссоциируют с наличием недорогой, безопасной и доступной вакцины против кори [12].

Подъём заболываемости корью в мире обусловлен значимым уменьшением охвата противокоревыми вакцинами в связи с антивакцинальным движением и отказом от прививок. Ещё больше на охват вакцинацией повлияла пандемия новой коронавирусной инфекции. Во время пандемии охват всеми вакцинами, в том числе коревыми, стал падать по нескольким причинам: нежелание посещать медицинские учреждения, нехватка внутренних ресурсов на плановую иммунизацию, усиление антивакцинального движения и др. [13]. Кроме того, вспышки кори являются следствием обширной миграции населения. Большинство случаев заболывания коревой инфекцией в нашей стране — это завозные случаи, вокруг которых формируются очаги из непривитых лиц. Вспышки кори в России связаны не только с мигрантами из разных стран, но и с другими фактами. Например, в Донецкой и Луганской областях несколько лет не было вакцин против кори, что привело к появлению значительной неиммунной прослойки населения и вспышек коревой инфекции в данных областях и в близлежащих регионах [14]. В связи со снижением охвата и ростом заболываемости корью и другими вакциноуправляемыми инфекциями в декабре 2022 г. прозвучало обращение директора Департамента иммунизации, вакцин и биологических препаратов ВОЗ К. О'Брайен, в котором она обозначила слабые стороны программ иммунизации и наметила пути восстановления доверия к вакцинопрофилактике и увеличения охвата прививками<sup>1</sup>. А затем ВОЗ вместе с партнёрскими структурами и институтами программы иммунизации провозгласила 2023 г. годом активных действий по иммунизации. Данные действия предполагают достичь прежнего охвата прививками, а именно: планируется охватить 50,5 млн детей основными вакцинами, в том числе 35,7 млн детей по догоняющей схеме<sup>2</sup>.

### Описание клинических случаев

Нами описаны случаи кори в отделениях круглосуточного пребывания многопрофильного стационара в 2023–2024 гг. и проведённые противоэпидемические мероприятия, которые не позволили сформироваться очагам инфекции. Проанализирован прививочный статус детей, заболевших корью, который выявил значимость своевременной плановой иммунизации против кори как самой эффективной меры борьбы с данной инфекцией.

В 2023 г. и первом полугодии 2024 г. в 3 отделениях круглосуточного стационара было зарегистрировано 6 случаев коревой инфекции у больных.

**1 случай.** Девочка М., 2014 г. р. (9 лет), наблюдалась в отделении психоневрологии и нейрореабилитации с 22.08.2023 по 30.08.2023 с диагнозом: G80.1 Спастическая диплегия. Детский церебральный паралич: спастическая диплегия. GMFCS IV. MACS III. Лёгкое ког-

<sup>1</sup>Message by the Director of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals at WHO — December 2022. URL: <https://www.who.int/news/item/06-12-2022-message-by-the-director-of-the-department-of-immunization--vaccines-and-biologicals-at-who--december-2022>

<sup>2</sup>Global immunization coverage 2023. WHO. 15 July 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

нитивное расстройство. Системное недоразвитие речи. Девочка приехала на госпитализацию из Чеченской Республики. Вакцинальный анамнез: привита согласно национальному календарю прививок РФ до 3-летнего возраста, включая однократную вакцинацию от кори; далее не прививалась. 30.08.2023 на 8-е сутки госпитализации пожаловалась на лихорадку до 40°C, заложенность носа, кашель, сыпь, покраснение глаз. Осмотрена педиатром, выставлен диагноз: ОРВИ. Катаральный конъюнктивит. Вирусная экзантема. Корь? В связи с подозрением на коревую инфекцию в этот же день девочка переведена в инфекционный стационар. В стационаре диагноз коревой инфекции был подтверждён лабораторно.

**2 случай.** Мальчик Э., 2014 г. р. (9 лет), наблюдался в нефрологическом отделении с 20.08.2023 по 31.08.2023 с диагнозом: N04. Нефротический синдром, стероидчувствительный вариант, редко рецидивирующее течение, стадия ремиссии. Хроническая болезнь почек 1 стадии. Поступил в стационар из Чеченской Республики. Вакцинальный анамнез: от кори не привит в связи с медицинскими отводами от вакцинации по месту жительства (получает иммуносупрессивную терапию преднизолоном). 31.08.2023 на 11-е сутки госпитализации — подъём температуры тела до 39,0°C. При осмотре педиатром обнаружена пятнисто-папулёзная сыпь на коже лица, туловища, руках, яркая гиперемия конъюнктив, экзантема на слизистой полости рта в виде множественных белых пятен (пятна Филатова–Коплика–Вельского). С подозрением на коревую инфекцию ребёнок был переведён в инфекционный стационар, где корь была подтверждена.

**3 случай.** Мальчик Т., 2019 г. р. (4 года), наблюдался в отделении психоневрологии и нейрореабилитации с 04.10.2023 по 08.10.2023 с диагнозом: G80.8 Детский церебральный паралич: спастико-гиперкинетическая форма. Поступил в стационар из Чеченской Республики. Вакцинальный анамнез: от кори не привит в связи с медицинскими отводами от вакцинации по месту жительства. 07.10.2023 на 3-й день госпитализации у ребёнка отмечались повышение температуры тела до 39,5°C, пятнистые высыпания в области лица (за ушами и на щеках), груди и живота, сухой кашель. С подозрением на коревую инфекцию ребёнок переведён в инфекционный стационар, где инфекция подтвердилась.

**4 случай.** Мальчик Б., 07.08.2019 г. р. (4 года), наблюдался в нефрологическом отделении с 01.11.2023 по 06.11.2023 с диагнозом: N04. Нефротический синдром, стероидзависимый вариант, стадия ремиссии в условиях иммуносупрессивной терапии. Хроническая болезнь почек 1 стадии. Поступил в отделение из Чеченской Республики. Вакцинальный анамнез: от кори не привит в связи с заключением комиссии о медицинском отводе от вакцинации в связи с иммуносупрессивной терапией. 06.11.2023 появились жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C, сыпь. При осмотре педиатром обнаружена пятнисто-папулёзная сыпь на лице, шее, груди и животе, на слизистой полости рта высыпания по типу пятен Филатова–Коплика–Вельского, гиперемия конъюнктив. С подозрением на коревую инфекцию переведён в инфекционный стационар, диагноз подтвердился.

**5 случай.** Мальчик Р., 2023 г. р. (1 год 3 мес), находился в отделении патологии новорождённых и детей раннего детского возраста с 17.04.2024 по 20.04.2025 с диагнозом:

G40.2 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками. Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. Микроцефалия. Задержка психического и речевого развития. Поступил в стационар из Республики Дагестан. Вакцинальный статус: не привит от кори в связи с медицинским отводом. 20.04.2024 при осмотре отмечено появление пятнисто-папулёзной сыпи на лице, груди и животе, экзантема на мягком нёбе. Ребёнок осмотрен педиатром, выставлен предварительный диагноз: корь. Осуществлён перевод пациента в инфекционный стационар, где диагноз коревой инфекции был подтверждён.

**6 случай.** Мальчик У., 24.06.2016 г. р. (8 лет), наблюдался в оториноларингологическом отделении с 07.06.2024 по 10.06.2024 с диагнозом: Аденоиды 3 степени и гипертрофия нёбных миндалин 2–3 степени. Вторичная тубулопатия. Хроническая болезнь почек 3 стадии. Врождённая аномалия почек и мочевых путей. Ребёнок был переведён из отделения нефрологии в связи с планируемыми оперативными вмешательствами — аденотомией и тонзиллотомией. Поступил в стационар из Карачаево-Черкесской Республики. Вакцинальный анамнез неизвестен, но при госпитализации была предоставлена медицинская документация с места жительства о положительном уровне IgG к вирусу кори. 09.06.2024, на 11-е сутки госпитализации, отмечались повышение температуры тела до 38,8°C, кашель, насморк, рвота, жидкий стул. Осмотрен педиатром, состояние расценено как реакция на инвазивное исследование, проведённое с применением общего наркоза, выполненное пациенту накануне. Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию, назначенную ранее. 10.06.2024 температура тела поднималась до 38,8°C, оставались жалобы на сухой кашель и насморк, однократно рвота и диарея. С диагнозом ОРВИ ребёнок 10.06.2024 переведён в инфекционный стационар, где в этот же день наблюдалось появление пятнисто-папулёзной сыпи на кожном покрове. Диагностирована коревая инфекция, подтверждённая впоследствии лабораторно.

В представленных случаях коревая инфекция была заподозрена у больных по клиническому течению: сочетание нескольких типичных для кори симптомов: повышение температуры тела, кашель и (или) насморк, конъюнктивит, общая интоксикация, высыпание пятнисто-папулёзной сыпи. В инфекционном стационаре, куда были переведены все 6 детей, с помощью серологического стандартного теста с определением IgM (иммуноферментный анализ) корь была подтверждена. Исход кори у всех детей — выздоровление.

#### Эпидемиологические мероприятия в очаге и их последствия

В соответствии с письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17.05.2023 № 02/7915-2023-23 «О предупреждении распространения кори» в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России были проведены следующие мероприятия:

Все отделения круглосуточного стационара были закрыты на приём для непривитых от кори лиц и лиц, не болевших корью ранее, на период до 21 дня с даты выявления заболевшего. Привитых или переболевших принимали на

госпитализацию. В связи с данными мерами число госпитализированных детей резко сократилось, особенно в отделении новорождённых и детей раннего возраста и отделении хирургии новорождённых. В этих отделениях дети не могли быть привиты от кори по возрасту (вакцинация против кори проводится с 12 мес жизни). Более 70% коек в этих отделениях не работали в течение всех карантинных.

В связи с высокой контагиозностью вируса кори границы очага были максимально расширены и распространялись полностью на все корпуса, в которых находились больные или их посещали заболевшие корью лица.

Уточнялся круг лиц, бывших в контакте с заболевшими в пределах очага, их прививочный и инфекционный статус по отношению к кори.

Выписка из стационара непривитых от кори и не болевших ранее корью больных проходила в максимально короткие сроки.

Данные о выписке передавались в территориальные органы, осуществляющие санитарно-эпидемиологический надзор, для медицинского наблюдения и контроля изоляции на период медицинского наблюдения по месту жительства.

Своевременная изоляция заболевшего корью (в день выявления), ограничительные мероприятия на приём в стационар и разобщение от коллектива контактных с больными корью лиц явились основными противоэпидемическими мерами.

Проводилось ежедневное медицинское наблюдение за контактными лицами (опрос и осмотр).

Многим больным детям были пересмотрены медицинские отводы от прививки против кори и была выполнена вакцинация живой коревой вакциной по эпидемиологическим показаниям с последующей выпиской домой.

Усилены меры дезинфекционного режима в помещениях с использованием моюще-дезинфицирующих средств, разрешённых к применению, по режиму, рекомендованному при вирусных инфекциях.

Усилен контроль за проведением вакцинации всех взрослых лиц (медицинские работники, и лица, находившиеся в стационаре по уходу за своими детьми): данная категория была привита двукратно от кори, по отношению к ним ограничительные меры не применялись, проводились ежедневный осмотр и опрос.

Полная реализация указанного комплекса противоэпидемических мероприятий обеспечила предотвращение вспышки коревой инфекции в учреждении, очаг инфекции не распространился ни в одном из шести случаев. После отмены карантинных работ отделений возобновилась в прежнем режиме. Однако, несомненно, из-за проводимых противоэпидемических мер пострадала в целом организация медицинской помощи детям в учреждении: уменьшилось число госпитализаций, непривитым от кори детям вынужденно отказано в приёме на обследование и лечение, а находившиеся на лечении непривитые дети были срочно выписаны.

### Заключение

Вакцинация является самым эффективным способом защиты населения от инфекционных болезней. Вакцинация способствовала ликвидации опаснейших инфекций в мире, таких как натуральная оспа, или в нескольких регионах (полиомиелит, чума, сибирская язва, столбняк и др.).

Многие инфекции, благодаря массовому использованию вакцин, наблюдаются редко в виде спорадических случаев. Благодаря вакцинации спасено огромное число человеческих жизней. За 2000–2023 гг. вакцинация против кори позволила предотвратить более 60 млн случаев смерти. Но у населения и даже у медицинских работников возникло ложное представление о ненужности иммунопрофилактики в условиях отсутствия тех или иных инфекций. Соответственно стал уменьшаться охват вакцинами из-за отказов от прививок и других причин, что неизбежно привело к возникновению новых вспышек инфекционных болезней. Известно, что как только охват вакцинацией снижается до критического уровня, управляемые инфекции возвращаются [15]. Яркий тому пример — вспышки кори во всём мире, в том числе в России, ведь в 2023 г. доля детей, получивших первую дозу вакцины против кори, составила 83%, что существенно ниже показателя 2019 г. (86%) и явно недостаточно для подавления вспышек инфекции.

Ещё одна проблема отражена в описанных нами клинических случаях кори. Живая вакцина от кори противопоказана детям, получающим иммуноподавляющую терапию. При этом именно дети на иммуносупрессии особенно тяжело переносят любое инфекционное заболевание. Во всех описанных нами случаях дети в раннем возрасте не были привиты от кори или были привиты однократно. Далее большинство из них не могли вакцинироваться от кори в связи с имеющимися противопоказаниями к вакцинации. Эти примеры говорят о важности соблюдения сроков вакцинации согласно национальному календарю прививок и о значении коллективного иммунитета для предотвращения вспышек инфекции, при котором даже непривитые дети будут защищены, что отсутствовало в описанных нами случаях.

Глобальная проблема последнего десятилетия — это низкий уровень приверженности вакцинации населения и медицинского персонала, что неизбежно приводит к снижению охвата прививками и возвращению забытых инфекционных болезней, смертельно опасных даже для здоровых лиц, и тем более для изначально тяжело больных людей. Кроме частных случаев, вспышки инфекционных болезней приводят к экономическим потерям и снижению уровня благополучия населения [16–18].

### Литература

(п.п. 2-9; 11-13; 15-18 см. References)

1. Таточенко В.К., Озерцовский Н.А. Инфекции, включенные в национальный календарь иммунопрофилактики России. В кн.: *Иммунопрофилактика – 2020*. М.: Педиатр; 2020: 342–69. <https://elibrary.ru/orzazl>
10. 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): 80–7. <https://elibrary.ru/trsrhb>
14. Новосельцева Т.Д., Калашникова А.П., Добрынина Т.В., Гаврилов С.Н. К вопросу о росте заболеваемости корью в России. *Многопрофильный стационар*. 2024; 11(1): 20–2. <https://elibrary.ru/icebjy>

### References

1. Tatchenko V.K., Ozertsovskiy N.A. Infections included in the national calendar of immunoprophylaxis of Russia. In: *Immunoprofilaktika – 2020 [Immunoprofilaktika – 2020]*. Moscow: Pediatr; 2020: 342–69. <https://elibrary.ru/orzazl> (in Russian)

2. Hübschen J.M., Gouandjika-Vasilache I., Dina J. Measles. *Lancet*. 2022; 399(10325): 678–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02004-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02004-3)
3. Koplik H. The diagnosis of the invasion of measles from a study of the exanthema as it appears on the buccal mucous membrane. *Arch. Pediatr. (N.Y.)*. 1962; 79: 162–5.
4. Minta A.A., Ferrari M., Antoni S., Lambert B., Sayi T.S., Hsu C.H., et al. Progress toward measles elimination – worldwide, 2000–2023. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2024; 73(45): 1036–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7345a4>
5. Bellini W.J., Rota J.S., Lowe L.E., Katz R.S., Dyken P.R., Zaki S.R., et al. Subacute sclerosing panencephalitis: more cases of this fatal disease are prevented by measles immunization than was previously recognized. *J. Infect. Dis.* 2005; 192(10): 1686–93. <https://doi.org/10.1086/497169>
6. Garg R.K., Mahadevan A., Malhotra H.S., Rizvi I., Kumar N., Uniyal R. Subacute sclerosing panencephalitis. *Rev. Med. Virol.* 2019; 29(5): e2058. <https://doi.org/10.1002/rmv.2058>
7. Blutinger E., Schmitz G., Kang C., Comp G., Wagner E., Finnell J.T., et al. Measles: contemporary considerations for the emergency physician. *J. Am. Coll. Emerg. Physicians Open.* 2023; 4(5): e13032. <https://doi.org/10.1002/emp2.13032>
8. Mina M.J., Metcalf C.J., de Swart R.L., Osterhaus A.D., Grenfell B.T. Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. *Science*. 2015; 348(6235): 694–9. <https://doi.org/10.1126/science.aaa3662>
9. Mina M.J., Kula T., Leng Y., Li M., de Vries R.D., Knip M., et al. Measles virus infection diminishes preexisting antibodies that offer protection from other pathogens. *Science*. 2019; 366(6465): 599–606. <https://doi.org/10.1126/science.aay6485>
10. Tsvirkun O.V., Tihonova N.T., Yushchenko G.V., Gerasimova A.G. Measles epidemic process in various vaccinal periods. *Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika*. 2015; 14(2): 80–7. <https://elibrary.ru/trsrhb> (in Russian)
11. Strebel P.M., Cochi S.L., Hoekstra E., Rota P.A., Featherstone D., Bellini W.J., et al. A world without measles. *J. Infect. Dis.* 2011; 204(Suppl. 1): S1–3. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir111>
12. Conis E. Measles and the modern history of vaccination. *Public Health Rep.* 2019; 134(2): 118–25. <https://doi.org/10.1177/0033354919826558>
13. Spencer N., Markham W., Johnson S., Arpin E., Nathawad R., Gunnlaugsson G. The impact of COVID-19 pandemic on inequity in routine childhood vaccination coverage: a systematic review. *Vaccines (Basel)*. 2022; 10(7): 1013. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071013>
14. Novoseltseva T.D., Kalashnikova A.P., Dobrynina T.V., Gavrilov S.N. On the issue of the increase in the incidence of measles in Russia. *Mnogoprofilniy statsionar.* 2024; 11(1): 20–2. <https://elibrary.ru/icebjy> (in Russian)
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ten great public health achievements — United States, 1900–1999. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 1999; 48(12): 241–3.
16. Gualano M.R., Olivero E., Voglino G. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. *Hum. Vaccin. Immunother.* 2019; 15(4): 918–31. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1564437>
17. Kennedy J. Vaccine hesitancy: a growing concern. *Paediatr. drugs.* 2020; 22(2): 105–11. <https://doi.org/10.1007/s40272-020-00385-4>
18. Phadke V.K., Bednarczyk R.A., Salmon D.A., Omer S.B. Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States: a review of measles and pertussis. *JAMA*. 2016; 315(11): 1149–58. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1353>

**Сведения об авторах:**

**Волхонская Александра Евгеньевна**, мл. науч. сотр., зам. гл. врача по эпидемиологии, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; **Макарова Светлана Геннадиевна**, доктор мед. наук, зам. директора по научной работе, и.о. начальника центра профилактической педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; проф. каф. многопрофильной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», [sm27@yandex.ru](mailto:sm27@yandex.ru); **Фисенко Андрей Петрович**, доктор мед. наук, проф., директор ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, [director@nczd.ru](mailto:director@nczd.ru)