

УДК 616.915-053.3

DOI 10.25005/3078-5022-2025-2-4-470-478

**РЕЗЮМЕ****ДЖ. Э. РАХМОНОВ, Н. М. ГУЛЯМОВА, А.А. БОЙМУРОДОВ  
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СПОРАДИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ КОРИ У  
ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан*

**Цель:** Изучение клинико-эпидемиологических особенностей спорадических случаев кори у детей младенческого возраста в настоящее время.

**Материалы и методы:** Под нашим наблюдением было 17 пациентов в возрасте от 1,5 до 11 месяцев жизни, госпитализированных в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе в период с марта по май 2025 года. Детей в возрасте от 1,5 до 3-х месяцев было 2(11,7%), от 4 до 6 мес. - 3(17,6%), от 7 до 9 мес. - 8(47%), от 9 до 11 мес. - 4(23,5%). Лабораторное подтверждение диагноза включало вирусологическое исследование сыворотки крови больных детей с целью выявления специфических антител класса IgM методом иммуноферментного анализа (ИФА), бронхолегочные осложнения были подтверждены при рентгенологическом исследовании легких.

**Результаты:** Благодаря слаженной работе медико-профилактических учреждений по всей территории Таджикистана и, как следствие, поддержке высокого охвата профилактическими прививками от кори детского и взрослого населения, в Таджикистане в настоящее время регистрируются лишь спорадические случаи заболевания. Эпидемический процесс поддерживается наличием в обществе неиммунных (непривитых) лиц, то есть детей, не подлежащих вакцинации по возрасту (до 12 месяцев), а также тех, кто имеет медицинский отвод, вследствие тех или иных противопоказаний. Клиническое развитие кори у обследованных нами детей соответствовало классическому течению с сохранением основных клинических периодов и симптомов болезни. При поступлении в клинику всем детям была проведена рентгенография органов грудной клетки. У 12(70,6%) обследованных нами больных детей при рентгенографии органов дыхания диагностирован острый обструктивный бронхит, у 5(29,4%) - правосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония. У 8 детей наблюдались симптомы поражения вирусом кори слизистой тонкого кишечника с развитием энтерита. Известно, что у детей, заразившихся корью в первые месяцы жизни, в перспективе последствия для здоровья тяжелее, чем у детей, заболевших корью в более старшем возрасте.

**Выводы:** Дети младенческого возраста не подлежат плановой вакцинации против кори до 12 месяцев жизни, являясь наиболее уязвимой частью общества. Эпидемиологический очаг спорадических случаев болезни поддерживается за счет концентрации этих детей и детей, непривитых по медицинским показаниям. Корь у детей младенческого возраста опасна присоединением таких осложнений как пневмония, острые бронхиты, энтериты, отиты, синуситы. Доказано, что при кори быстро развивается и длительно сохраняется посткоревая анергия, длящаяся от нескольких недель до нескольких месяцев после выздоровления, вследствие чего ребенок становится уязвимым для многих других инфекций, - и бактериальных, и вирусных. Исходя из этого, необходимо периодически пересматривать причины медицинских отводов и вакцинировать детей, повышая тем самым уровень коллективного иммунитета и снижая риск заражения детей младенческого возраста.

**Ключевые слова:** корь, клиника, диагностика, дети.

**Для цитирования:** Дж. Э. Рахмонов, Н. М. Гулямова, А.А. Боймуродов. Клинико-эпидемиологический анализ спорадических случаев кори у детей младенческого возраста. Наука и образование. 2025;2(4): 470-478. <https://doi.org/10.25005/3078-5022-2025-2-4-470-478>

**ХУЛОСА**

**Ҷ. Э. РАХМОНОВ, Н. М. ГУЛЯМОВА, А. А. БОЙМУРОДОВ**

**ТАҲЛИЛИ АЛОМАТҲОИ САРИРӢ ВА ПЕШГИРИИ ҲОДИСАҲОИ СПОРАДИКИИ СУРХЧА ДАР КӮДАКОН**

*Кафедраи бемориҳои сироятии Муассисаи давлатии таълимии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали Ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон*

**Мақсад:** Омӯзиши хусусиятҳои аломатҳои сарирӣ ва пешгирии ҳолатҳои спорадикии сурхча дар кӯдакон.

**Мавод ва усулҳо:** Мо 17 нафар беморони аз 1,5 то 11-моҳаро, ки дар беморхонаи клиникӣ бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе бистарӣ буданд, дар давраи аз март то майи соли 2025 мушоҳида кардем. Аз шумораи умумӣ 2 кӯдаки аз 1,5 то 3 моҳа (11,7%), 3 кӯдаки аз 4 то 6 моҳа (17,6%), 8 кӯдаки аз 7 то 9 моҳа (47%) ва 4 кӯдаки аз 9 то 11 моҳа (23,5%) буданд. Тасдиқи озмоиши таиҳис аз омӯзиши вирусологӣ зардоби хуни кӯдакони бемор барои муайян кардани потанҳои мушаххаси IgM сурхча бо истифода аз таҳлили иммуноферментӣ (ИФА) иборат буд. Илтиҳоби шишҳо тавассути рентгени қафаси сина тасдиқ карда шуда буданд.

**Натиҷаҳо:** Ба шарофати кори Ҷамоҳангонаи муассисаҳои тандурустӣ дар саросари Тоҷикистон ва фарогии баланди эмгузаронии бемориҳои сурхча дар байни кӯдакон ва калонсолон, ҳоло дар Тоҷикистон ҳолатҳои гоҳ-гоҳ ба қайд гирифта мешаванд. Эпидемияро дар ҷомеа ҳузури афроди гайрииммунӣ (ваксиннашуда), аз ҷумла кӯдаконе, ки барои моякӯбӣ хеле хурд ҳастанд (то 12 моҳ) ва инчунин онҳое, ки ба далели муқобилиятҳои мухталиф имтиёзҳои тиббӣ доранд, афзоиши медиҳад. Раванди клиникӣ бемориҳои сурхча дар кӯдаконе, ки мо муоина кардем, бо ҷараёни классикӣ мувофиқат мекард, марҳилаҳои асосии клиникӣ ва аломатҳои беморӣ боқӣ мондаанд. Ҷамаи кӯдакон ҳангоми қабул аз рентгени қафаси сина гузаштанд. Дар 12 нафар (70,6%) кӯдакони муоинашуда бронхитҳои шадиди обструктивӣ ва дар 5 нафарашон (29,4%) пневмонияи ошакии қисми поёни тарафи рост муайян карда шуданд. Дар ҳаит кӯдак аломатҳои сироятии вирусӣ сурхак дар луобпардаи рӯдаҳои борик мушоҳида карда шуданд, ки ба энтерит оварда мерасонад. Маълум аст, ки кӯдаконе, ки дар моҳҳои аввали ҳаёт ба бемориҳои сурхча мубтало шудаанд, назар ба онҳое, ки дертар ба ин беморӣ гирифтдор мешаванд, оқибатҳои вазнини саломатӣ доранд.

**Хулоса:** Кӯдакони навзод то синни 12-моҳа вакцинаҳои муқаррарии зидди сурхчаро намегиранд, ки ин онҳоро ба гурӯҳи осебпазиртарин дар ҷомеа табдил медиҳад. Фокуси эпидемиологӣ ҳолатҳои спорадикӣ аз ҳисоби консентратсияи ин кӯдакон ва кӯдаконе, ки бо сабабҳои тиббӣ эм карда нашудаанд, нигоҳ дошта мешавад. Бемориҳои сурхча дар навзодон аз сабаби мушкilot ба монанди пневмония, бронхитҳои шадид, энтерит, отит ва синусит хатарнок аст. Исбот шудааст, ки анергияи пас аз сурхча босуръат инкишоф ёфта, муддати тӯлонӣ давом мекунад, ки аз чанд ҳафта то чанд моҳ пас аз барқароршавӣ давом мекунад ва кӯдакро ба бисёр сироятҳои дигар, ҳам бактериявӣ ва ҳам вирусӣ осебпазир мегардонад. Аз ин рӯ, зарур аст, ки давра ба давра сабабҳои озодкунии тиббӣ ва эмкунии кӯдаконро баррасӣ намуда, масуниятро баланд бардоранд ва хатарҳои сироятёбиро дар навзодон коҳиш диҳанд.

**Калимаҳои калидӣ:** сурхча, аломатҳои сарирӣ, таиҳис, кӯдакон.

**ABSTRACT**

**J. E. RAKHMONOV, N. M. GULYAMOVA, A.A. BOYMURODOV**

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SPORADIC CASES OF MEASLES IN INFANTS**

*Department of infection diseases SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of Infectious Diseases, Dushanbe, Republic of Tajikistan*

**Objective:** To study the clinical and epidemiological features of sporadic cases of measles in infants at present.

**Materials and methods:** We observed 17 patients aged 1.5 to 11 months of age, hospitalized in the Dushanbe City Clinical Infectious Diseases Hospital in the period from March to May 2025. There

were 2 children aged 1.5 to 3 months (11.7%), 3 children aged 4 to 6 months (17.6%), 8 children aged 7 to 9 months (47%), and 4 children aged 9 to 11 months (23.5%). Laboratory confirmation of the diagnosis included a virological study of the blood serum of sick children to detect specific IgM antibodies using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Bronchopulmonary complications were confirmed by chest X-ray.

**Results:** Thanks to the coordinated work of healthcare facilities throughout Tajikistan and the resulting high coverage of measles vaccinations among children and adults, only sporadic cases are currently being reported in Tajikistan. The epidemic is fueled by the presence of non-immune (unvaccinated) individuals in society, including children who are too young to be vaccinated (under 12 months), as well as those with medical exemptions due to various contraindications. The clinical course of measles in the children we examined was consistent with the classic course, with the main clinical stages and symptoms of the disease persisting. All children underwent chest X-rays upon admission. Acute obstructive bronchitis was diagnosed in 12 (70.6%) of the examined children, and right-sided lower lobe focal pneumonia was found in 5 (29.4%). Eight children showed symptoms of measles virus infection of the small intestinal mucosa, leading to enteritis. It is known that children infected with measles in the first months of life experience more severe long-term health consequences than those who contract the disease later in life.

**Conclusions:** Infants are not routinely vaccinated against measles before 12 months of age, making them the most vulnerable segment of society. The epidemiological focus of sporadic cases is maintained by the concentration of these children and children unvaccinated for medical reasons. Measles in infants is dangerous due to complications such as pneumonia, acute bronchitis, enteritis, otitis, and sinusitis. It has been proven that post-measles allergy develops rapidly and persists for a long time after measles, lasting from several weeks to several months after recovery. This makes the child vulnerable to many other infections, both bacterial and viral. Therefore, it is necessary to periodically review the reasons for medical exemptions and vaccinate children, thereby increasing herd immunity and reducing the risk of infection in infants.

**Key words:** measles, clinical picture, diagnostics, children.

**Актуальность.** Корь как острое высоко контагиозное заболевание вирусной этиологии с широким распространением среди населения вне зависимости от пола и возраста известно с времен раннего средневековья. Так, первое описание заболевания относится к IX веку и принадлежит арабскому врачу Разесу. Несмотря на это, лишь в XVIII веке корь как экзантематозная болезнь была выделена в отдельную нозологическую форму [1, 2, 3]. В 1954 году был выделен вирус кори, а в 1969 году было получено доказательство коревой природы подострого склерозирующего панэнцефалита, как осложнения кори [4, 5, 6]. В 1967 году в СССР была создана противокоревая вакцина Л-16, ознаменовавшая переломный момент в развитии и распространении болезни на всем пространстве страны [7, 8, 9, 10]. На протяжении всех этих лет эта вакцина используется в программе обязательной плановой вакцинации, в том числе и в Таджикистане. Поствакцинальный

иммунитет развивается у 90% привитых и сохраняется более 20 лет [11, 12, 13]. Для снижения заболеваемости до минимальных цифр необходим охват вакцинацией не менее 90% восприимчивого населения. Благодаря слаженной работе медико-профилактических учреждений по всей территории Таджикистана и, как следствие, поддержке высокого охвата профилактическими прививками от кори детского и взрослого населения, в Таджикистане в настоящее время регистрируются лишь спорадические случаи заболевания. Эпидемический процесс поддерживается наличием в обществе неиммунных (непривитых) лиц, то есть детей, не подлежащих вакцинации по возрасту (до 12 месяцев), а также тех, кто имеет медицинский отвод, вследствие тех или иных противопоказаний. В 2024 году после пандемии Covid-19 в мире было зарегистрировано 359521 случаев коревой инфекции-самое большое число за последние 25 лет [14, 15]. Иммуниет у

детей раннего возраста, а именно периода младенчества, зависит от количества антител, полученных от матери трансплацентарно и через грудное молоко в том случае, если мать была в свое время вакцинирована либо переболела корью [16, 17]. Доподлинно известно, что дети до 3-х месяцев жизни, благодаря пассивному иммунитету, полученному от матери, крайне редко заболевают корью даже при очень близком контакте с больным, хотя в последнее время случаи заболевания среди этого контингента, к сожалению, случаются, что свидетельствует об отсутствии противокорьевого иммунитета у матери. От 3-х до 6 месяцев количество антител в крови ребенка снижается, что повышает риск заражения [18]. После 6 месяцев восприимчивость к вирусу кори возрастает в геометрической прогрессии. Вирус кори обладает тропизмом к клеткам органов дыхания, центральной нервной системы, кишечника, что при неблагоприятном течении заболевания в этой возрастной группе чревато тяжелыми осложнениями [19, 20].

**Цель исследования.** Изучение клинико-эпидемиологических особенностей спорадических случаев кори у детей младенческого возраста в настоящее время.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением было 17 пациентов в возрасте от 1,5 до 11 месяцев, госпитализированных в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе в период с марта по май 2025 года. Детей в возрасте от 1,5 до 3-х месяцев было 2(11,7%), от 4 до 6 месяцев - 3(17,6%), от 7 до 9 месяцев - 8(47%), от 9 до 11 месяцев - 4(23,5%). Среди них мальчиков было 13(76,5%), девочек - 4(23,5%). Все пациенты были из благополучных семей, проживающих в удовлетворительных социально-бытовых условиях. 14(82,3%) детей проживали в городе Душанбе, 3(17,6%) детей были направлены из Хатлонской области, в том числе 1(5,9%) пациент из г. Куляба, 2-е (11,8%) из Пархарского района этой области. От первой беременности было 7(41,2%) детей, от второй - 5(29,4%), от третьей - 2 (17,6%),

от четвертой - 3(17,6%%). Дети родились в срок, доношенными, с удовлетворительным весом в среднем от 3000кг до 4.300кг. Все пациенты на момент госпитализации были на грудном вскармливании, из них 12(70,6%)- с дополнительным прикормом с учетом достижения возраста 6 месяцев. Корь у детей развивалась на фоне отягощенного анамнеза: 1(5,9%) ребенок находится на диспансерном наблюдении у нейрохирурга по поводу кисты головного мозга, 1(5,9%) - страдает кардиомегалией и находится под наблюдением кардиолога, у одного ребенка (5,9%) выявлена гепатомегалия неясного генеза и патологические изменения в общем анализе крови, что требует дальнейшей консультации и наблюдения гематолога, 4(23,5%) детей в раннем периоде перенесли острую пневмонию. Кроме этого, по поводу ОРВИ получали в свое время лечение все 17(100%) детей, у 15(88,2%) детей в анамнезе перенесенные острые кишечные инфекции. Лабораторное подтверждение диагноза включало вирусологическое исследование сыворотки крови больных детей с целью выявления специфических антител класса IgM методом иммуноферментного анализа (ИФА). Помимо этого, всем, без исключения, пациентам проводилось рентгенологическое исследование легких. Клинические анализы крови, мочи и кала проводились общестандартными методами. Биохимические анализы крови (определение АлАТ, АсАТ, общего билирубина и его фракций, общего белка и его фракций, креатинина и мочевины) назначались по показаниям.

**Результаты и их обсуждения.** Частота заражения корью у детей в периоде младенчества зависит от многих факторов. Пассивный иммунитет, полученный от матери внутриутробно, а после рождения - через грудное молоко, является основополагающим. Достоверно известно, что титр антител, полученных от иммунной матери, достаточен для защиты от инфекции до 3-х месяцев жизни, в то время как в возрасте от 3-х до 6 месяцев количество антител снижается, после 6

месяцев риск заражения начинает активно возрастать. Однако, такой механизм действует лишь в одном случае, - если мать была провакцинирована в детстве либо переболела корью. Также существует фактор потери поствакцинального иммунитета у матерей при достижении детородного возраста, вследствие недостаточной выработки антител после плановой вакцинации в детстве. При сборе эпидемиологического анамнеза у матерей госпитализированных маленьких пациентов на поставленный вопрос - "были ли они вакцинированы либо, в противном случае, переболели корью в детстве", внятного ответа получено не было, - матери не обладали подобной информацией. Наличие прямого контакта с больным корью было выявлено у 3-х (17,6%) пациентов: соответственно, - с матерью, старшим братом, старшей сестрой, не провакцинированных в свое время против кори, вследствие медицинского отвода. В остальных случаях источник инфекции выявлен не был. В каждой семье, откуда были госпитализированы обследуемые нами больные, образовался очаг из 3-5 контактных лиц разного возраста. Инкубационный период болезни был определен у вышеуказанных пациентов с выявленным источником заражения. У больного, контактировавшего с матерью, инкубационный период был равен 9 дням, у двух других больных, соответственно, равен 13 и 14 дням. Клиническое развитие кори у всех госпитализированных детей соответствовало классическому течению с сохранением основных клинических периодов болезни, однако, с некоторыми особенностями. У всех детей (100%) заболевание началось остро, с появления катаральных явлений на фоне повышения температуры тела от 38,0 до 39,9 и выраженной интоксикации, включающей снижение аппетита, слабость, плаксивость, нарушение сна. Катаральный период (100%) длился от 4 до 7 дней, в среднем 5.5 дней, с характерными для этого периода симптомами, включая одутловатость лица, конъюнктивит, ринит с обильными серозными выделениями, частый сухой

короткий навязчивый кашель с осиплостью голоса. Конъюнктивит характеризовался инъекцией сосудов склер, слезотечением, отеком и гиперемией слизистой оболочки глаз. Триада симптомов: насморк, кашель и конъюнктивит как классическое проявление катарального периода кори, описана при объективном осмотре у всех наших пациентов при госпитализации. В догоспитальном периоде дети получали амбулаторное лечение по поводу предполагаемого диагноза «ОРВИ» с назначением противовирусной терапии, антигистаминных препаратов, муколитических средств, в некоторых случаях - антибиотиков. У двух пациентов (11,8%) на фоне этого лечения появилась кожная сыпь, что ошибочно было диагностировано как аллергическая реакция на лекарственные препараты, вследствие чего эти дети были госпитализированы в нашу клинику на 4-ый день появления экзантемы с локализацией элементов по всему туловищу и конечностям, с явлениями пигментации сыпи на первичных участках, в том числе на лице и шее. Остальные пациенты поступили на 1-2 день появления сыпи. Этапность появления сыпи у наблюдаемых пациентов соответствует классической. Так, первые элементы пятнисто-папулезной сыпи появились, со слов матерей, сначала за ушами и на лице, быстро распространяясь в течение суток на шею и верхнюю часть груди. Экзантематозный период длился от 2 до 7 суток, в среднем 4,5 суток, распространяясь поэтапно на туловище, бедра и руки, и в последнюю очередь, на голени и конечности. При этом первые элементы сыпи с локализацией на лице, шее, груди подвергались заметной этапной пигментации с переходом от ярко-красной сыпи к буро-коричневым пятнам. При объективном осмотре такой патогномичный диагностический симптом кори как пятна Бельского-Филатова-Коплика был выявлен у всех обследованных детей с точной локализацией напротив малых коренных зубов. При поступлении в клинику всем детям проведена рентгенография органов

грудной клетки. У 12(70,6%) обследованных нами больных детей при рентгенографии органов дыхания диагностирован острый обструктивный бронхит, у 5(29,4%) - правосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония. При объективном осмотре аускультативно в первой группе пациентов выслушивались рассеянные разнокалиберные сухие, затем, в динамике, влажные хрипы, у пациентов с пневмонией - влажные мелкопузырчатые хрипы с притуплением перкуторного звука над пораженной областью. Признаков дыхательной недостаточности у больных зафиксировано не было. По данным опубликованных научных исследований в продромальном периоде кори и в периоде высыпаний проявляется активность бактериальной флоры, что утяжеляет состояние больных за счет глубоких поражений бронхолегочной системы и нарастания симптомов интоксикации. Помимо этого, у детей раннего возраста существуют определенные анатомо-физиологические особенности в виде повышенной лимфотизации и васкуляризации тканей бронхолегочного дерева, что является фактором частого возникновения таких осложнений как пневмонии, острые обструктивные бронхиты. У 8(47%) пациентов при поступлении в клинику на фоне явлений интоксикации, высокой лихорадки и коревой сыпи наблюдались явления энтерита как вторичного осложнения коревой инфекции в виде частого разжиженного стула без патологических примесей до 4-5 раз в сутки. Это осложнение является результатом влияния вируса кори на слизистую оболочку тонкого кишечника. Диагноз кори был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден методом ИФА с обнаружением в крови всех больных специфических иммуноглобулинов класса М, что характерно для острого периода болезни. При исследовании общего клинического анализа крови у 3-х больных в возрасте 3-х, 5-и и 7-и месяцев выявлена анемия неясного генеза: эритроциты крови в пределах от 3,11 до 3,26x10<sup>12</sup>/л, Нв-от 90,0 до

105,0 г/л. Эти пациенты заразились корью приотягощенном преморбидном фоне: в анамнезе жизни больных детей - острая пневмония, ОРВИ, ОКИ. У остальных детей показатели красной крови в пределах возрастной нормы. Лейкоцитоз выявлен у двух пациентов: у ребенка 11 месяцев, поступившего в клинику на 6 день болезни с такими диагностированными осложнениями как пневмония и энтерит, количество лейкоцитов было повышено до 11,8x10<sup>9</sup>/л, СОЭ в пределах 20 мм/ч, в то время как у второго ребенка 8 месяцев, поступившего на 7 день болезни с явлениями острого обструктивного бронхита и энтерита наблюдался лейкоцитоз до 15,4x10<sup>9</sup>/л, СОЭ-18 мм/ч. Наличие лейкоцитоза свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной флоры. У остальных детей картина белой крови характерна для кори: прослеживается лейкопения с умеренным лимфоцитозом и нормальными показателями СОЭ. Количество тромбоцитов снижено у всех больных детей от 162 тыс. до 226 тыс., что наблюдается при типичном течении кори. Лечение детей проводилось по Клиническим рекомендациям (Протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным корью. Все дети после лечения были выписаны домой под наблюдение педиатра.

**Выводы.** Дети младенческого возраста не подлежат плановой вакцинации против кори до 12 месяцев жизни, являясь наиболее уязвимой частью общества. Эпидемиологический очаг спорадических случаев болезни поддерживается за счет концентрации в обществе этих детей и детей, непривитых по медицинским показаниям. Анализ клинического течения кори у обследованных нами детей младенческого возраста (до 12 месяцев жизни) выявил типичную корь средне-тяжелого течения, осложненную острым обструктивным бронхитом у 12(70,6%)больных, правосторонней нижнедолевой пневмонией у 5(29,4%) больных, острым энтеритом у 8(47%) больных. Данные последних научных исследований свидетельствуют о развитии у

детей посткоревой анергии, то есть состояния резкого снижения иммунитета и сопротивляемости организма, вследствие чего ребенок становится уязвимым для многих других инфекций, и бактериальных, и вирусных, что еще больше усугубляет положение детей младенческого возраста.

Учитывая вышеизложенные данные, необходимо периодически пересматривать причины медицинских отводов и вакцинировать детей, повышая тем самым уровень коллективного иммунитета и снижая риск заражения детей младенческого возраста.

### Литература

1. Mrabalwani E, Ippolito G, Asogun D, Aklillu, Maeurer M, [et al.]. Global Resurgence of Measles: Turning the Tide through a Bold Agenda for Prevention and Control. *International Journal of Infectious Diseases*. 2025.
2. Чернова ТМ. Опыт экстренной профилактики кори у детей в специализированном учреждении с круглосуточным пребыванием. *Детские инфекции*. 2025;3.
3. Тихомирова КК, [и др.]. Корь, краснуха, паротит-старая новая проблема. *Ж-л «Поликлиника»*. 2020;39-45.
4. Молочкова ОВ. Характеристика кори у детей в период подъема заболеваемости в 2019 году. *Детские инфекции*. 2022;4(8)
5. Чагай ВВ, Лушников РЕ. Тяжелое течение кори с кишечными осложнениями, тромбоцитопенией и острым повреждением почек у подростка. *Российский педиатрический журнал*. 2024;27:71.
6. Никифоров АЮ. Корь у ребенка. Клинический случай. *Вопросы современной педиатрии*. 2019;18(5):369-373.
7. Цвиркун ОВ. Характеристика популяционного иммунитета к кори в Российской Федерации. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2020;19(4):6-13.
8. Тимченко ВН, Каплина ТА. Актуальные вопросы коревой инфекции. *Педиатрия*. 2017;3:8.
9. Фельдблюм ИВ, Романенко ВВ. Безопасность и иммунологическая эффективность отечественной комбинированной тривакцины для профилактики кори, краснухи и эпидемического паротита Вактривир при иммунизации детей 12 месяцев и 6 лет. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2021;1:32-43.
10. Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2020:2390-р.
11. Юминова НВ, [и др.]. Риски задержки выполнения международной программы элиминации кори и снижения заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации Европейского региона ВОЗ. Перспективы внедрения инновационных технологий в медицине и фармации. 2019:248–251.
12. Толоконникова ХП, Литвина ЛА. Значимость кори для современного мира. *Проблемы биологии, зоотехнии и биотехнологии*. 2019:183–187.
13. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 2020:299.
14. Тураева НВ, [и др.]. Элиминация краснушной инфекции в России. Научное обеспечение противоэпидемической защиты населения: актуальные проблемы и решения. 2019:115-117.
15. Юнасова ТН, [и др.]. Анализ заболеваемости корью в России и проблемы профилактики кори на этапе элиминации. *БИО препараты. Профилактика, диагностика, лечение*. 2019;19:3.
16. Цвиркун ОВ, [и др.]. Характеристика популяционного иммунитета к кори в Российской Федерации. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2020;19(4):6-13.
17. Кулжанова ША, Жумагазин ЖД. Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых на современном этапе. *Инфектология*. 2015;7:2.
18. Юнасова ТН. Анализ заболеваемости корью в России и проблемы профилактики кори на современном этапе. *БИО препараты. Профилактика, диагностика, лечение*. 2019;19:3.

19. Меньшикова МГ. Оценка безопасности и иммуногенности новой отечественной комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита. Перспективы развития, производства и применения иммунобиологических препаратов в XXI веке. 2018:90-94.
20. Меньшикова МГ, [и др.]. Оценка безопасности и иммуногенности новой отечественной комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита. Перспективы развития производства и применения иммунобиологических препаратов в XXI веке. 2018:90-94.

#### REFERENCES

1. Mpabalwani E, Ippolito G, Asogun D, Aklillu E, [et al.]. Global Resurgence of Measles: Turning the Tide through a Bold Agenda for Prevention and Control. *International Journal of Infectious Diseases*. 2025.
2. Chernova TM. Experience of emergency prevention of measles in children in a specialized institution with round-the-clock stay. *Children's infections*. 2025;3.
3. Tikhomirova KK, [et al.]. Measles, rubella, mumps - an old new problem. *J-1 "Polyclinic"*. 2020:39-45.
4. Molochkova OV. Characteristics of measles in children during the period of rising incidence in 2019. *Children's infections*. 2022;4(8).
5. Chagai VV, Lushnikov RE. Severe measles with intestinal complications, thrombocytopenia and acute kidney damage in a teenager. *Russian Pediatric Journal*. 2024;27:71.
6. Nikiforov AYU, Measles in a child. Clinical case. *Issues of modern pediatrics*. 2019;18(5):369-373.
7. Tsvirkun OV. Characteristics of population immunity to measles in the Russian Federation. *Epidemiology and vaccine prevention*. 2020;19(4):6-13.
8. Timchenko VN, Kaplina TA. Current issues of measles infection. *Pediatrics*. 2017;3:8.
9. Feldblyum IV, Romanenko VV. Safety and immunological efficacy of the domestic combined trivaccine for the prevention of measles, rubella and mumps Vaktrivir in immunization of children 12 months and 6 years old. *Epidemiology and vaccine prevention*. 2021;1:32-43.
10. Strategy for the Development of Immunoprophylaxis of Infectious Diseases through 2035, Order of the Government of the Russian Federation dated September 18, 2020:2390-r.
11. Yuminova NV, [et al.]. Risks of Delay in the Implementation of the International Program for the Elimination of Measles and Reduction of Mumps Morbidity in the Russian Federation of the WHO European Region. Prospects for the Implementation of Innovative Technologies in Medicine and Pharmaceutics. 2019:248-251.
12. Tolokonnikova KhP, Litvina LA. The Significance of Measles for the Modern World. *Problems of Biology, Animal Science and Biotechnology*. 2019:183-187.
13. On the State of Sanitary and Epidemiological Welfare of the Population in the Russian Federation in 2019: State Report. M.: Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing. 2020:299.
14. Turaeva NV, [et al.]. Elimination of rubella infection in Russia. Scientific support for anti-epidemic protection of the population: current problems and solutions. 2019:115-117.
15. Yunasova TN, [et al.]. Analysis of measles incidence in Russia and problems of measles prevention at the stage of elimination. *BIO preparations. Prevention, diagnostics, treatment*. 2019;19:3.
16. Tsvirkun OV, [et al.]. Characteristics of population immunity to measles in the Russian Federation. *Epidemiology and Vaccine Prevention*. 2020;19(4):6-13.
17. Kulzhanova ShA, Zhumazhina ZhD. Clinical and epidemiological features of measles in adults at the present stage. *Infectology*. 2015;7(2).
18. Yunasova TN. Analysis of measles incidence in Russia and problems of measles prevention at the present stage. *BIO preparations. Prevention, diagnostics, treatment*. 2019;19(3).
19. Menshikova MG. Evaluation of the safety and immunogenicity of a new domestic combination vaccine for the prevention of measles, rubella and mumps. Prospects for the development, production and use of immunobiological preparations in the XXI century. 2018:90-94.

20. Menshikova MG, [et al.]. Evaluation of the safety and immunogenicity of a new domestic combination vaccine for the prevention of measles, rubella and mumps. Prospects for the development of production and use of immunobiological preparations in the XXI century. 2018:90-94.

**Информация об авторах:**

**Рахмонов Джамшед Эркинович**, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой инфекционных болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0009-0005-5233-1009

Author ID: 1295646

SPIN-код: 1288-5865

E-mail: [jamshed8342@gmail.com](mailto:jamshed8342@gmail.com)

**Гулямова Назира Минходжевна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-1762-9476

Author ID: 1295616

SPIN-код: 1992-2090

E-mail: [nmGulyamova@gmail.com](mailto:nmGulyamova@gmail.com)

**Боймуродов Абугаффор Авлиякулович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-8469-1405

Author ID: 1150705

SPIN-код: 7102-0889

E-mail: [abdugaffor.boymurodov@bk.ru](mailto:abdugaffor.boymurodov@bk.ru)

**Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов**

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

**Конфликт интересов:** отсутствует.

**Контактное лицо:** Рахмонов Джамшед Эркинович, E-mail: [jamshed8342@gmail.com](mailto:jamshed8342@gmail.com) Тел.: +992919643312