

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ  
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ  
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ  
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

\_\_\_\_\_ Ю.В.ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-  
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

\_\_\_\_\_ Ю.В. ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ КОРЬЮ

**Организации-разработчики:**

ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,

Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,

Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и  
Ленинградской области» (АВИСПО)

# КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ КОРЬЮ

## Предисловие

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждены на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г.
Введен впервые:	2015

## Код протокола

91500.	11.	В 05 В 05.0 В 05.1 В 05.2 В 05.3 В 05.4 В 05.8 В 05.9	01	-	2015	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
В 05	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от А00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2015	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

## Содержание

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
  - 4.1. Определения и понятия
  - 4.2 Этиология и патогенез
  - 4.3 Клиническая картина и классификация
  - 4.4 Общие подходы к диагностике
  - 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
  - 4.6 Эпидемиологическая диагностика
  - 4.7 Лабораторная диагностика
  - 4.8 Инструментальная диагностика
  - 4.9 Специальная диагностика
  - 4.10 Обоснование и формулировка диагноза
  - 4.11 Лечение
  - 4.12 Реабилитация
  - 4.13 Диспансерное наблюдение
  - 4.14 Общие подходы к профилактике
  - 4.15 Организация оказания медицинской помощи больным
5. Мониторинг протокола ведения больных
6. Экспертиза проекта протокола ведения больных
7. Приложение
8. Библиография

## Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным корью разработан

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Шарипова Елена Витальевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Научный сотрудник, кандидат медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87
Бабаченко Ирина Владимировна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Ведущий научный сотрудник, руководитель отдела респираторных (капельных) инфекций, доктор медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87

### 1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным корью предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

### 2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. №521н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями”, зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867;

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. N 811н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при кори тяжелой степени тяжести";

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. N 766н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при кори легкой степени тяжести";

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. N 765н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при кори средней степени тяжести";

Постановление Главного государственного врача РФ «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015 гг.)» и плана ее реализации». Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 августа 2013 г. N 29831;

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. N 22379.

### 3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или	критерий, определяющий степень поражения органов и (или)

состояния	систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток,

	тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ЖКВ	Живая коревая вакцина
ПМУ	Простая медицинская услуга
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор....."Простые медицинские услуги"
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

#### 4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным корью разработан для решения следующих задач:

- △ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- △ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных корью;
- △ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным детям с корью;
- △ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- △ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- △ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- △ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- △ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- △ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего стандарта — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

#### Методология

**Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**  
поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:**  
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 5 лет.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**  
△ Консенсус экспертов;  
△ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

#### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок



2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

#### **Методы, использованные для анализа доказательств:**

- ▲ Обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

#### **Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

#### **Таблицы доказательств:**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

#### **Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

консенсус экспертов.

#### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства , из исследований, оцененных, как 2+

## **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### **Экономический анализ:**

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

### **Метод валидации рекомендаций:**

- △ внешняя экспертная оценка;
- △ внутренняя экспертная оценка.

### **Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

### **Консультация и экспертная оценка:**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», 09-10 октября 2015., Санкт-Петербург. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### **Ведение протокола:**

Ведение клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным корью осуществляется ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Система ведения предусматривает взаимодействие лечебных учреждений со всеми заинтересованными организациями.

## **4.1 Определения и понятия**

**Корь** – острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной экзантемы с переходом в пигментацию.

Корь является крайне заразной тяжелой болезнью. В 1980 году, до широкого распространения вакцинации, произошло 2,6 миллиона случаев смерти от кори.

Корь остается одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины.

Ускоренные мероприятия по иммунизации оказали значительное воздействие на снижение смертности от кори. В 2000–2013 гг. вакцинация от кори предотвратила 15,6 миллиона случаев смерти. Глобальная смертность от кори снизилась на 75% — с 544 200 случаев смерти в 2000 году до 145 700 случаев в 2013 году.

Невакцинированные дети раннего возраста подвергаются самому высокому риску заболевания корью и развития осложнений, включая смертельный исход. Заразиться корью может любой человек, не имеющий иммунитета — тот, кто не был вакцинирован или тот, кто не выработал иммунитет после вакцинации.

Корь все еще широко распространена во многих развивающихся странах — особенно, в некоторых частях Африки и Азии. Ежегодно более 20 миллионов человек заболевает корью. Самые смертоносные вспышки кори происходят в странах, переживающих стихийные бедствия и конфликты или возвращающихся к нормальной жизни после таких событий.

С принятием государствами-членами Региона Юго-Восточной Азии цели ликвидировать корь к 2020 году все регионы ВОЗ поставили цели ликвидировать эту предотвратимую болезнь. Инициатива по борьбе с корью проводится совместными усилиями ВОЗ, ЮНИСЕФ, Американского общества Красного Креста, Центров Соединенных Штатов Америки по борьбе с болезнями и профилактике болезней и Фонда Организации Объединенных Наций для поддержки стран в достижении целей в области борьбы с корью. В 2012 году Инициатива по борьбе с корью представила новый Глобальный стратегический план борьбы с корью, охватывающий период 2012–2020 годов. План включает новые глобальные цели на 2015 и 2020 годы: к концу 2015 года снизить глобальную смертность от кори, по меньшей мере, на 95% по сравнению с уровнями 2000 года; к концу 2020 года ликвидировать корь, по меньшей мере, в 5 регионах ВОЗ.

Стратегия направлена на осуществление 5 основных компонентов:

- обеспечить и поддерживать широкий охват 2 дозами вакцин против кори;
- проводить мониторинг за болезнью, используя эффективный эпиднадзор, и оценивать программные усилия для обеспечения прогресса и позитивного воздействия мероприятий по вакцинации;
- обеспечить и поддерживать готовность к вспышкам болезни, быстрое реагирование на вспышки и эффективное лечение в случаях заболевания;
- предоставлять информацию и содействовать участию для формирования общественного доверия к иммунизации и обеспечения обращения населения для иммунизации;

- проводить научные исследования и разработки, необходимые для поддержки эффективной по стоимости деятельности и улучшения вакцинации и диагностических методик.

В рамках реализации программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015гг.)», в соответствии с приказом Роспотребнадзора № 426 от 24.06.2013 «О проведении совещаний по совершенствованию эпиднадзора за корью и краснухой в Российской Федерации» принято:

- обеспечить достижение и поддержание высокого (не менее 95%) охвата прививками 2 дозами живой коревой вакциной (ЖКВ), с учетом данных переписи населения;
- усилить контроль за достоверностью сведений об иммунизации;
- внедрить автоматизированный учет профилактических прививок в медицинских организациях с использованием сертифицированных программ;
- провести анализ работы по профилактике кори в каждом субъекте Российской Федерации с оценкой ее эффективности и, в случае необходимости, организовать дополнительные профилактические мероприятия, направленные на стабилизацию эпидситуации, включая проведение внеплановой иммунизации групп риска (студентов, медицинских работников, торговых работников, трудовых мигрантов, кочующих групп населения и других труднодоступных контингентов);
- при формировании новых крупных коллективов контролировать достоверность сведений о прививках;
- проводить анализ причин случаев заболевания корью детей и взрослых, привитых против этих инфекций;
- усилить контроль за соблюдением «холодовой цепи» на всех этапах хранения, транспортирования, применения ЖКВ;
- обеспечить контроль за работой прививочных кабинетов;
- обеспечить проведение серологического мониторинга за напряженностью коллективного иммунитета к кори в индикаторных группах населения (3-4 лет, 9-10 лет, 16-17 лет, 25-29 лет, 30-35 лет и 40-49 лет) в соответствии с методическими указаниями МУ 3.1.2943-11 «Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия, столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В)»;
- выявленных серонегативных к вирусу кори лиц своевременно вакцинировать; лиц с сомнительным результатом – прививать ЖКВ однократно; в случае направления материала на ретестирование в региональный центр, иммунизацию осуществлять после получения результатов исследования;
- в очагах кори для неспецифической защиты детей до 1 года жизни своевременно использовать иммуноглобулин;
- осуществлять учет лиц, не имеющих сведений о прививках против кори и о перенесенном заболевании корью, при наличии у них IgG антител к кори, в форме федерального государственного статистического наблюдения № 6 "Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний" в графе «переболевшие»;
- для проверки правильности постановки ИФА при определении в сыворотках крови уровня противокоревых IgG (серомониторинг) направлять в лаборатории региональных центров на ретестирование 50 сывороток крови (в основном отрицательных) с протоколами учёта исследований и указанием использованных тест-систем.

#### **Эпидемиология заболевания:**

**Источником кори** является только больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 2 дня инкубационного периода и до 4 дня после высыпаний.

Общая продолжительность заразного периода составляет 8-10 дней. С 5 дня появления сыпи больной не заразен. В катаральный период максимальное вирусовыделение из конъюнктив, носоглотки при кашле, чихании, разговоре. Источником инфекции могут быть больные abortивной и митигированной корью. Механизм передачи – аэрозольный (капельный). Путь передачи – воздушно-капельный.

**Восприимчивость** к кори всеобщая, наиболее высока в детском возрасте от 1 года до 5 лет, в период элиминации кори болеют преимущественно подростки и взрослые. Дети до 3 месяцев, как правило, не заболевают. Заражение корью происходит даже при мимолетном контакте. Вирус с потоком воздуха проникает в помещения через коридоры, лестничные клетки, вентиляционную систему. Инфекция через предметы, третьих лиц не передается вследствие малой устойчивости вируса во внешней среде. Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности. Индекс контагиозности составляет 100%. Корью болеет только человек.

**Заболеваемость** корью в Российской Федерации невелика, единичные эпидемические вспышки при завозе кори на территорию, где ее давно не было. Корь распространена повсеместно. Массовая вакцинация и ревакцинация нарушила цикличность заболевания с увеличением длительности эпидемического благополучия по кори. Характерна зимнее-весенняя сезонность заболевания. Поствакцинальный иммунитет неоднороден. После перенесенного заболевания иммунитет стойкий, пожизненный. Временная естественная защищенность от кори имеется только у детей первых 3 мес. жизни вследствие наличия у них иммунитета, полученного от матери. В дальнейшем иммунитет снижается, и дети становятся восприимчивы к 6-10 мес. жизни. При отсутствии специфических противокоревых антител у матери ребенок может заболеть даже в период новорожденности.

## 4.2 Этиология и патогенез

### Этиология

Возбудителем является вирус кори (*Polynosa morbillarum*), который относится к семейству *Paramyxoviridae*, роду *Morbillivirus*. Вирусные частицы сферической формы в диаметре 120-250 нм, имеющие наружную ворсинчатую оболочку, спиральный нуклеокапсид, гемагглютинин, не содержит нейроминидазы. РНК содержащий вирус, окруженную спиральным белковым капсидом и внешней липидно-белковой оболочкой. Штаммы вируса кори идентичны в антигеном отношении. Для вируса характерна гемагглютинирующая, гемолизирующая, комплементсвязывающая активность, вызывает образование вируснейтролизующих антител. Вирус кори нестойк к воздействию физических, химических факторов, сохраняется во внешней среде не более 30 мин., чувствителен к солнечному свету и ультрафиолетовому облучению, инактивируется эфиром, формалином. В капельках слюны погибает через 30 мин, при высыхании – мгновенно. Характерно распространение на значительные расстояния с потоком воздуха. При низких температурах сохраняется несколько недель, при -70°С сохраняет активность в течение 5 лет.

Вирус кори можно выделить из крови, носоглоточных смывов, кала, мочи, цереброспинальной жидкости, отделяемого конъюнктив. С целью культивирования вируса используют разнообразные тканевые культуры (почки и амнион человека, почки обезьян, собак, морских свинок, телят, фибробласты эмбрионов кур и японских перепелок).

### Патогенез

Местом внедрения (входными воротами) вируса кори являются слизистая оболочка верхних дыхательных путей и конъюнктивы. Вирус адсорбируется на эпителии слизистой, проникает в подслизистую оболочку и регионарные лимфатические узлы, где происходит первичная репликация.

С 3 дня инкубационного периода развивается вирусемия (первая волна). В начальном периоде количество вируса сравнительно невелико и может быть нейтрализовано введением иммуноглобулина, на чем и основана пассивная иммунизация при контакте с больным корью. В середине инкубационного периода имеется высокая концентрация вируса в лимфатических узлах, селезенке, печени, миндалинах, фолликулах, миелоидной ткани костного мозга. В катаральный период кори и в 1 день высыпаний отмечается новое и более значительное нарастание вирусемии (вторая волна) с большим содержанием вируса в отделяемом слизистой оболочки верхних дыхательных путей. К 5 дню высыпаний вирус в крови не обнаруживается, появляются вируснейтрализующие антитела.

Вирус обладает выраженным тропизмом к эпителию дыхательных путей, вызывая катаральное воспаление рото-, носоглотки, гортани, трахеи, бронхов, бронхиол. Поражается пищеварительный тракт – слизистая ротовой полости, тонкая и толстая кишка. Патологические изменения слизистой оболочки губ, десен, щек представляют собой участки некроза эпителия с последующим слущиванием (пятна Бельского-Филатова-Коплика).

Допускается возможность непосредственного воздействия коревого вируса на ЦНС. Установлена роль возбудителя в развитии острого демиелинизирующего энцефалита, энцефаломиелита и хронически прогрессирующего поражения ЦНС (хронические энцефалиты, подострый склерозирующий панэнцефалит).

Для кори характерно развитие анергии (вторичного иммунодефицита) со снижением уровня иммунитета, что приводит к активации патогенной и условно-патогенной микрофлоры с развитием осложнений преимущественно дыхательной системы, обострению хронических заболеваний. Коревая анергия сохраняется не менее месяца.

### **4.3. Клиническая картина и классификация**

#### **4.3.1. Наиболее частые симптомы и синдромы кори**

Клинические проявления типичной кори характеризуются сменой четырех периодов:

1. **Инкубационный период:** от 9 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму – 21 день.
2. **Катаральный период:** продолжительность 3-4 дня.
3. **Период высыпаний:** развивается с 4-5 дня болезни и продолжается 3-4 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов.
4. **Период пигментации:** продолжительность 7-14 дней.

#### **Характерные синдромы:**

**Интоксикационный синдром:** недомогание, вялость, адинамия, отказ от еды, питья, плаксивость, нарушение сна. Возможно развитие головной боли, бреда, рвоты, судорог. Повышение температуры 38-39°C развивается в катаральный период. На 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр, в то время как катаральные явления нарастают. Интоксикационный синдром максимально выражен в первые 2 дня периода высыпаний. Характерны тахикардия, снижение артериального давления, глухость сердечных тонов, аритмия. По данным ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Возможна вторичная нефропатия (олигурия, белок и цилиндры в моче). В период пигментации нормализуется температура, самочувствие больного.

**Синдром поражение респираторного тракта (катаральный синдром):** обильные выделения слизистого характера из носа, в динамике – слизисто-гнойного. Ярко гиперемирована, разрыхлена, пятнистая слизистая оболочка щек. Сухой, грубый, навязчивый иногда лающий кашель, нарастающий в динамике. Осиплый голос, возможно развитие отека гортани, проявляющееся стенозом. За 1-2 дня до экзантемы на слизистой мягкого и твердого неба появляется коревая экзантема – небольшие розовато-красного

цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм. Через 1-2 дня элементы энантемы сливаются и становятся неразличимы на гиперемизированной поверхности слизистой оболочки. Одновременно с пятнистой энантемой появляется патогномичный симптом кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика – обычно на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен. Пятна имеют вид мелких, 1-2 мм, серовато-белых папул, окруженных узкой каймой гиперемии, не сливающихся между собой, не снимаются шпателем, сохраняются 2-3 дня, иногда можно их обнаружить до 1-2 дня высыпаний. Катаральные проявления ослабевают к 7-9 дню болезни в период пигментации.

**Синдром поражение глаз:** характерен конъюнктивит, при котором выделения постепенно приобретают гнойный характер. Веки отечны. Светобоязнь. Склерит.

**Синдром экзантемы:** характерна этапность высыпаний. Вначале коревая сыпь появляется на спинке носа, за ушами. В течение первых суток сыпь распространяется на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На 2 сутки она целиком покрывает туловище и распространяется на проксимальные отделы рук. На 3-4 день – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь папулезного характера, насыщенного розового цвета, вначале мелкая, через несколько часов элементы увеличиваются, сливаются, образуя крупные, неправильной формы, пятнисто-папулезные, ярко-красные элементы. Сыпь располагается на наружной и внутренней поверхности конечностей на неизменном фоне кожи. Характерна одутловатость лица, отечность век и носа, сухие губы, в трещинах, «красные» глаза.

В периоде пигментации сыпь быстро темнеет, приобретает бурый оттенок, вследствие образования гемосидерина. Пигментация появляется с 3 дня периода высыпаний и происходит поэтапно, в том же порядке, как и появление сыпи. Пигментация иногда заканчивается отрубевидным шелушением.

К атипичным формам кори относят митигированную, abortивную, стертую, бессимптомную. Выявление атипичных форм болезни происходит по нарастанию титра специфических противокоревых антител в динамике, преимущественно при обследовании в очагах инфекции по контакту.

Митигированная корь развивается у больных, которые получали в инкубационный период иммуноглобулин, плазму, кровь. Характерно удлинение инкубационного периода до 21 дня, сокращение продолжительности катарального периода, периодов высыпания и пигментации. Катаральный период может отсутствовать или сокращаться до 1 дня, с развитием незначительной интоксикации и легкими катаральными проявлениями. Период высыпаний укорачивается до 1-2 дней, сыпь мелкая, пятнистая, необильная, неяркая, с нарушением этапности. Пигментация бледная, кратковременная. Слизистая оболочка щек не изменяется, энантема и пятна Бельского-Филатова-Коплика отсутствуют.

Abortивная форма кори начинается типично. После 1-2 дня заболевания клинические симптомы исчезают. Температура может повышаться только в первый день периода высыпаний. Сыпь локализуется преимущественно на лице и туловище.

Стертая форма кори характеризуется слабыми, быстро проходящими симптомами интоксикации и катаральными проявлениями.

Бессимптомная форма кори характеризуется отсутствием клинических проявлений.

**Осложнения при кори** могут сформироваться на любом этапе инфекции. В зависимости от этиологического фактора различают собственно коревые осложнения, обусловленные вирусом кори (первичные, специфические), и неспецифические (вторичные), вызванные иными возбудителями. По срокам развития осложнения подразделяются на ранние, развивающиеся в катаральный период и период высыпаний, и поздние, развивающиеся в период пигментации.

Осложнения различают со стороны органов дыхания (пневмония, ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, плеврит), пищеварительной системы (стоматит, энтерит, колит), нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит, менингит, миелит), органов зрения (конъюнктивит, блефарит, кератит, кератоконъюнктивит), органов слуха

(отит, мастоидит), мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит), кожи (пиодермия, абсцесс, флегмона).

### 4.3.2 Классификация кори

I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

- V05 Коль
- V05.0 Коль, осложненная энцефалитом (G05.1)
- V05.1 Коль, осложненная менингитом (G02.0)
- V05.2 Коль, осложненная пневмонией (J17.1)
- V05.3 Коль, осложненная средним отитом (H67.1)
- V05.4 Коль с кишечными осложнениями
- V05.8 Коль с другими осложнениями
- V05.9 Коль без осложнений

II. Клиническая классификация кори:

*По типу:*

1. Типичная
2. Атипичная:
  - Митигированная;
  - Абортивная;
  - Стертая;
  - Бессимптомная.

*По тяжести:*

1. Легкой степени тяжести
2. Средней степени тяжести
3. Тяжелой степени тяжести

*По течению:*

1. Гладкое
2. Негладкое:
  - с осложнениями
  - с наложением вторичной инфекции
  - с обострением хронических заболеваний.

### 4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика кори производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

### 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания



#### 4.5.1 Клинические критерии диагностики кори

Признак	Характеристика	Сила*
Контакт с больным корью	Контакт в семье, детском коллективе и др.	А
Лихорадка	Высокая, длительная	В
Синдром интоксикации	Ярко выражен	В
Синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром)	Кашель, ринит, осиплость голоса, стеноз гортани, поражение слизистых оболочек ротовой полости, пятна Бельского-Филатова-Коплика	А
Синдром экзантемы	Этапность высыпаний, пятнисто-папулезный характер элементов, пигментация поэтапная	А
Синдром поражения глаз	Конъюнктивит, отечность век, светобоязнь, склерит	В

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.5.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-5 дней	Умеренной выраженности, 6-7 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38,5°C, длительность 1-5 дней	Повышение температуры более 38,5°C, длительность 6-7 дней	Повышение температуры более 39,5°C, длительность более 7 дней
Синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром)	Легкой выраженности катаральный синдром	Ярко выражены катаральные проявления	Ярко выраженные, продолжительностью более 7 дней катаральные проявления
Синдром поражения глаз	Отсутствуют или легкие проявления конъюнктивита	Отек век, катаральный конъюнктивит, светобоязнь	Отек век, катаральный или гнойный конъюнктивит, светобоязнь, склерит
Синдром экзантемы	Сыпь неяркая, необильная, пятнисто-папулезного характера, слабая тенденция к слиянию, бледная пигментация	Сыпь обильная, яркая, крупная пятнисто-папулезная, склонная к слиянию	Сыпь обильная, яркая, крупная пятнисто-папулезная, склонная к слиянию, геморрагический синдром
Осложнения	Нет	Возможны	Имеются

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

На этапе диагностики случаи кори подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные». «Подозрительным» считают случай острого

заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори. «Вероятный» - случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки кори и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни. «Подтвержденный» случай кори классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай кори необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы). При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза в связи с невозможностью проведения лабораторных исследований «вероятный» случай кори классифицируется как «подтвержденный». Окончательный диагноз кори устанавливают на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори) и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

#### 4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики кори

1. Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом корь.
2. Анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции:

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Воздушно-капельный	Контакт с больным корью	А
Трансплацентарный	Внутриутробное заражение при заболевании женщины в третьем триместре беременности	С

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

### 4.7 Лабораторная диагностика

#### 4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Серологический метод (ИФА)	Пациенты с клиническими симптомами кори для идентификации специфических антител к возбудителю	А
Молекулярно-биологический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами кори для идентификации возбудителя, определения генотипа	А
Гематологический метод	Пациенты с клиническими симптомами кори для уточнения остроты воспалительной реакции	С

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

- *клинический анализ крови* в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам – лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена;
- *серологический метод (ИФА)* имеет значение для подтверждения диагноза корь при выделении в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (IgM). При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью,

обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG. Взятие крови для исследований осуществляется на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза корь.

- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР) применяется в целях определения генотипа возбудителя кори. На 1 - 3 день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

#### **4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики.**

У больных корью, протекающей в легкой степени тяжести, средней степени или тяжелой отсутствует четкая корреляция с изменениями клинического анализа крови, уровнем специфических антител.

### **4.8. Инструментальная диагностика**

#### **4.8.1. Методы инструментальной диагностики**

Метод	Показания	Сила*
Эхокардиография	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (средней и тяжелой степени тяжести кори)	D
Регистрация электрокардиограмм	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без, для раннего выявления поражения сердца (средней и тяжелой степени тяжести кори)	D
УЗИ органов брюшной полости	Пациенты с синдромом спленомегалии для уточнения размеров селезенки, ее структуры	D
Рентгенограмма органов грудной клетки	Пациенты при подозрении на поражение органов грудной клетки	C
Рентгенограмма придаточных пазух	Пациенты при подозрении на поражение придаточных пазух	D

Примечание: \* - оценка рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

#### **4.8.2. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики**

Отсутствуют.

### **4.9. Специальная диагностика**

#### **4.9.1. Методы специальной диагностики:**

- *серологический метод* (ИФА)
- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР)

#### **4.9.2. Критерии специальной диагностики специальными методами:**

- *серологический метод* (ИФА) имеет значение для подтверждения диагноза корь.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М методом иммуноферментного анализа является основанием для установления (подтверждения) диагноза "корь". При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

Взятие крови для исследований осуществляется на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка).

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза "корь".

- *молекулярно-биологический метод* (ПЦР) имеет значение для генотипирования вируса.

В качестве клинических образцов для изоляции вируса кори на культуре клеток и экстракции РНК вируса кори с последующим проведением ПЦР и генотипирования от больных корью и подозрительных на эту инфекцию пациентов используются цельная кровь, моча, носоглоточные соскобы и смывы. Исследование нескольких образцов от одного пациента (кровь, моча, носоглоточные образцы) существенно повышает вероятность выделения вируса. Вероятность выделения вируса наиболее велика при исследовании образцов, собранных в первые 3 суток с момента появления сыпи.

Цельная кровь, собранная в соответствующие сроки, является оптимальным образцом для выделения вируса кори и экстракции РНК вируса кори. Кровь необходимо забирать не позднее 5 суток с момента появления сыпи. Забирается 5 мл венозной крови в вакутейнер с ЭДТА (использование ЭДТА в качестве антикоагулянта предпочтительнее, так как гепарин может оказывать негативное влияние на процедуру экстракции РНК вируса при диагностической ПЦР). Образец необходимо доставить в лабораторию для исследования при 2-8°C в течение 48 часов. Цельную кровь не замораживать. В случае отсутствия возможности для доставки образца в указанные сроки выделяют суспензию мононуклеаров в градиенте плотности Fikoll – раце, замораживают и хранят при температуре не выше - 20°C (оптимально при -70°C). Замороженный образец необходимо доставить в лабораторию для исследования как можно скорее при -70°C (в сухом льду).

Для выделения вируса кори и экстракции РНК вируса кори может быть использована моча, собранная не позже 7 дня с момента появления сыпи. Собирают 10 – 50 мл мочи в стерильную емкость. Предпочтительно собирать первую утреннюю порцию. Охлаждают образец до +4°C. Цельную мочу не замораживать. Осаждают клеточную фракцию путем центрифугирования при +4°C 1500 об/мин в течение 5 мин. Удаляют надосадочную жидкость. Растворяют осадок в 1 мл транспортной среды. Переносят полученный образец в стерильную пробирку типа «Эппендорф» или пластиковую пробирку с завинчивающейся крышкой для замораживания образцов. Образец необходимо доставить в лабораторию для исследования при 2-8°C в течение 48 часов. В случае отсутствия возможности для доставки образца в указанные сроки замораживают и хранят образец при температуре не выше - 20°C (оптимально при -70°C). Замороженный образец необходимо доставить в лабораторию для исследования как можно скорее при -70°C (в сухом льду).

Для выделения вируса кори и экстракции РНК вируса кори может быть использован носоглоточный смыв или соскоб (предпочтительнее), собранные не позже 7 дня с момента появления сыпи. Для сбора носоглоточного смыва пациенту требуется прополоскать горло 3 – 5 мл физиологического раствора. Собирают промывные воды в стерильную пробирку. Осаждают клеточную фракцию путем центрифугирования при

+4°C 1500 об/мин в течение 5 мин. Переносят надосадочную жидкость в отдельную стерильную пробирку типа «Эппендорф» или пластиковую пробирку с завинчивающейся крышкой для замораживания образцов. Растворяют осадок в 1 мл транспортной среды. Образцы необходимо доставить в лабораторию для исследования при 2-8°C в течение 48 часов. В случае отсутствия возможности для доставки образцов в указанные сроки замораживают и хранят образцы при температуре не выше - 20°C (оптимально при -70°C). Замороженный образец необходимо доставить в лабораторию для исследования как можно скорее при -70°C (в сухом льду).

Носоглоточный соскоб получают с использованием стерильного ватного тампона, которым с усилием (чтобы собрать достаточное количество клеток) протирают слизистую оболочку носоглотки пациента. Тампон помещают в стерильную 15 мл пробирку с завинчивающейся крышкой, содержащую 3 мл транспортной среды. Образец необходимо доставить в лабораторию для исследования при 2-8°C в течение 48 часов. В случае отсутствия возможности для доставки образца в указанные сроки, пробирку с тампоном энергично встряхивают, чтобы смыть клетки, и извлекают тампон. Осаждают клеточную фракцию путем центрифугирования при +4°C 1500 об/мин в течение 5 мин. Переносят надосадочную жидкость в отдельную стерильную пробирку типа «Эппендорф» или пластиковую пробирку с завинчивающейся крышкой для замораживания образцов. Растворяют осадок в 1 мл транспортной среды. Замораживают и хранят образцы при температуре не выше - 20°C (оптимально при -70°C). Замороженный образец необходимо доставить в лабораторию для исследования как можно скорее при -70°C (в сухом льду).

#### **4.10. Обоснование и формулировка диагноза**

При формулировке диагноза заболевания записывают сам диагноз, указывают форму, степень тяжести, характер течения. В истории болезни излагают обоснование диагноза.

При обосновании диагноза следует указать данные:

- эпидемиологические (контакт с больным корью в пределах инкубационного периода.
- клинические (выраженный интоксикационный синдром, наличие сыпи, ее характер и локализация, пигментация, синдром поражения органов респираторного тракта, конъюнктив).
- лабораторные (лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ; выявление IgM вируса кори, или увеличение в 4 раза в динамике IgG, выделение вируса в различных биологических жидкостях).

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

Корь, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.

#### **4.11. Лечение**

##### **4.11.1 Общие подходы к лечению кори**

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных корью предусматривают одновременное решение

нескольких задач:

- устранение интоксикационного, катарального синдромов;
- предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем.

Лечение кори включает:

- мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя;
- мероприятия, направленные на дезинтоксикацию;
- мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма.

Лечение больных с диагнозом «Корь» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, средней степени и тяжелой степени тяжести – в условиях стационара.

В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Обязательная госпитализация показана:

- тяжелое клиническое течение заболевания;
- независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения;
- наличие модифицирующих факторов риска в течении болезни:
  - ранний возраст ребенка;
  - пороки развития сердца и сосудов;
  - энцефалопатия;
  - иммунодефицитные состояния;

Больных госпитализируют в мельцеровские боксы при условии одновременного заполнения таковых с целью профилактики реинфекции реконвалесцентов.

Показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии являются тяжелые формы кори с выраженными явлениями интоксикационного синдрома, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, церебральными нарушениями.

Режим постельный в течение всего острого периода болезни. Диета должна соответствовать возрасту ребенка и содержать все необходимые ингредиенты.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- противоэпидемический режим;
- возраст ребенка;
- степень тяжести заболеваний;
- преморбидный фон пациента;
- изоляция;
- доступность и возможность выполнения лечения.

#### **4.11.2 Методы лечения**

Выбор метода лечения кори зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, и может быть разным с назначением лекарственных препаратов этиотропного, патогенетического и симптоматического действия перорально или парентерально, а также с применением немедикаментозных методов лечения.

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;

- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и необходимости назначения противовирусной и антибактериальной терапии.

Какого-либо специального лечения, направленного против вируса кори, не существует. Тяжелых осложнений кори можно избежать при поддерживающем лечении, которое обеспечивает хорошее питание, надлежащее поступление жидкости и лечение дегидратации с помощью оральных регидратационных растворов. Эти растворы возмещают жидкость и другие важные микроэлементы, которые теряются при диарее и рвоте. Для лечения развившихся осложнений следует назначать антибиотики. Применение антибиотиков с целью профилактики возможных осложнений не обосновано.

Все дети в развивающихся странах, которым поставлен диагноз кори, должны получить 2 дозы добавки витамина А с интервалом в 24 часа. Это лечение позволяет восстановить низкие уровни содержания витамина А, наблюдаемые во время кори даже среди детей, получающих надлежащее питание, и может помочь предотвратить поражения глаз и слепоту. Как показывает опыт, добавки витамина А способствуют уменьшению числа случаев смерти от кори на 50%.

**Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемых для лечения кори:**

Лекарственная группа	Лекарственные препараты	Показания	Уровень* доказательности
Интерфероны (L03AB)	Интерферон альфа	Клинические проявления кори в любом возрасте	2+
Иммуноглобулины, нормальные человеческие (J06BA)	Иммуноглобулин человека нормальный	При лечении тяжелых форм инфекций	2+
Другие иммуностимуляторы (L03AX)	Меглюмина акридонатацетат	Клинические проявления кори. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Тилорон	Клинические проявления кори. Противопоказан детям до 7 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Анаферон	Клинические проявления кори. Противопоказан детям до 1 месяца, при повышенной чувствительности к препарату	2+

Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	Амоксициллин+ (клавулановая кислота)	При средней и тяжелой степени тяжести кори, протекающей с осложнениями	2+
Макролиды (J01FA)	Эритромицин Азитромицин Кларитромицин	При средней и тяжелой степени тяжести кори, протекающей с осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 1-го поколения (J01DB)	Цефазолин	При средней и тяжелой степени тяжести кори, протекающей с осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим цефтриаксон	При средней и тяжелой степени тяжести кори, протекающей с осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Другие аминогликозиды (J01GB)	Амикацин	При средней и тяжелой степени тяжести кори, протекающей с осложнениями; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики	2+
Цефалоспорины 4-го поколения (J01DE)	Цефепим	При тяжелой степени тяжести кори; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики; отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
Антибиотики гликопептидной структуры (J01XA)	Ванкомицин	При тяжелой степени тяжести кори; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики; отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
Карбапенемы (J01DH)	Меропенем	При тяжелой степени тяжести кори; лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики; отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
Производные триазола (J02AC)	Флуконазол	При сопутствующей грибковой инфекции	1+
Антибиотики (J02AA)	Нистатин	При сопутствующей грибковой инфекции	1+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры выше 38,0°C	2+



Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры выше 38,0°C	2+
Пиразолоны (N02BB)	Метамизол натрия	При повышении температуры выше 38,5°C в составе литической смеси	2+
Папаверин и его производные (A03AD)	Папаверин	При повышении температуры выше 38,5°C в составе литической смеси	2+
	Дротаверин		
Эфиры алкиламинов (R06AA)	Клемастин	С антиэкссудативной и противоаллергической целью	2+
Диметинден (R06AB)	Фенистил	С антиэкссудативной и противоаллергической целью	2+
Производные пиперазина (R06AE)	Цетиризин	С антиэкссудативной и противоаллергической целью	2+
Другие антигистаминные средства системного действия (R06AX)	Лоратадин	С антиэкссудативной и противоаллергической целью	2+
Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С диуретической целью	2+
Аскорбиновая кислота (витамин С) (A11GA)	Аскорбиновая кислота	Антиоксидантное действие, регуляция окислительно-восстановительных процессов	2+
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид Магния хлорид +Натрия ацетат +Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия хлорид +Натрия ацетат	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид Калия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
Другие ирригационные растворы (B05CX)	Декстроза (глюкоза)	С целью дезинтоксикации	2+
Адреномиметики (R01AA)	Ксилометазолин	При выраженном затруднении носового дыхания	2+
	Називин		
	Нафтизин		
Противомикробные препараты и антисептик для местного лечения заболеваний полости рта (A01AB)	Хлоргексидин	Для обработки ротоглотки	2+

Другие препараты для местного лечения заболеваний полости рта (A01AD)	Бензидамин	Для обработки ротоглотки	2+
Местные антисептики для лечения ангины (A01AB12)	Гексорал	Для обработки ротоглотки	2+
Антисептики (R02AA)	Гексэтидин Аллантоин+повидон-йод Амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт	Для обработки ротоглотки	2+
Противодиарейные микроорганизмы (A07FA)	Пробифор	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
	Бифиформ		
	Энтерол		
	Аципол		
	Бифидобактерии бифидум		
	Бациллюс субтилис		
	Бифидобактерии бифидум + Лизоцим		
	Лактобактерии ацидофильные + Грибки кефирные		
	Сахаромицеты буларди		
	Бифидобактерин бифидум + Кишечные палочки		
Адсорбирующие кишечные препараты (A07BC)	Смектит диоктаэдрический	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (A03FA)	Метоклопрамид	Для купирования рвоты	2+
Отхаркивающие препараты (R05CA)	Коделак Бронхо	При катаральном синдроме	2+
Другие противокашлевые средства и отхаркивающие средства (R05FB)	Амброксол + Натрия глицирризинат + Тимьяна ползучего травы экстракт	При катаральном синдроме	2+

Муколитические препараты (R05CB)	Амброксол	При катаральном синдроме	2+
	Ацетилцистеин		
Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (R03DX)	Фенспирид	При катаральном синдроме	2+
Кортикостероиды для местного применения (A07EA)	Будесонид	С противовоспалительной целью у пациентов для купирования бронхообструктивного синдрома	2+
Селективные бета2-адреномиметики (R03AC)	Сальбутамол	При наличии бронхообструктивного синдрома	2+
Другие системные гемостатики (B02BX)	Этамзилат	При развитии кровоточивости, кровотечений	2+
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам	При наличии судорожного синдрома	2+

**Примечание: \* - оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой**

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

#### **4.12 Реабилитация**

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;

2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;

3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;

4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;

5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

#### **Критерии выздоровления:**

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- купирование катаральных симптомов;
- угасание сыпи, пигментации.

Применяется основной вариант стандартной диеты в зависимости от возраста, наличия пищевой аллергии. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

Для борьбы с астеническим синдромом и для общего укрепления организма используются растительные средства (например, фитолон, лесмин, иммунал и др.) поливитамины в периоде реконвалесценции с переходом на профилактическую дозу согласно инструкции к препаратам.

#### **4.13 Диспансерное наблюдение**

N п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
1	2	3	4
1	3	3 мес.; после перенесенного коревого энцефалита 2 года	врач-педиатр участковый. По показаниям врач-инфекционист, отоларинголог, кардиолог, нефролога, невролог.

N п/п	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации и	Порядок допуска переболевших на работу, в образовательные учреждения, школы – интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения
1	2	3	4	5
1	Клинический анализ крови, общий анализ мочи 1 раза в месяц	Медицинский отвод от вакцинации 1 мес.	Отсутствие рецидива заболевания	Клиническое выздоровление

#### 4.14 Общие подходы к профилактике

Корь – высоко контагиозное заболевание. Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, лечение, изоляцию больных в организованных коллективах.

Выявление больных корью, лиц с подозрением на это заболевание проводится медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных организаций, а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством порядке, при:

- оказании всех видов медицинской помощи;
- проведении медицинских осмотров;
- проведении предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров населения;
- диспансеризации населения;
- медицинском наблюдении за лицами, бывшими в контакте с больными корью;
- проведении подворных (поквартирных) обходов;
- проведении лабораторных исследований биологических материалов от людей;
- осуществлении активного эпидемиологического надзора за корью с обязательным лабораторным исследованием биологического материала от лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

В случае выявления больного корью или лиц с подозрением на это заболевание медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/y) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, результаты лабораторного исследования и первоначальный диагноз. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информируют об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.

Каждый случай кори подлежит регистрации и учету в "Журнале учета инфекционных заболеваний" (форма N 060/у) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При получении экстренного извещения (форма N 058/у) о случае кори специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое расследование. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, заполняется карта эпидемиологического расследования, с указанием эпидемического номера случая. Заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору (ННМЦ) за корью. Случаи кори подлежат регистрации в электронной Единой международной системе индивидуального учета (CISID). Ввод данных в систему CISID осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь. При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие корью и не привитые против этих инфекций.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем 5 дней с момента появления сыпи при кори. Допуск реконвалесцентов кори в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления.

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

В очагах кори определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно - без ограничения возраста. Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против кори (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок), не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Контактные лица из очагов кори, не привитые и не болевшие ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские

организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения распространения инфекции.

Методом специфической профилактики от кори является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против кори проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Детям и взрослым, получившим прививки в рамках национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены специфические антитела к возбудителю, прививки против кори проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических препаратов. Для иммунизации применяются медицинские иммунобиологические препараты, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке согласно инструкциям по их применению. В целях максимального охвата прививками против кори в субъектах Российской Федерации проводится работа по выявлению лиц, не болевших и не привитых против этих инфекций среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения) и их иммунизации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет - не менее 90%.

#### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным корью**

Медицинская помощь детям больным корью оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь детям больным корью может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) - при легкой степени тяжести кори и возможности изоляции пациента;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) - на этапе реконвалесценции (не ранее 5 дня после начала высыпания) и реабилитации;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при средней и тяжелой степени тяжести кори, требующей специальных методов изоляции, диагностики и лечения.

##### **Первичная медико-санитарная помощь детям предусматривает:**

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего

профессионального образования средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение детей осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

## **5. Мониторинг протокола ведения больных**

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

## **6. Экспертиза проекта протокола ведения больных**

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении А, оформляют окончательную редакцию протокола.

## **7. Приложение**

Приложение А

### **ФОРМА ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ, ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ**



Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

## 8. Библиография

1. Постановление Главного государственного врача РФ «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015 гг.)» и плана ее реализации». Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 августа 2013 г. N 29831.
2. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. N 22379.
3. Корь. Информационный бюллетень №286. Февраль, 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/>.
4. Детские болезни : учебник /Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд., испр. и доп. 2009. – 1008 с.: ил.
5. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей/ Под ред. В.В. Иванова. - 2-е изд., перераб. и доп. 2009. – 832 с.: ил.
6. Инфекционные болезни: учебник. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2013. – 688 с.: ил.
7. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years—United States, 2013 . MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013;62:2-8.
8. Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) . MMWR Recomm Rep. 2011;60:1-60.
9. Marshfield Clinic Research Foundation. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) . MMWR Recomm Rep. 2013;62:1-34.
10. Measles. Margaret Trexler Hessen, MD; Pilar G. Alonso, MD; Lindsey Marcellin, MD, MPH. Published August 23, 2013.
11. Ferris Clinical Advisor 2015. Ferri, Fred F., M.D., F.A.C.P. Measles (Rubeola), 732.e2-732.e3.
12. Measles. Wilbert H.Mason. Nelson Textbook of Pediatrics, Chapter 238, 1069-1075.e1.
13. Measles Virus. Anne A. Gershon. Mandell, Douglas, and Bennetts Principles and Practice of Infectious Diseases, 162, 1967-1973.e2.