

## Клинические рекомендации – Корь – 2024-2025-2026 (06.11.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B05.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 563

По состоянию на 06.11.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

### Разработчик клинической рекомендации

- Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского (НАСИБ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### Список сокращений

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаратаминотрансфераза

ИЛП – иммунобиологические лекарственные препараты (АТХ J06 Иммунные сыворотки и иммуноглобулины)

ИФА – иммуноферментный анализ

МЗ – министерство здравоохранения

МНО – международное нормализованное отношение

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

СанПиН – санитарные правила и нормы

СРБ – С-реактивный белок

кг – килограмм

мес – месяцев

мг – миллиграмм

нм – нанометр ( $10^{-9}$  метра)

сут – сутки

per os – через рот (перорально)

### Термины и определения

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

Заболевание – состояние, 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.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Исходы заболеваний – медицинские и биологические последствия заболевания.

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.

Клинические рекомендации оказания медицинской помощи – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Клиническая ситуация – случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

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.

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.

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.

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.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Последствия (результаты) – исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

Симптом – любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

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.

Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияя на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния – критерий, определяющий степень поражения органов и

(или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Функция органа, ткани, клетки или группы клеток – составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

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 [1-4].

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Возбудителем является РНК-содержащий вирус кори (Measles morbillivirus), 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 нейраминидазы. Для вируса характерна гемагглютинирующая, гемолизирующая, комплементсвязывающая активность, он вызывает образование вируснейтролизующих антител. Вирус кори нестойк к воздействию физических, химических факторов, сохраняется во внешней среде не более 30 минут, чувствителен к солнечному свету и ультрафиолетовому облучению, инактивируется эфиром, формалином. В капельках слюны погибает через 30 мин, при высыхании – мгновенно, распространяется 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, мочи, отделяемого конъюнктив, цереброспинальной жидкости [1, 2].

Входными воротами для вируса кори является слизистая оболочка верхних дыхательных путей и конъюнктивы глаз. Первичная репродукция вируса происходит в эпителиальных клетках дыхательных путей и регионарных лимфатических узлах. Далее вирус попадает в кровь и возникает первая волна виремии в инкубационном периоде. Находясь в крови, вирус фиксируется на клетках ретикулоэндотелиальной системы, где происходит его репродукция и вторичное накопление. Это приводит к новой волне виремии с максимальной концентрацией вируса в крови, что соответствует клиническому началу болезни. Вирус кори обладает тропизмом к эпителиальным клеткам и клеткам ЦНС, эндотелию сосудов, что обуславливает поражение кожи и слизистых оболочек дыхательных путей, конъюнктивы глаз, развитие менингита и менингоэнцефалита. Вирус обладает выраженным иммуносупрессивным действием, снижает активность специфических и неспецифических факторов защиты (анергия), что приводит к возникновению вторичного вирусного или бактериального инфицирования и развитию осложнений, обострению хронических процессов. Ответной реакцией организма на коревую инфекцию является мобилизация защитных реакций; происходит интенсивная продукция интерферонов, формирование клеточного и гуморального иммунитета, что приводит к концу периода высыпания к снижению виремии и постепенной элиминации вируса из организма. В первые дни заболевания появляются специфические IgM, чуть позже специфические IgG, высокий

титр которых сохраняется пожизненно [1-6].

### **1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Заболеемость корью до периода активной иммунизации была высокой и занимала одно из первых мест среди воздушно-капельных инфекций. Индекс контагиозности очень высокий и составляет 95-98%. История эпидемиологии сохранила многочисленные примеры коревых эпидемий с летальностью до 25%. Вирусная этиология коревой инфекции установлена в 1911 году, первый штамм вируса кори выделен от больного в 1954 году [1-4]. После введения в практику активной иммунизации заболеемость резко снизилась. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2022 г. после многолетнего снижения охвата вакцинацией против кори количество заболевших корью выросло на 18%, а число умерших от инфекции – на 43% (по сравнению с 2021 г.). В новом докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Центров по контролю и профилактике заболеваний США (ЦКПЗ) численность заболевших оценивается на уровне 9 миллионов человек, а умерших – на уровне 136000 человек, большинство из которых составляют дети. Угроза кори для детей продолжает неуклонно расти. В 2022 г. масштабные и тяжело протекающие вспышки заболевания произошли в 37 странах по сравнению с 22 странами в 2021 г. Двадцать восемь затронутых вспышками стран находятся в Африканском регионе ВОЗ, шесть в Восточном Средиземноморье, две в Юго-Восточной Азии и одна в Европе [7].

В 2022 году на территории Российской Федерации зарегистрировано 102 случая кори, показатель заболеемости составил 0,07 на 100 тыс. населения, в 20% случаев корь была завезена с территории других государств. В 2022 году корь регистрировалась преимущественно среди детей до 18 лет, удельный вес которых составил 63,7%, на долю взрослых пришлось 36,3% заболевших. Эпидемический процесс кори поддерживался за счет лиц не привитых и лиц с неизвестным прививочным анамнезом, которые составляли 82,4% заболевших [8]. В 2023 году отмечен резкий рост заболеемости корью во всех возрастных группах [9].

Источником инфекции служит больной человек, который выделяет вирус в последние дни инкубации (инкубационный период составляет от 9 дней до 21 дня), в течение продромального периода и в первые 4 суток высыпания. С 5-х суток от появления сыпи пациент считается незаразным. Механизм передачи – аэрозольный, путь передачи – воздушно-капельный. Вирус выделяется из организма при кашле, чихании, слезотечении, разговоре и с потоком воздуха разносится на значительные расстояния, в том числе и по вентиляционным каналам, поэтому заражение возможно и при отсутствии непосредственного контакта с больным. После перенесенного заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет [1-4].

### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ 10) [10].

B05 – Корь

B05.0 – Корь, осложненная энцефалитом (G05.1)

B05.1 – Корь, осложненная менингитом (G02.0)

B05.2 – Корь, осложненная пневмонией (J17.1)

B05.3 – Корь, осложненная средним отитом (H67.1)

B05.8 – Корь с другими осложнениями

B05.9 – Корь без осложнений

## 1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Единой, утвержденной классификации кори нет, наиболее часто в клинической практике используется следующий вариант:

Клиническая классификация кори [2-6]

По типу:

1. Типичная
2. Атипичная:
  - Митигированная
  - Abortивная
  - 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

## 1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При типичном течении кори выделяют четыре периода: инкубационный, катаральный (продромальный), высыпания и пигментации. Инкубационный период кори при кори продолжается 9-21 день. Начальный период заболевания проявляется катаральным синдромом, его длительность обычно составляет 3-4 дня. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 38-40 °С, возникновения катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей (ринит, фарингит), конъюнктивита, светобоязни, нарастающих признаков интоксикации (головной боли, резкого ухудшения самочувствия, снижения аппетита, нарушение сна), у детей младшего возраста выражено беспокойство. Катаральные явления в динамике усиливаются, развивается ларинготрахеит. Патогномичным симптомом катарального периода являются пятна Бельского-Филатова-Коплика. Они появляются на слизистой оболочке щек напротив коренных зубов в виде мелких беловато-серых точек, окруженных полоской гиперемии. Их образование связано с наличием очагов некроза в базальных отделах слизистой оболочки, данный симптом появляется за 1-2 дня до появления сыпи и исчезает при развитии экзантемы. К концу катарального периода самочувствие пациента может несколько улучшиться.

Период высыпания начинается на 4-5 день от начала болезни. Высыпания происходят этапно. Первые элементы сыпи появляются за ушами, на переносице, за первые сутки сыпь распространяется на лицо, шею, верхнюю часть груди и плечи, на 2-е сутки сыпь покрывает туловище, на 3-4-е сутки дистальные части рук и нижние конечности. Сыпь пятнисто-папулезная, первоначально мелкая, затем элементы сыпи увеличиваются в размерах, сливаются, становятся яркими и приобретают типичный вид – неправильной формы, крупные элементы пятнисто-папулезные, ярко-красного цвета.

Период пигментации начинается с 3-4 дня появления сыпи и протекает также этапно. Сыпь начинает приобретать синюшно-бурый оттенок. Период пигментации длится 7-14 дней, возможно появление мелкого отрубевидного шелушения. Общее состояние больного улучшается,

температура нормализуется, уменьшается выраженность катаральных явлений [2-6, 11].

Критерии степени тяжести представлены в [приложении](#).

Коревая анергия (вторичное иммунодефицитное состояние) сохраняется длительно, до 1 месяца, что является фактором риска наложения других вирусно-бактериальных инфекций и развития осложнений [12-14].

Митигированная корь: развивается у пациентов, получивших в инкубационном периоде иммуноглобулины, плазму, кровь и препараты крови. Сокращается длительность периодов, стираются симптомы. Общая длительность заболевания составляет несколько дней.

Абортивная форма: начинается типично, через 1-2 дня от начала заболевания клинические симптомы исчезают, сыпь локализуется на лице и туловище.

Стертая форма: характеризуется слабыми, быстропроходящими симптомами интоксикации и катаральными явлениями.

Бессимптомная форма: проявления болезни отсутствуют.

Выявляют атипичные формы болезни, как правило, в очагах, при обследовании контактных.

Особенности кори в различных возрастных группах: у детей первого полугодия жизни катаральный период кратковременный и выражен слабее, симптом Бельского-Филатова-Коплика может отсутствовать, период высыпания укорочен до 2-х дней, период пигментации 5-7 дней. Выражена коревая анергия, быстро развиваются осложнения (пневмония, отит, энцефалит).

Корь у непривитых взрослых протекает в типичной форме, часто с более тяжелой клинической симптоматикой.

Корь у привитых: возникает у лиц, в организме которых специфические антитела не образовались или их содержание снизилось ниже защитного уровня, как правило протекает в более легкой форме.

Осложнения: могут развиваться на любом этапе течения инфекционного заболевания. 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 и поздние (развивающиеся в период пигментации).

Одно из наиболее частых осложнений – пневмония, нередко развивается острый средний отит, синусит, кроме того, возможно развитие кератоконъюнктивита, осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Тяжелым осложнением является коревой энцефалит (менингоэнцефалит), который развивается на 4-5 день после появления сыпи, или позже, характеризуется тяжелым течением и высоким риском неблагоприятного (летального) исхода [2-6, 15-21].

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями (состояниями): краснуха, аденовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, парвовирусная В19 инфекция, герпесвирусная HHV6 инфекция, скарлатина, токсико-аллергическая реакция (сыпь), инфекционный мононуклеоз [2-6, 22].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **Критерии установления диагноза/состояния:**

На этапе диагностики случаи кори подразделяются на "подозрительные", "вероятные" и "подтвержденные" [1]. "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.

-----  
[1] СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" от 28.01.2021 г

Окончательный диагноз кори, устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза.

- Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на корь обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза для выявления источника инфекции [1-4, 9, 11, 16, 23]:

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Уточняются сведения о контакте с больным корью, пребывание в очаге кори, сведения о вакцинации против кори, информация о введении иммуноглобулина.

## 2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез описаны в [разделе](#) "Клиническая картина".

## 2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на корь провести физикальное обследование для выявления ведущих синдромов заболевания [2-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Проводится общий осмотр с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: наличие и характеристика сыпи, цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, наличие симптома Филатова-Бельского-Коплика, наличие конъюнктивита, и других симптомов со стороны респираторной, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, по совокупности данных определяется тяжесть состояния пациента

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на корь проведение термометрии общей для оценки наличия и уровня лихорадки [2-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При типичной форме характерно повышение температуры тела до 38-39 °С с первых дней болезни. На 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр. На 4-5 сутки может отмечаться вторая волна лихорадки вместе с появлением сыпи.

- Рекомендуется у всех пациентов с корью физикальное исследование легких (пальпация, перкуссия, аускультация) для оценки уровня поражения респираторного тракта [2-6, 24].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: проведение исследования необходимо для оценки уровня поражения респираторного тракта, для выявления характерных изменений при бронхите, бронхообструктивном синдроме или появления локальной симптоматики, типичной для пневмонии. В первые 3-4 суток возможны вирусные поражения легких, с 5 суток – преимущественно бактериальные поражения.

- Рекомендуется у всех пациентов с корью проверять менингеальные и очаговые симптомы с целью выявления неврологических осложнений [2-4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: Осложнениями кори являются различные варианты поражения ЦНС: энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит.

- Рекомендуется у всех пациентов с корью проведение физикального исследования сердца: измерение частоты сердечбиений, аускультация – для диагностики возможных осложнений кори со стороны сердечно-сосудистой системы [2-4, 25].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: вирусные инфекции, в том числе корь, могут приводить к поражению сердца, данные методы обследования необходимы для диагностики возможных осложнений кори: кардиомиопатия, эндокардит, изменения сердечного ритма вследствие нарушения проводимости.

- Рекомендуется у всех пациентов с корью проводить визуальное исследование и пальпацию живота для оценки вовлеченности органов желудочно-кишечного тракта или выявления сопутствующих заболеваний [2-4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: при кори возможны осложнения в виде стоматита, энтерита, энтероколита.

## **2.3. Лабораторные диагностические исследования**

### **2.3.1. Неспецифическая лабораторная диагностика**

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на корь выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для диагностики, комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний [26]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при неосложненном течении кори характерны лейкопения, нейтропения, эозинопения, относительный лимфоцитоз, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) не изменена. При бактериальных осложнениях (пневмония, синусит и т.д.) в крови нарастает лейкоцитоз, палочкоядерный нейтрофилез, увеличивается СОЭ.

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на корь выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний [2-4, 9, 26, 28-30].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при неосложненном течении кори патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме – увеличение плотности мочи, невыраженные лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия, носящие транзиторный характер, исчезают при нормализации температуры тела и купировании проявлений общей инфекционной интоксикации. Сохранение изменений требует исключения тубулоинтерстициального нефрита и других поражений почек.

- Рекомендовано пациентам при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания выполнить также биохимический анализ крови (общетерапевтический) с определением уровня общего билирубина, альбумина, мочевины, креатинина, глюкозы, активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, амилазы, для выявления наличия и степени нарушения функции внутренних органов (печени, почек, поджелудочной железы), развитие осложнений и декомпенсации сопутствующей патологии [31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: у пациентов с коревой инфекцией в период высыпаний с 4 по 8 день болезни возможно повышение активности печеночных ферментов: АЛТ, АСТ, как проявления синдрома цитолиза при развитии среднетяжелого и тяжелого течения заболевания с нормализацией в периоде реконвалесценции.



- Рекомендовано пациентам с тяжелым и осложненным течением кори (при подозрении на развитие осложнений или присоединение бактериальной инфекции) определение маркеров воспалительной реакции: исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследование уровня прокальцитонина в крови) для оценки тяжести течения и прогноза заболевания [33, 34, 53-57].

Уровень убедительности рекомендации **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

### 2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика

Проводится в целях идентификации возбудителя кори и подтверждения диагноза специфическое лабораторное обследование лицам, имеющим клинические признаки кори ("подозрительный случай") или клинические признаки кори и эпидемиологическую связь с другим подозрительным лицами, либо подтвержденным случаем кори ("вероятный случай кори"); лицам, имевшим контакт с больным корью; новорожденным, матери которых переболели корью в конце третьего триместра беременности (за 2-3 недели до родов) [27, 35-37].

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на коревую инфекцию (подозрительный или вероятный случай) провести определение РНК вируса кори (Measles morbillivirus) в мазке слизистой носоглотки методом качественной полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное исследование в целях идентификации возбудителя кори и подтверждения диагноза [27, 35-38].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: ПЦР наиболее эффективный метод лабораторной диагностики, который позволяет обнаружить РНК вируса кори в носо- и ротоглотке еще в инкубационном периоде, за 3-5 дней до появления клинических признаков заболевания (сыпи). Оптимальный срок сбора клинического материала для молекулярно-биологического исследования – в течение 3-5 суток после манифестации болезни или в первый день госпитализации. От одного больного отбирают пробу для проведения первичного исследования материала методами ПЦР. Лицам, имевшим контакт с больным корью, целесообразно провести первый забор материала через 5-7 дней после контакта для молекулярно-биологического исследования с целью идентификации возбудителя. Все виды работ проводят с соблюдением противоэпидемического режима, в строгом соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов. [Правила](#) взятия мазка представлены в приложении А3.

- Рекомендовано ребенку, рожденному от матери, переболевшей корью в третьем триместре беременности (за 2-3 недели до родов) провести определение РНК вируса кори (Measles morbillivirus) в мазке слизистой носоглотки методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное исследование в целях идентификации возбудителя кори и подтверждения диагноза [27, 35-38, 41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Поскольку в крови новорожденных детей могут присутствовать материнские антитела против кори, для подтверждения диагноза кори у ребенка использование ИФА нецелесообразно, наиболее предпочтительным является молекулярно-биологический метод выявления РНК вируса кори.

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на коревую инфекцию проведение иммуноферментного исследования сыворотки крови на определение антител класса М (IgM) к вирусу кори в крови, положительный результат будет являться основанием для подтверждения диагноза [27, 35-37, 39, 40] [1].

[1] СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике

инфекционных болезней" от 28.01.2021 г

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Оптимальный срок взятия крови для исследований осуществляется на 4-5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10-14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка). Все виды работ проводят с соблюдением противоэпидемического режима, в строгом соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов.

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на коревую инфекцию определение антител класса G (IgG) к вирусу кори 2-хкратно [27, 35-37, 39].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: проводится в дополнение к определению антител класса M в сыворотке крови методом иммуноферментного исследования. Оптимальный срок взятия крови для исследований осуществляется на 4-5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10-14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я 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".

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 (ред. от 25.05.2022) "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы..." п2734. Молекулярно-генетический метод применяется для определения генотипа возбудителя кори или краснухи для выявления импортированных случаев кори/краснухи и доказательства элиминации этих инфекций в стране, отсутствия циркуляции эндемичных генотипов вирусов кори/краснухи, для чего на 1-3 календарный день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований. Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому – медицинскими работниками медицинской организации, поставившими диагноз.

## 2.4. Инструментальные диагностические исследования

Проведение инструментальных диагностических исследований связано с особенностями течения заболевания у пациентов и чаще всего обусловлено развитием осложнений и обострением хронической сопутствующей патологии.

- Рекомендуется пациентам с корью при подозрении на поражение сердца регистрация электрокардиограммы для своевременной диагностики нарушений ритма сердца [25, 43].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: исследование рекомендовано пациентам со среднетяжелой и с тяжелой степенью тяжести кори, с пороками сердца, миокардиопатией или миокардитом в анамнезе, при клинических признаках аритмии и другими заболеваниями сердца

- Рекомендуется пациентам с корью во всех случаях подозрения на пневмонию выполнение рентгенографии легких для исключения пневмонии [44].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Рентгенография легких проводится во всех случаях подозрения на пневмонию для подтверждения диагноза.

- Рекомендуется проведение компьютерной томографии органов грудной полости пациентам с корью при отсутствии верификации рентгенологическим методом для исключения пневмонии [45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: В случае развития вирусной пневмонии процесс имеет интерстициальный характер, в силу чего может не выявляться при рентгенологическом исследовании.

## **2.5. Иные диагностические исследования**

- Рекомендуется пациентам с корью при подозрении на развитие отита или синусита прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный для определения дальнейшей тактики ведения пациента [47].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется у пациентов с тяжелой степенью тяжести кори и/или подозрением на наличие неврологических осложнений (заторможенность, инверсия сна, судороги, головная боль, повторная рвота, очаговая симптоматика) проведение приема (осмотра, консультации) врача-невролога первичного для исключения неврологической патологии [2-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Осмотр врача-невролога с соответствующими диагностическими исследованиями необходим для исключения неврологических осложнений кори (энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит).

- Рекомендуется у пациентов с тяжелой степенью тяжести кори или наличием неврологических осложнений, а также неотложных состояний (дыхательная недостаточность, судороги, признаки энцефалопатии и др.) проведение осмотра (консультации) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичного для решения вопроса о дальнейшем оказании помощи в условиях ОРИТ [2-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

При выявлении осложнений или сопутствующей патологии их лечение проводится в соответствии с действующими клиническими рекомендациями или протоколами лечения/методическими рекомендациями/правилами посиндромной терапии соответствующих нозологических групп.

## **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

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

### **3.1. Консервативное лечение**

В течение всего периода лихорадки и первые двое суток после нормализации температуры тела необходимо соблюдать постельный режим. Несоблюдение постельного режима увеличивает риск развития осложнений.

Диета назначается с учетом возраста пациента, степени тяжести заболевания, наличия и

характера коморбидных состояний. Жидкость назначается с учетом физиологической потребности с добавлением на патологические потери (гипертермию, одышку и т.д.) Дети первого года жизни находятся на грудном вскармливании или получают адаптированные смеси по показаниям (в зависимости от возраста и особенностей соматического статуса).

- Рекомендуется пациентам с корью этиопатогенетическая терапия препаратами с широкой противовирусной и иммуномодулирующей активностью: препарата #Интерферона альфа 2b\*\* – для того, чтобы добиться противовирусного, иммуномодулирующего и противовоспалительного эффектов [2, 4, 11, 48, 58].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: В отношении эффективности лечения кори специальных сравнительных исследований не проводилось, имеются описания отдельных случаев применения этих препаратов при заболевании корью как противовирусного лечения. Наиболее эффективно применение интерферонов в первые 3-е суток от начала заболевания. (Препарат назначают по 150000-500000 МЕ детям в возрасте до 7 лет, по 500000-1000000 МЕ – детям 7-12 лет, по 1000000 МЕ – детям старше 12 лет и взрослым 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 5-10 дней.).

- С целью снижения температуры тела у пациентов с корью рекомендуются к применению нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства [2-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: У детей нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства применяются только на основе препаратов, содержащих парацетамол\*\* до 60 мг/кг/сут или ибупрофен\*\* до 30 мг/кг/сут. Парацетамол\*\* и ибупрофен\*\* могут применяться внутрь per os или в форме ректальных суппозиторий, существует также парацетамол\*\* для внутривенного введения.

- Рекомендуется проведение инфузионной терапии пациентам со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести кори с целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса с использованием растворов для внутривенного введения: растворы электролитов, растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, растворы для парентерального питания (с учетом возраста и показаний) [49].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Парентеральное введение жидкости проводят исходя из расчета физиологической потребности, текущих патологических потерь и имеющегося дефицита жидкости.

- В целях предотвращения бактериальной суперинфекции не рекомендуется у пациентов с корью использование противомикробных препаратов системного действия [50, 51].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной флоры человека в различных биотопах.

### 3.2. Иное лечение

Больным корью может проводиться терапия местными средствами в виде полосканий, теплого питья или инсуффляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания, физиотерапевтические процедуры с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой ротоглотки, симптоматическая терапия.

Кроме того, показано проведение терапии с учетом выявленных осложнений и коморбидных

состояний по назначению врача.

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Медицинская реабилитация для пациентов с корью в настоящее время не разработана, проводится в соответствии с соматическими особенностями пациента. Корь, как острое заболевание, является противопоказанием для проведения санаторно-курортного лечения.

Возможно проведение медицинской реабилитации реконвалесцентов кори в медицинских организациях государственной системы здравоохранения или профильных структурных подразделениях медицинских организаций, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортное лечение.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- Рекомендуется непривитым против кори детям введение иммуноглобулина человека нормального\*\* (раствор для внутримышечного введения) для обеспечения пассивной профилактики [2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: 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 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный\*\* (далее – иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению [1].

-----  
[1] СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" от 28.01.2021 г

Основным методом защиты населения от кори является вакцинопрофилактика.

Диспансерное наблюдение осуществляется по месту жительства врачом-педиатром участковым/врачом-терапевтом участковым/врачом общей практики. План наблюдения составляется индивидуально в зависимости от формы перенесенной кори, наличия осложнений, соматического статуса пациента.

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Медицинская помощь пациентам, 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 пациентам с корью может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)
  - 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 и изоляцию в мельцеровском боксе)



Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

Пациенты с корью подлежат госпитализации в инфекционный стационар (инфекционное отделение, инфекционные койки) в случаях:

- тяжелого и/или осложненного клинического течения заболевания;
- наличия тяжелых хронических заболеваний;
- 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 (работники медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), неболевшие и непривитые.

В направлениях на госпитализацию больных корью, (или при подозрении на эту инфекцию) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

Больных госпитализируют в инфекционные стационары/отделения (койки) в мельцеровские боксы. Дети госпитализируются в стационары, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии.

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

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) удовлетворительный статус пациента
- 2) не ранее 5 дня после начала высыпания

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Корь относится к вакциноуправляемым инфекциям. Основным методом защиты населения от кори является вакцинопрофилактика [52]. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять: вакцинацией и ревакцинацией против кори, детей в декретированных возрастах – не менее 95%; вакцинацией против кори взрослых в возрасте лет 18-35 лет – не менее 90%; вакцинацией против кори лиц декретированных профессий 18-55 лет – не менее 90% [1].

-----  
[1] СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" от 28.01.2021 г

Снижение иммунной прослойки приводит к формированию вспышек заболевания. Вакцинация против кори в Российской Федерации проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

### **Плановая вакцинопрофилактика кори**

- Для проведения вакцинации против кори могут быть использованы любые вакцины, содержащие противокоревой компонент: моновакцина (вакцина для профилактики кори\*\*), дивакцина (Вакцина для профилактики кори и паротита\*\*), комбинированные вакцины (Вакцина



для профилактики кори, краснухи и паротита\*\*), независимо от возраста (но не ранее 8-12 мес. жизни в соответствии с Инструкцией по применению препарата), наличия поствакцинального или постинфекционного иммунитета к вирусам эпидемического паротита и/или краснухи

- Плановая вакцинация проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (приказ МЗ РФ N 1122-н. от 06.12.2021 г.): вакцинация в возрасте 12 мес., ревакцинация – в 6 лет.

- Дети в возрасте от 1 года до 5 лет 11 мес. 29 дней, не болевшие, не привитые против кори/или не имеющие документального подтверждения – должны получить одну дозу противокоревой вакцины (АТХ J07BD Вакцины для профилактики кори) в любом возрасте после 12 месяцев и в возрасте 6 лет получить ревакцинацию против кори с минимальным интервалом 3 месяца после первой прививки (Письмо Министерства здравоохранения РФ от 21 января 2022 г. N 15-2/И/2-806 О направлении методическими рекомендациями по проведению профилактических прививок в соответствии с приказом Минздрава России от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок").

- Дети в возрасте от 6 лет до 17 лет 11 мес. 29 дней, не болевшие, не привитые против кори/или не имеющие документального подтверждения – должны быть привиты противокоревой вакциной (АТХ J07BD Вакцины для профилактики кори) двукратно с минимальным интервалом 3 месяца.

- Дети в возрасте 6 лет до 17 лет 11 мес. 29 дней, вакцинированные однократно против кори и не болевшие корью – должны получить вторую дозу вакцины против кори (АТХ J07BD Вакцины для профилактики кори) с минимальным интервалом после первого введения 3 месяца

- Детей, родившихся от серонегативных к вирусу кори матерей, вакцинируют в возрасте 8 мес. (Вакциной для профилактики кори\*\* в виде монопрепарата – см. инструкцию к препарату) и далее – в 14-15 мес. и 6 лет (любыми вакцинами, содержащими коревой компонент – дивакциной, тривакциной). Интервал между первой вакцинацией и повторной прививкой должен быть не менее 6 мес. (инструкция к Вакцине для профилактики кори\*\* РУ N ЛП-Н(001169)-(РГ-РУ)

- Взрослые от 18 до 35 лет (включительно) не болевшие, не привитые/при отсутствии данных о выполненной ранее вакцинации/или перенесенной кори/или отсутствии подтверждения напряженного иммунитета к коревой инфекции\* – должны вакцинироваться двукратно с минимальным интервалом 3 месяца; ранее однократно привитые против кори более 3-х месяцев назад – должны получить одну дозу вакцины.

- Взрослые от 36 лет до 55 лет (включительно), относящиеся к группам профессионального риска (медицинские работники и работники образовательных организаций, сотрудники, занятые в торговле, транспортном обслуживании, коммунальной и социальной сферы; работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов пункта пропуска через границу РФ), а также трудовые мигранты, беженцы, лица без определенного места жительства при отсутствии данных о выполненной ранее вакцинации/или перенесенной кори/или отсутствии подтверждения напряженного иммунитета к коревой инфекции\* – двукратно с минимальным интервалом 3 месяца; ранее однократно привитые против кори более 3-х месяцев назад должны получить одну дозу вакцины\*\*.

- Дети до 8 мес., а также дети и взрослые, имеющие абсолютные противопоказания к вакцинации живыми вакцинами (Первичный иммунодефицит, злокачественные новообразования, беременность), в случае контакта с больным корью получают иммуноглобулин человека нормальный\*\* (раствор для внутримышечного введения) в соответствии с Инструкцией по применению.

### **Вакцинация по эпидемическим показаниям**

- Для иммунизации применяются иммунобиологические лекарственные препараты (ИЛП),

зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации согласно инструкциям по их применению.

Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы федерального государственного наблюдения: форма N 5.

- осуществляется в соответствии с Санитарными правилами и нормами СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"

- Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица без ограничения возраста, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица старше 6 лет, привитые против кори однократно.

- Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 ч с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

- Детям и взрослым, не привитым против кори (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный\*\* (раствор для внутримышечного введения) (далее – иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению.

- Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, дата выпуска, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

- Детям, получившим прививки в рамках Национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены антитела к кори проводят дополнительное введение вакцины в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов (АТХ J06 Иммунные сыворотки и иммуноглобулины).

- Учитывая возможность проведения экстренной профилактики кори с использованием у детей моновакцины (Вакцина для профилактики кори\*\*), в качестве приоритетной в условиях эпидемиологического неблагополучия по коревой инфекции, в дальнейшем допускается проведение вакцинации против краснухи и эпидемического паротита, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 06.12.2021 N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" моновакцинами (Вакцина для профилактики кори\*\* и Вакцина для профилактики краснухи\*\* одновременно) с минимальным интервалом 1 месяц, либо Вакциной для профилактики кори, краснухи и паротита\*\* или Вакциной для профилактики кори и паротита\*\* в сочетании с вакциной для профилактики краснухи\*\* с минимальным интервалом 3 месяца после вакцины для профилактики кори\*\*. В последнем случае, вакцинация против кори может быть засчитана в качестве плановой ревакцинации (V2) (Письмо Министерства здравоохранения РФ от 14 июля 2023 г. N 15-2/И/2-12676 О направлении рекомендаций по вакцинации против кори детей разного возраста с применением моно- и поликомпонентных вакцин, 17 августа 2023)

### Критерии оценки качества медицинской помощи

| N  | Критерии качества  | Оценка выполнения<br>(да/нет) |
|----|--|-------------------------------|
| 1. | Проведено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на определение специфических к кори | Да/нет                        |

|    |  |        |
|----|--|--------|
|    | иммуноглобулинов класса М  |        |
| 2. | Проведено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на наличие специфических к кори иммуноглобулинов класса | Да/нет |
| 3. | Выполнена рентгенография легких при подозрении на пневмонию  | Да/нет |
| 4. | Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (по показаниям)  | Да/нет |
| 5. | Выполнена пациентам с корью регистрация электрокардиограммы (по показаниям)  | Да/нет |

### Список литературы

1. Руководство по вирусологии. Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред академика РАН Д.К. Львова. М: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство" 2013; 1200 с
2. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. акад. РАМН Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2019.; 1004 с.
3. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов/под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 4-е издание, испр. и доп. – СПб: СпецЛит, 2012. – 623 с.
4. Руководство по педиатрии. Т. 8 Инфекционные болезни детского возраста. Под ред Иванова Д.О. и др. – СПб: СПбГПМУ, 2023 – 816 с
5. Тимченко В.Н. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача (руководство для врачей всех специальностей). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 644.
6. Тимченко В.Н. Клинико-эпидемиологические эволюция и современная терапия кори у детей/В.Н. Тимченко [и др.]/Журнал инфектологии. – 2015. – Т. 7. – N 1. – С. 39-46.
7. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), официальный сайт. [www.who.int](http://www.who.int)
8. Государственный доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году" М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023 <https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/>
9. Карпухина О.А., Арова А.А., Крамарь Л.В. Клинико-лабораторная характеристика вспышки кори 2023 года в городе Волгограде//Журнал инфектологии, 2023. – N 4 (т. 15) Прил. 1. – С 15-23.
10. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра. <https://www.mkb-10.com>
11. Карбышева Н.В. Клинико-эпидемиологические особенности кори в Алтайском крае/Н.В. Карбышева [и др.]/Журнал инфектологии. – 2019. – Т. 11. – N 1. – С. 64-65.
12. Le N. T. H. et al. Biphasic pattern in the effect of severe measles infection; the difference between additive and multiplicative scale//BMC Infectious Diseases. – 2021. – V. 21. – N 1. – С. 1-9.
13. Mina M. J. et al. Measles virus infection diminishes preexisting antibodies that offer protection from other pathogens//Science. – 2019. – V. 366. – N 6465. – С. 599-606
14. Petrova V. N. et al. Incomplete genetic reconstitution of B cell pools contributes to prolonged immunosuppression after measles//Science Immunology. – 2019. – V. 4. – N 41. – С. 1-14.
15. Hassan M. Y. et al. Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with measles during an outbreak in Somalia//IJID Regions. – 2023. – V. 23. – N 8. – С. 31-35.
16. Чумаченко Т.А. Корь в Украине: привитость населения и заболеваемость/Т.А. Чумаченко, М.В. Райлян, Ю.И. Польшанная, В.И. Семишев//Журнал инфектологии. – 2019. – Т. 11. – N 1. – С. 143-144.
17. Ben-Chetrit E. et al. Measles-related hospitalizations and associated complications in Jerusalem,

- 2018-2019//Clinical Microbiology and Infection. – 2020. – V. 26. – N 5. – С. 637-642.
18. Buchanan R., Bonthius D. J. Measles Virus and Associated Central Nervous System Sequelae//Seminars in Pediatric Neurology. – 2012. – V. 19. – N 3. – С. 107-114
19. Campbell H. et al. A Re-emergence of Subacute Sclerosing Panencephalitis in the United Kingdom//The Pediatric Infectious Disease Journal. – 2023 – V. 42. – N 1. – С. 82-84.
20. Garg D. et al. Spectrum of Movement Disorders Among Children With Subacute Sclerosing Panencephalitis: A Cross-Sectional Study//Journal of Child Neurology. – 2022. – V. 37. – N 6. – С. 491-496
21. Garg R. K. et al. Subacute sclerosing panencephalitis//Reviews in Medical Virology. – 2019. – V. 29 – N 5. – С. 1-13. т
22. Руководство по инфекционным болезням. Кн. 2 Под ред. акад. РАН проф Лобзина Ю.В. и проф. Жданова К.В. – 4-е изд доп и перераб. СПб: ООО "издательство Фолиант", 2011 – 664 с.
23. Тиркашев О.С., Мустаева Г.Б., Брянцева Е.В., Матназарова Г.С. Изучение клинических и эпидемиологических особенностей кори//"Science and Education" Scientific Journal. – 2023. – С. 420-428.
24. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Авдеева С.Н., Чучалина А.Г., Абросимова В.Н. Изд. Группа "ГЭОТАР Медиа" 2022, 800 с
25. Кардиология. Национальное руководство. Ред Академка РАН Шляхто Е.В. "ГЭОТАР-Медиа", 2022. 800 с.
26. Корь у детей и взрослых на этапе элиминации: учеб. пособие/Л.Н. Мазанкова, Н.М. Беляева, С.Г. Горбунов, Л.Ф. Нестерина. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 72 с.: ил.
27. Ma R., Lu L., Suo L., Zhangzhu J., Chen M., Pang X. Evaluation of the adequacy of measles laboratory diagnostic tests in the era of accelerating measles elimination in Beijing, China. Vaccine. 2019; 37(29): 3804-3809. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.05.058
28. Инфекционные болезни. Национальное руководство/под ред. Н.-Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1104 с. – (Серия "Национальные руководства").
29. Ющук Н.Д. Вирусные болезни. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. 640 стр.
30. Онищенко Г.Г., Попова А.Ю., Алешкин В.А., ред. Корь в России: проблемы ликвидации. Москва: Издательство Династия; 2017.
31. "Клинические и эпидемиологические особенности кори у взрослых в современный период" Басина В.В., Эсауленко Е.В., Новак К.Е., Бичурина М.А., Лялина Л.В. Журнал инфектологии. 2021. Т. 13. N 2. С. 70-78.
32. Клинико-эпидемиологическая характеристика кори у взрослых Эсауленко Е.В., Перадзе Х.Д., Дмитриева М.И., Сухорук А.А. Лечение и профилактика. 2012. N 3 (4). С. 90-92
33. Lo Vecchio A, et al. Complications and risk factors for severe outcome in children with measles//Archives of Disease in Childhood. – 2019. – V. 105. – N 9. – С. 1-4.
34. C-reactive protein in measles I Roine, W Ledermann, N Arrizaga, P Bosch, L Bertin, S Urrutia, A Banfi, H Peltola DOI: 10.1093/tropej/38.4.149
35. Michel, Yanne; Saloum, Kenda; Tournier, Claire; Quinet, Béatrice; Lassel, Ludovic; Pérignon, Alice; Grimprel, Emmanuel; Carbajal, Ricardo; Vabret, Astrid; Freymuth, François; Garbarg-Chenon, Antoine; Schnuriger, Aurélie (2013). Rapid molecular diagnosis of measles virus infection in an epidemic setting. Journal of Medical Virology, 85(4), 723-730. doi: 10.1002/jmv.23515
36. Gibson K.S. Woo; Ann H. Wong; W.Y. Lee; C.S. Lau; Peter K.C. Cheng; Peter C.K. Leung; Wilina W.L. Lim (2010). Comparison of laboratory diagnostic methods for measles infection and identification of measles virus genotypes in Hong Kong., 82(10), 1773-1781. doi: 10.1002/jmv.21888
37. Cui A., Mao N., Wang H., Xu S., Zhi Z., Ji Y. et al. Importance of real-time RT-PCR to supplement the laboratory diagnosis in the measles elimination program in China. PloS One. 2018; 13(11): e0208161. DOI: 10.1371/journal.pone.0208161, 53

38. Robert S. van Binnendijk, Susan van den Hof, Hans van den Kerkhof, Robert H. G. Kohl, Frits Woonink, Guy A. M. Berbers, Marina A. E. Conyn-van Spaendonck, Tjeerd G. Kimman. *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 188, Issue 6, 15 September 2003, Pages 898-903, <https://doi.org/10.1086/377103>
39. Актуальные проблемы коревой инфекции/В.Н. Тимченко, Т.А. Каплина, О.В. Булина, О.А. Леоничева, Ж.К. Хакизimana, Е.В. Тимофеева *Педиатр.* – 2017. – Т. 8. – N 3. – С. 120-129. doi: 10.17816/PED83120-129
40. Москалева Т.Н., Петрова М.С., Леонтьева Н.И. ранняя диагностика кори. *Журнал инфектологии*, 2023. – N 4 (т. 15) Прил. 1. – С 81-82.
41. Recommendations from an Ad Hoc Meeting of the WHO Measles and Rubella Laboratory Network (LabNet) on Use of Alternative Diagnostic Samples for Measles and Rubella Surveillance (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5724a3.htm>)
42. Лобзин Ю.В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным корью. СПб, 2015.
43. Сивакова Л.В., Зыкова В.В., Гуляева И.Л. Роль вирусной инфекции в патогенезе миокардита. *European Journal of Natural History*. 2023. N 1. С. 68-71.
44. Лучевая диагностика. Учебник. Под ред Труфанова Г.Е. ГЭОТАР-Медиа. 2021, 484 с.
45. Компьютерная томография в диагностике пневмоний. Атлас: Руководство для врачей. Под ред. Труфанова Г.Е., Грещенкова А.С. Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2021. 304 с.
46. Труфанов Г.Е., Алексеев К.Н. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа. 4-е издание, исправленное и дополненное. Элби. 2021. 256 с
47. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингологии. – СПб: Гиппократ. – 2005. 797 с.
48. Тимченко В.Н, Каплина Т.А., Булина О.В., Леоничева О.А., Хакизimana Ж.К., Тимофеева Е.В. Актуальные проблемы коревой инфекции.//*Педиатр.* 2017. 8(3). с 120-129
49. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Под ред. Заболотских И.Б., Проценко Д.Н. Т. 2, ГЭОТАР-Медиа, 2022, 1056 с.
50. Стратегия и тактика рационального применения antimicrobных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации/под ред. С.В. Яковлева, В.В. Рафальского, С.В. Сидоренко, Т.В. Спичак. М.: ПреПринт, 2014.
51. Рекомендации по выбору антибиотиков у детей для лечения актуальных инфекций в амбулаторной практике с позиций минимальной достаточности/под ред. С.В. Яковлева, В.В. Рафальского, С.В. Сидоренко, Т.В. Спичак. М., 2014.
52. Ноздрачева А.В. Семененко Т.А., Марданлы С.Г., Ротанов С.В. Иммунологическая восприимчивость населени мегаполиса в отношении кори на этапе ее элиминации.//*Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2019. Т. 18. N 2. с 18-26.
53. Lidija Popović Dragonjić, Aleksandar Ranković, Milica Ćosić Petković, et al C-Reactive Protein as a Predictor of Severe Respiratory Complications in Measles *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jul; 60(7): 1031
54. Quenot JP, Luyt CE, Roche N, et al. Role of biomarkers in the management of antibiotic therapy: an expert panel review II: clinical use of biomarkers for initiation or discontinuation of antibiotic therapy. *Ann Intensive Care*. 2013; 3(1): 21. doi: 10.1186/2110-5820-3-21
55. Turaiche M, Grigoras ML, Bratosin F, Bogdan I, Bota AV, Cerbu B, Gurban CV, Wulandari PH, Gurumurthy S, Hemaswini K, Citu C, Marincu I Disease Progression, Clinical Features, and Risk Factors for Pneumonia in Unvaccinated Children and Adolescents with Measles: A Re-Emerging Disease in Romania. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 13; 19(20): 13165. doi: 10.3390/ijerph192013165.PMID: 36293745
56. Griffin DE, Hirsch RL, Johnson RT, De Soriano IL, Roedenbeck S, Vaisberg A Changes in serum C-reactive protein during complicated and uncomplicated measles virus infections. *Infect Immun*. 1983 Aug; 41(2): 861 – 4. doi: 10.1128/iai.41.2.861-864.1983.PMID: 6874077

57. Lidija Popović Dragonjić<sup>1 2</sup>, Aleksandar Ranković<sup>1 2</sup>, Milica Ćosić Petković<sup>1 2</sup>, Maja Cvetanović<sup>1 2</sup>, Jelena Miladinović<sup>1</sup>, Andrija Jović<sup>3</sup>, Jovana Tomić<sup>1</sup>, Nikola M Stojanović C-Reactive Protein as a Predictor of Severe Respiratory Complications in Measles. Medicina (Kaunas) 2024 Jun 24; 60(7): 1031. doi: 10.3390/medicina60071031.

58. Тимченко В.Н., Калинина Н.М., Павлова Е.Б., Булина О.В., Каплина Т.А., Леоничева О.А., Выжлова Е.Н. Клинико-Иммунологическая оценка эффективности применения рекомбинантного интерферона альфа-2В в терапии детей, больных корью Журнал инфектологии. 2016. Т. 8 N 3, с. 46-52

## Приложение А1

### Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Алоджанц Е.А. – ассистент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России

2. Бабаченко И.В. – д.м.н., профессор, заведующая НИО капельных инфекций ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, профессор кафедры инфекционных заболеваний у детей ФП и ДПО ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России, член МОО "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

3. Басина В.В. – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России

4. Богословская Е.В. – д.м.н., заведующая лабораторией разработки методов генной терапии, ФГБУ "ЦСП" ФМБА России

5. Горелов А.В. – д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель директора по научной работе ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, председатель правления Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова" Минздрава России

6. Городин В.Н. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО "Кубанского государственного медицинского университета" Минздрава России, главный врач ГБУЗ Инфекционная больница N 2 Министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Российской Федерации в Южном федеральном округе

7. Жданов К.В. – д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор, директор ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Комитета по здравоохранению Санкт-Петербург, заместитель президента МОО "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

8. Лобзин Ю.В. – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

9. Новак К.Е. – к.м.н., доцент, доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России

10. Носова А.О. – младший научный сотрудник лаборатории разработки методов генной терапии, ФГБУ "ЦСП" ФМБА России



11. Позднякова М.Г. – к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории испытаний новых средств защиты против вирусных инфекций ФГБУ "НИИ гриппа им. Смородинцева А.А." МЗ РФ, доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России

12. Понежева Ж.Б. – д.м.н., доцент, заведующий клиническим отделом инфекционной патологии ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

13. Рычкова С.В. – д.м.н., доцент, начальник отдела организации медицинской помощи ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России

14. Тарасова Ж.Е. – к.м.н., руководитель производственной лаборатории ФГБУ "ЦСП" ФМБА России

15. Усенко Д.В. – д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, руководитель образовательного центра, исполнительный директор Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского

16. Харит С.М. – д.м.н., заведующая НИО вакцинопрофилактики и поствакцинальной патологии ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, главный внештатный специалист по вакцинопрофилактике Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

17. Чуланов В.П. – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию ФГБУ НМИЦ Фтизиопульмонологии и инфекционных болезней МЗ РФ

18. Шипулин Г.А. – к.м.н., директор Центра постгеномных технологий, ФГБУ "ЦСП" ФМБА России

19. Эсауленко Е.В. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России, член Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, Национального научного общества инфекционистов, заведующая лабораторией вирусных гепатитов ФБУН "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2

## Методология разработки клинических рекомендаций

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в библиотеку Cochrane, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 20 лет

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: – консенсус экспертов; – оценка значимости в соответствии с уровнями достоверности доказательств и уровнями убедительности рекомендаций.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-бактериолог;
- врач-вирусолог;
- врач-дезинфектолог;
- врач здравпункта;
- врач-инфекционист;
- врач клинической лабораторной диагностики;

- врач-клинический фармаколог;
- врач-лаборант;
- врач-невролог;
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-педиатр;
- врач-педиатр городской (районный);
- врач-педиатр участковый;
- врач по медицинской профилактике;
- врач по медицинской реабилитации;
- врач приемного отделения;
- врач-терапевт;
- врач-терапевт подростковый;
- врач-терапевт участковый;
- врач-эпидемиолог.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

| УДД | Расшифровка   |
|-----|---|
| 1   | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа   |
| 2   | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3   | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования             |
| 4   | Несравнительные исследования, описание клинического случая  |
| 5   | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов  |

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| УДД | Расшифровка  |
|-----|--|
| 1   | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа   |
| 2   | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3   | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования                                      |
| 4   | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"       |
| 5   | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов        |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| УУР | Расшифровка   |
|-----|---|
| A   | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) |

|   |   |
|---|---|
|   | являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)   |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)              |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

### Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение АЗ

### Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 (ред. от 25.05.2022) "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...") (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500) пп XXXV. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита.
3. Приказ Минздрава России от 06.12.2021 N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2021 N 66435)
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 521н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" (Зарегистрировано в Минюсте России 10.07.2012 N 24867)
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 N 69н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" (Зарегистрировано в Минюсте России 04.04.2012 N 23726)
6. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808)
7. Приказ Минздрава России от 16.05.2019 N 302н (ред. от 19.11.2020) "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2019 N 54887)

8. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022 N 68288)

9. МР 4.2.0287-22. 4.2. Методические рекомендации. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Организация внутреннего контроля качества в лабораториях, проводящих исследования на специфические антитела к вирусу кори методом иммуноферментного анализа" (утв. Роспотребнадзором 30.05.2022)

10. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.02.2023 N 1 "О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации" (зарегистрировано Минюстом России от 07.03.2023 рег. N 72548)

11. Клинические рекомендации – Внебольничная пневмония у взрослых – 2021-2022-2023 (25.08.2021) – Утверждены Минздравом РФ

12. Клинические рекомендации – Пневмония (внебольничная) – 2022-2023-2024 (18.01.2022) – Утверждены Минздравом РФ

### **Правила взятия мазков со слизистой носо- и ротоглотки**

Для исследования биологического материала от пациента следует брать мазки со слизистой носо- и ротоглотки.

Мазки со слизистой носоглотки и ротоглотки рекомендуется совмещать в одной пробирке и исследовать как один образец. Для этого берут мазки разными зондами сначала со слизистой нижнего носового хода, а затем из ротоглотки, при этом рабочие концы зондов после взятия мазков у пациента помещаются в одну пробирку с 0,5 мл транспортной среды для хранения и транспортировки респираторных мазков и исследуются как один образец.

### **Мазки со слизистой нижнего носового хода**

Если полость носа заполнена слизью, перед процедурой рекомендуется провести высмаркивание. Для взятия мазков используют сухие стерильные зонды из полистирола с вязкими тампонами. Зонд вводят легким движением по наружной стенке носа на глубину 2-3 см до нижней раковины, слегка опускают книзу, вводят в нижний носовой ход под нижнюю носовую раковину до носоглотки, делают вращательное движение и удаляют вдоль наружной стенки носа. Общая глубина введения зонда должна составлять примерно половину расстояния от ноздри до ушного отверстия (5-6 см). После взятия материала тампон (рабочую часть зонда с вязким тампоном) помещают в пробирку с 0,5 мл транспортной среды для хранения и транспортировки респираторных мазков. Конец зонда отламывают, придерживая крышечкой пробирки с расчетом, чтобы он позволил плотно закрыть пробирку. Пробирку с раствором и рабочей частью зонда закрывают и маркируют.

### **Мазки с задней стенки ротоглотки**

Образцы берут сухими стерильными зондами с вязкими тампонами вращательными движениями с поверхности миндалин, небных дужек и задней стенки ротоглотки. После взятия материала тампон (рабочую часть зонда с вязким тампоном) помещают в стерильную одноразовую пробирку с 0,5 мл транспортной среды и зондом с мазком из носоглотки. Конец зонда отламывают, придерживая крышечкой пробирки с расчетом, чтобы он позволил плотно закрыть пробирку. Пробирку с раствором и рабочей частью зонда закрывают, маркируют. Допускается хранение материала до проведения исследования в течение 3 сут при температуре от 2 до 8 °С, при температуре от минус 24 до минус 16 °С – длительно. Допускается хранение материала до проведения исследования в течение 3 сут при температуре от 2 до 8 °С, при температуре от минус 24 до минус 16 °С – длительно.

## Иммунобиологические препараты для профилактики кори, зарегистрированные в РФ

Таблица 1

| МНН   | Состав   | Дозировка и схема введения  | Наличие в ЖНВЛП |
|---|--|---|-----------------|
| Вакцина для профилактики кори** (лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 0,5 мл/доза), инструкция по медицинскому применению РУ N ЛП- N(001169)-(РГ-RU)              | Вирус кори – не менее 1000 (3,0 Ig) тканевых цитопатогенных до ТЦД <sub>50</sub> ; Стабилизатор – смесь 0,04 мл водного раствора ЛС-18* и 0,01 мл 10% раствора желатина; Содержит остаточную (технологическую) примесь гентамицина сульфат – не более 0,5 мкг. Состав водного раствора ЛС-18: сахараза – 250 мг, лактоза – 50 мг, натрий глутаминовокислый – 37,5 мг, глицин – 25 мг, L-пролин – 25 мг, Хенкса сухая смесь с феноловым красным – 7,15 мг, вода для инъекций – до 1 мл. | Доза – 0,5 мл подкожно под лопатку или в область плеча (на границе между нижней и средней третью плеча с наружной стороны) Дети, серонегативных матерей – 8 мес. – 14-15 мес. – 6 лет По календарю прививок: 12 мес. и 6 лет. Дети до 6 лет не привитые и не имеющие сведений о прививках – однократно, а в 6 лет с интервалом не менее 3-х мес. от первой прививки – повторно Дети 6 лет – 17 лет 11 мес. 29 дней и взрослые в соответствии с приказом МЗ РФ 1122-н от 06.12.2021, привитые однократно – вторая прививка с интервалом не менее 3-х мес. после первой, не привитые и не имеющие сведений о прививках – двукратно с интервалом не менее 3-х мес. | да              |
| Вакцина для профилактики кори, краснухи и паротита** (лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 0,5 мл/доза), инструкция по медицинскому применению РУ N П N 013192/01 | Одна прививочная доза вакцины (0,5 мл) содержит: Действующие вещества: Вирус кори штамм (Л-16), – не менее 1000 ТЦД <sub>50</sub> , вирус эпидемического паротита (Л-3) – не менее 5000 ТЦД <sub>50</sub> , вирус краснухи (Вистар RA 27/3) – не менее 1000 ТЦД <sub>50</sub> смесь полуфабрикатов аттенуированных вакцин, приготовленных при раздельном культивировании вирусов кори и краснухи на диплоидных клетках человека MRC-5, и жидкого полуфабриката                         | Доза – 0,5 мл подкожно: Детям младшего возраста (12 мес – 2 года) в верхнюю переднебоковую поверхность бедра. Детям старше 2-х лет в наружную поверхность плеча на границе между его верхней и средней третью По календарю прививок: в 12 мес. и 6 лет. Дети до 6 лет не привитые и не имеющие сведений о прививках – однократно, далее в 6 лет с интервалом не менее 3-х мес. от первой прививки – повторно Дети 6 лет – 17 лет 11 мес. 29   | да              |

|  |   |  |    |
|--|---|--|----|
|  | аттенуированной вакцины против эпидемического паротита, приготовленного при выращивании вируса на культуре клеток фибробластов куриных эмбрионов.<br>Вспомогательные вещества: Частично гидролизованный желатин, сорбитол, L-гистидин, L-аланин, трицин, L-аргинина гидрохлорид, лактальбумина гидролизат, среда MEM.<br>Технологическая примесь – неомидина В сульфат. | дней, и взрослые в соответствии с приказом МЗ РФ 1122-н от 06.12.2021, привитые однократно – вторая прививка с интервалом не менее 3-х мес. после первой, не привитые и не имеющие сведений о прививках – двукратно с интервалом не менее 3-х мес  |    |
| Вакцина для профилактики кори и паротита** (лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения)   | Вирус паротита штамм Л-3, не менее 20000 (4.3 lg) ТЦД <sub>50</sub><br>Вирус кори-штамм Л-16, не менее 1000 (3.0 lg) тканевых цитопатогенных доз (ТЦД <sub>50</sub> )<br>Вспомогательные вещества: стабилизатор – смесь 0.08 мл водного раствора ЛС-18* и 0.02 мл 10% раствора желатина; гентамицина сульфата остаточная (технологическая) примесь – не более 0.5 мкг   | 0,5 мл П/к под лопатку или область плеча (на границе между нижней и средней третью плеча с наружной стороны), По календарю прививок: 12 мес. и 6 лет.<br>Дети до 6 лет не привитые и не имеющие сведений о прививках – однократно, далее в 6 лет с интервалом не менее 3-х мес. от первой прививки – повторно<br>Дети 6 лет – 17 лет 11 мес. 29 дней и взрослые в соответствии с приказом МЗ РФ 1122-н от 06.12.2021, привитые однократно – вторая прививка с интервалом не менее 3-х мес. после первой, не привитые и не имеющие сведений о прививках – двукратно с интервалом не менее 3-х мес | да |
| Иммуноглобулин человека нормальный** (Immunoglobulinum humanum normale)<br>Иммуноглобулин человека нормальный** (раствор для внутримышечного введения), инструкция | Иммуноглобулин (по белку) – 0,15 г ((10 +/- 0,5%) белковой фракции плазмы крови человека, выделенной методом фракционирования этиловым спиртом при низких температурах<br>Вспомогательные вещества Глицин (кислота аминокислотная) – 0,03 г (2%) вода для инъекций – до 1,5   | Вводят внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы или наружную поверхность бедра однократно, с 3-месячного возраста, не болевшим корью и не вакцинированным, не позднее 4 суток после контакта с больным. Дозировку препарата детям (1,5 или 3,0 мл)  | да |



|   |     |  |  |
|---|-----|--|--|
| по медицинскому применению РУ N ЛС-000373 | мл. | устанавливают в зависимости от состояния здоровья и времени, прошедшего с момента контакта с больным. При контакте со смешанными инфекциями, детям препарат вводят в объеме 3,0 мл (2 дозы). |  |
|---|-----|--|--|

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



### Информация для пациента

Корь – острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной сыпи с переходом в пигментацию. Источником инфекции служит больной человек, который выделяет вирус в последние дни инкубации (инкубационный период составляет от 9 дней до – 21 дня), в течение продромального периода и в первые 4 суток высыпания. С 5-х суток от появления сыпи пациент считается незаразным. Путь передачи – воздушно-капельный. Вирус выделяется из организма при кашле, чихании, разговоре и с потоком воздуха разносится на значительные расстояния, в том числе и по вентиляционным каналам, поэтому заражение возможно и при отсутствии непосредственного контакта с больным. После перенесенного заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет. Осложнения могут развиваться на любом этапе течения 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 и поздние (развивающиеся в период пигментации). Одно из наиболее частых осложнений пневмония, нередко развивается острый средний отит, синусит, возможны осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Тяжелым осложнением является коревой энцефалит (менингоэнцефалит), который развивается на 4-5 день после появления сыпи, или позже, характеризуется тяжелым течением и высоким риском неблагоприятного исхода. Корь относится к вакциноуправляемым инфекциям. Болеют взрослые и дети. Вакцинопрофилактика проводится детям и взрослым. У привитых в случае развития заболевания корь протекает в более легкой форме.

### Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

#### Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам [43]

| 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 °С, длительность 1-5 дней | Повышение температуры более 38,5 °С, длительность 6-7 дней | Повышение температуры более 39,5 °С, 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 неярко-красная, не обильная, 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  |

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

[http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie\\_rekomendacii\\_protokoly\\_lechenija/54](http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54).



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.