

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом / под редакцией О.М. Лесняк; коллектив авторов Л.И. Алексеева [и др.]. - Изд. 2-е, доп. - Ярославль : Изд-во "Литера", 2017. - 24 с.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Остеопороз». - 2021. - с.4-47 - URL: <https://doi.org/10.14341/osteol2930> (дата обращения: 02.03.2024).
3. Минеральная плотность костной ткани при ВИЧ инфекции / Ж.С.Нугманова, Г.Х. Габдуллина, А.Г. Токарев [и др.] // Вестник казахского национального медицинского университета. - 2017. - №3. - С. 53-58.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых». – 2020. – 114 с. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/79_1 (дата обращения: 01.02.2024).
5. Лекции по ВИЧ-инфекции / под редакцией В.В. Покровского. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 848 с.
6. Факторы риска остеопороза у больных легочными формами туберкулёза / В.В. Новиков, С.О. Мазуренко, П.В. Гаврилов, Л.И. Арчакова // Остеопороз и остеопатия. - 2016. - №2. - С. 73.
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Общероссийская общественная организация «Российское общество фтизиатров». Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» – 2022 г. –151 с. - URL: <https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2023/07/КР16.pdf> (дата обращения: 02.03.2024).

Сведения об авторах

Ю.М. Абросимова* – ординатор по специальности Фтизиатрия

А.А. Яркиева – ординатор по специальности Фтизиатрия

Е.В. Сабадаш – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

Y.M. Abrosimova* – postgraduate student of Phthisiatry

A.A. Yarkieva – postgraduate student of Phthisiatry

E.V. Sabadash – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

abrosimova_yulya@mail.ru

УДК: 616.24-002.5-084

ОСОБЕННОСТИ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ахметова Алина Ахметова, Попцов Никита Сергеевич, Сабадаш Елена Венедиктовна, Литовская Анна Дмитриевна

Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Целью химиопрофилактики туберкулеза (ХП ТБК) у ВИЧ-инфицированных пациентов является снижение риска развития туберкулеза. Немаловажным является вопрос приверженности пациентов к химиопрофилактике туберкулёза. Именно пациенты с низкой приверженностью являются основными источниками распространения микобактерии туберкулёза среди населения, особенно они опасны для других ВИЧ-инфицированных. У них могут развиваться более тяжёлые формы туберкулёза. **Цель исследования** - изучить эффективность химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. **Материал и методы.** Ретроспективное исследование 1704 историй болезни пациентов с IV стадией ВИЧ-инфекции, проходивших курс лечения в противотуберкулёзном диспансере в 2022-2023 гг. **Результаты.** Из 1704 историй болезни выявлены 97 случаев заражения туберкулёзом. Было выделено 2 подгруппы: приверженные (57,7%) к ХП ТБК и не приверженные (42,3%). Выявлен ряд причин не приверженности к ХП ТБК. Наиболее часто пациенты проявляют нежелание принимать препараты для ХП ТБК (47,4%), вторая частая причина отказа – это проявление побочных эффектов. Бактериовыделение у приверженных отсутствует в 66% случаев, а выявлено в 34%. У не приверженных оно выявлено в 84%, а отсутствует в 16% случаев. Среди приверженных преобладают более лёгкие формы течения туберкулёзного процесса (инфильтрации, рассасывания и уплотнения), у не приверженных - более тяжёлые формы (обсеменения и распада). Анализируя динамику течения туберкулёзного процесса у группы приверженных, можно выделить такие исходы лечения, как клиническое излечение (48%), улучшение (39%), без динамики (12%). Немаловажно, что ухудшение не выявлено. **Выводы.** В подавляющем большинстве случаев у высокоприверженных пациентов выявлялся инфильтративный туберкулез, у пациентов, отказавшихся от ХП, все формы сопровождались бактериовыделением и наличием полостей распада, есть тенденцией к прогрессированию. Эффективность лечения у высокоприверженных пациентов достоверно выше.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, химиопрофилактика туберкулёза, эффективность химиопрофилактики, приверженность, не приверженность.

FEATURES OF CHEMOPROPHYLAXIS OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

Akhmetova Alina Albertovna, Poptsov Nikita Sergeevich, Sabadash Elena Venidiktovna, Litovskaya Anna Dmitrievna

Department of Infectious Diseases, Phthisiatry and Pulmonology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The goal of chemoprophylaxis of tuberculosis is to reduce the risk of development tuberculosis. Important is the issue of patients' adherence to the chemoprophylaxis of tuberculosis. Patients with low commitment are the main sources of distribution tuberculosis in the population, especially they are dangerous to others HIV-infected. **The aim of the study** – to study the effectiveness of tuberculosis chemoprophylaxis in HIV-infected. **Material and methods.** Retrospective study of 1 704 HIV stage IV cases, who were treated at the tuberculosis dispensary in 2022-2023. **Results.** Revealed 97 cases of tuberculosis. Were identified 2 cohorts: with a commitment (57,7%) to chemoprophylaxis and non-commitment (42,3%). The study found a number of reasons not to comply a chemoprophylaxis. Firstly, patients are reluctant to take drugs (47,4%), secondly, it is the manifestation of side-effects. Bacterial excretion in the group of committed is absent in 66% of cases and detected in 34%. Bacterial excretion 84% of the non-adherents were diagnosed and 16% were not. In the other group predominate lighter forms (infiltration, resorption, compaction), among the non-adherent - heavier forms (dispersion, decay). Article states forms of treatment outcome: cure (48%), improvement (39%), no dynamics (12%). Importantly, worsening was not observed in any patient. **Conclusion.** Infiltration tuberculosis was most commonly detected. Not committed patients all forms were accompanied bacterial excretion and decay's cavities, and there is a tendency towards progression. Treatment efficacy in patients with a commitment was reliably higher.

Keywords: tuberculosis, HIV-infection, commitment and non-commitment morbidity of tuberculosis, chemoprophylaxis, the efficiency of chemoprophylaxis.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема туберкулеза (ТБК) продолжает представлять собой угрозу здоровью населения во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения земного шара инфицировано микобактериями туберкулеза. Ежегодно заболевают туберкулезом 10 млн. человек, умирают от туберкулеза 1,2 млн. и еще 208 тыс. от ко-инфекции ТБ/вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

В Российской Федерации с 2009 года отмечается благоприятная динамика основных показателей по туберкулезу: заболеваемость снизилась на 60,8% и в 2020 году составила 32,4 на 100 тысяч населения (2009 – 82,6), смертность уменьшилась на 72,5%, составив в 2020 году 4,6 на 100 тысяч населения (в 2009 году - 16,7)[1]. Снижение показателей в различных федеральных округах России происходит неравномерно, но вектор развития эпидемического процесса однонаправленный.

ВОЗ отмечает 2 основные проблемы, препятствующие устранению туберкулеза, одна из них — это туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией.

По статистическим материалам, отмечается рост доли пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом: если в 2009 году этот показатель среди впервые выявленных пациентов составлял 5,5%, то в 2020 году он вырос почти в пять раз и составил 25,6%.

Общеизвестно, что больные ВИЧ-инфекцией наиболее подвержены к воздействию различных патогенных факторов и агентов. На сегодняшний день наиболее значимым источником информации, характеризующим структуру вторичных заболеваний в РФ, является информационный бюллетень ФНМЦ ПБ СПИД ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. По данным информационного бюллетеня №45, наиболее распространенными заболеваниями у больных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в РФ на 31.12.2019 являлись туберкулез легких (61,1%) и туберкулез внелегочный (18,6%). Структура остальных вторичных состояний распределилась следующим образом: синдром истощения, обусловленный воздействием ВИЧ, – 9%; пневмоцистная пневмония – 8,2%; другие микобактериозы или недифференцированные микобактериозы, диссеминированные или внелегочные, – 6,2%; кандидоз пищевода – 5,1%; энцефалопатия, обусловленная воздействием ВИЧ, – 4,7%; церебральный токсоплазмоз – 2,4%; кандидоз трахеи, бронхов и легких – 2,2%; цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция – 2,0%; микобактериозы, вызванные

Mycobacterium kansasii, *Mycobacterium avium*, диссеминированные и внелегочные, – 1,9%; пневмонии – 1,7%; иммунобластическая саркома – 1,3%; саркома Капоши – 1,2%; рак шейки матки (инвазивный) – 1,0%; прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия – 0,9%; лимфома мозга первичная – 0,7%; криптококкоз внелегочный – 0,7%; лимфома Беркитта – 0,4%; простой герпес: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 мес. или бронхит, пневмония, эзофагит – 0,3%; лимфома неуточненная – 0,3%; цитомегаловирусный ретинит (с потерей зрения) – 0,2%; сальмонеллезные септицемии – 0,1%; криптоспоридиоз кишечника хронический – 0,1%; изоспороз кишечника – 0,1%.

Отмечается, что летальность от туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных крайне высока и колеблется, по данным разных авторов, от 22 до 34%. В нашей стране по материалам О.П. Фроловой туберкулез среди причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных занимает 1-е место [2]. Высокая инфицированность населения микобактериями туберкулеза (МБТ) и быстрое распространение ВИЧ делают прогноз этой сочетанной патологии крайне неблагоприятным. При ВИЧ-инфекции нарушается функция CD4+-лимфоцитов, которые играют большую роль в борьбе с МБТ. Туберкулез также может неблагоприятно влиять на течение ВИЧ-инфекции, поскольку МБТ способны стимулировать репликацию ВИЧ у лиц с сочетанной патологией.

Целью химиопрофилактики (ХП) туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов является снижение риска развития туберкулеза в результате заражения (первичного или повторного) и/или реактивации латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ).

Поэтому вопрос проведения химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных занимает особое место в борьбе с туберкулезом как в Российской Федерации, так и во всем мире.

Немаловажным является вопрос приверженности пациентов к химиопрофилактике туберкулёза. Ведь именно пациенты с низкой приверженностью являются основными источниками распространения микобактерии туберкулёза среди населения, особенно они опасны для других ВИЧ-инфицированных пациентов. Помимо этого, у них могут развиваться более тяжёлые формы туберкулёза, чем у высокоприверженных к профилактике пациентов. Это является одной из основных причин смертности среди ВИЧ-инфицированных. Таким образом, сейчас вопрос химиопрофилактики остаётся актуальной проблемой.

Цель исследования - изучить эффективность химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный анализ 1704 историй болезни пациентов с IV стадией ВИЧ-инфекции, проходивших курс лечения в противотуберкулёзном диспансере в 2022-2023 гг. Объектом исследования является заболеваемость туберкулёзом у ВИЧ-инфицированных. Предметом исследования выступают группы пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом (высоко- и низкоприверженные) и различия течения туберкулезного процесса у данной категории пациентов.

Единицей наблюдения является каждый случай заболеваемости от заболеваний туберкулёзом у ВИЧ-инфицированных среди взрослого населения.

Исследование заболеваемости основывалось на комплексном и системном подходе, статистических и аналитических методах. На основе полученных данных были построены диаграммы и таблицы, наглядно отражающие тенденции эффективности химиопрофилактики высоко- и низкоприверженных пациентов.

Период наблюдения: 2022-2023 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Были проанализированы 1704 истории болезни пациентов, которые состоят на учёте с ВИЧ-инфекцией. Среди них ВИЧ-ассоциированный туберкулёз выявлен у 97 пациентов. В ходе анализа исследуемой группы было выделено 2 когорты пациентов: с приверженностью к ХП ТБК и с не приверженностью к ней. Доля приверженности в исследуемой категории пациентов составила 57,7%, доля не приверженности – 42,3%.

В ходе исследования был выявлен ряд причин не приверженности пациентов с ВИЧ к ХП ТБК. Наиболее часто пациенты проявляют нежелание принимать препараты для ХП ТБК (около 47,4%). Вторая частая причина отказа от ХП – это проявление побочных эффектов, таких как гепатотоксичность, диспепсические явления. До 2022 года действовал приказ, согласно которому ХП не назначалась ВИЧ-инфицированным с количеством CD4+ клеток более 350. Поэтому третьей причиной не приверженности является отсутствие показаний к ХП по приказу от 2016 года. Доля пациентов с данной причиной составила 15,8%. На момент изменений старого приказа и появление нового у данной категории пациентов уже был подтверждён туберкулёз. Остальные пациенты (около 10,5%) не были привержены к ХП по причине другого места жительства и/или нахождения в местах лишения свободы (МЛС). Также у 7,9% пациентов туберкулёз был выявлен одновременно с ВИЧ-инфекцией.

В ходе последующего анализа, были выделены преобладающие формы туберкулёзного процесса среди приверженных и не приверженных к ХП пациентов. В группе приверженных, около 66,7% занимает инфильтративный ТБК. Затем 20,8% составляет туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), 6,3% - очаговый ТБК, 4,2% - диссеминированный ТБК, и в 2,1% случаев приходится на туберкулёзный гонит. Что касается бактериовыделения у данной группы пациентов, то оно отсутствует у 67%, а выявлено у 33%.

В группе не приверженных к ХП пациентов наиболее частая также является инфильтративная форма ТБК (57,9%). Около 13,2% составляет ТВГЛУ, затем 10,5% - генерализованная форма (со 100% летальным исходом), далее 7,9% занимает диссеминированная форма, 5,3% - очаговая форма, 5,3% - фиброзно-кавернозная, 2,6% - ТБК внутрибрюшных ЛУ (ТБК ВБЛУ), 2,6% - смешанная форма (инфильтративная+очаговая).

Бактериовыделение в группе не приверженных в отличие от приверженных пациентов иное. Отсутствует бактериовыделение у 16%, а выявлено у 84% ВИЧ-инфицированных с ТБК. Следовательно, открытые формы ТБК в когорте низкоприверженных пациентов практически в 3 раза превышает аналогичную долю в группе высокоприверженных.

Также, в ходе исследования было выяснено, что у групп приверженных и не приверженных преобладает инфильтративный туберкулёз (66,7% и 57,9% соответственно). Однако фазы туберкулёзного процесса в обеих группах различны (таблица 1).

Таблица 1.

Численность пациентов двух групп с различными фазами инфильтративного туберкулёза

Приверженные		Не приверженные	
Фаза	Количество заболевших	Фаза	Количество заболевших
Обсеменения и распад	12	Обсеменения и распад	16
Инфильтрации	12	Инфильтрации	4
Рассасывания и уплотнения	7	Рассасывания и уплотнения	3

Также отдельно были рассмотрены ВИЧ-инфицированные пациенты, находившиеся в контакте с больными ТБК. Из 11 человек ХП принимали 8. Остальные три пациента по различным причинам отказались от неё (нет желания, наблюдались побочные эффекты). В итоге, у контактных приверженных пациентов туберкулёз не был диагностирован. Трём оставшимся пациентом, которые отказались от ХП, был диагностирован ТБК в открытой форме (БК+).

Что касается продолжительности ХП ТБК, проанализировав 97 ВИЧ-инфицированных заболевших ТБК, можно сделать вывод об отсутствии прямой закономерности между продолжительностью и эффективностью ХП. Например, пациенты, которые принимали ХП как 1 год, так и 4 года, могут заразиться одними и теми же формами ТБК с похожим течением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, в ходе проведённого исследования были получены данные, что среди 1704 человек, которые состоят на учёте с ВИЧ-инфекцией, туберкулёз выявлен лишь у 97 (около 6%). Доля приверженности в исследуемой категории пациентов составила 57,7%, доля не приверженности – 42,3%. В группе приверженных пациентов преобладают более лёгкие формы течения туберкулёзного процесса (инфильтрации, рассасывания и уплотнения). У не приверженных преобладают более тяжёлые формы туберкулёзного процесса (обсеменения и распада). Также выявлены главные причины не приверженности к ХП ТБК: отказ от приёма препаратов (47,4%) и прекращение их приёма из-за возникших побочных эффектов. Помимо этого, открытые формы ТБК в когорте низкоприверженных пациентов практически в 3 раза превышает аналогичную долю в группе высокоприверженных.

В литературе в ходе различных исследований, например, исследования ВИЧ-ассоциированных заболеваний, диагностированных в Бюро экспертизы Департамента здравоохранения Москвы за период с 2013 по 2016 г., выявлена тенденция к увеличению числа случаев смерти от ВИЧ-ассоциированных инфекций, в т.ч. от туберкулеза [3]. Главное преимущество данного исследования в том, что определение форм течения туберкулёза проводилось на основании судебно-медицинской экспертизы трупов, коморбидных ВИЧ/СПИД. Однако данное исследование имеет ряд недостатков: оно проводилось среди лиц, умерших насильственной или скоропостижной смертью, поэтому не в каждом случае удавалось установить приверженность к ХП ТБК, её продолжительность, причины осведомлённости или отсутствие таковой о состоянии своего здоровья умерших и о рисках, связанных с отказом от ХП ТБК. Сложно судить в каждом случае об эффективности данных профилактических мероприятий.

Также в литературе описаны результаты исследования группы ВИЧ-инфицированных пациентов, которые имели контактный туберкулёз, например, в работе Абдуллаева Р., Комиссарова О., Герасимова Л. в научно-практическом журнале «Врач» в 2018 г. [2,4]. Приверженные к ХП ТБК не имели диагностированный туберкулёз. Не приверженные наоборот, более часто заболели туберкулёзом, причем в более тяжёлых формах (диссеминированный, милиарный и внелегочный туберкулёз) и с бактериовыделением, чем приверженные к ХП ТБК ВИЧ-инфицированные, у которых диагностировались лёгкие формы. Достоинством данного исследования является исследование на большом количестве пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых был контакт с туберкулёзным больным [3,5].

Результаты и достижения приведённых работ могут быть полезны при разработке и/или уточнении алгоритмов взаимодействия врача-инфекциониста с ВИЧ-инфицированными пациентами, при профилактике распространения туберкулёза среди лиц, находящихся в МЛС, для разработки более эффективных препаратов с меньшей вероятностью проявления побочных эффектов от ХП ТБК.

ВЫВОДЫ

1. При адекватной организации химиопрофилактики туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных возможно достижение стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу среди данных контингентов.

2. В случае отказа пациента от проведения ХП основная причина - отсутствие желания пациента.

3. В случае развития туберкулеза у пациентов получавших ХП, в подавляющем большинстве случаев выявлялся инфильтративный туберкулёз, у пациентов, отказавшихся от ХП, все формы сопровождалась бактериовыделением и наличием полостей распада, а также тенденцией к прогрессированию. Эффективность лечения у пациентов, получавших ХП, была достоверно выше.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Туберкулёз у взрослых» - 2022 г. - 151 с. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/16_2.
2. Абдуллаев Р., Комиссарова О., Герасимов Л. Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных: распространенность, клинические проявления, эффективность лечения //Врач. – 2018. – Т. 29. – №. 11. – С. 11-16.

3. Морозов Ю. Е., Мазус А. И., Шигеев С. В. ВИЧ-ассоциированные заболевания в практике судебно-медицинских вскрытий //Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – Т. 61. – №. 4. – С. 28-31.
4. Шабунова А. А., Калачикова О. Н., Короленко А. В. Обзор мировых и региональных тенденций заболеваемости ВИЧ-инфекцией и обусловленной ей смертности //Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 54. – №. 2. – С. 9.
5. Вахрамеева А. С. Формирование приверженности пациентов к лечению заболеваний с позиции их гендерной принадлежности, возраста и уровня образования (на примере ГБУЗ СО" Свердловская областная клиническая больница№ 1" г. Екатеринбург) : дис. – Уральский государственный медицинский университет, 2018.

Сведения об авторах

А.А. Ахметова – студент лечебно-профилактического факультета
Н.С. Попцов* – студент лечебно-профилактического факультета
Е.В. Сабадаш – кандидат медицинских наук, доцент кафедры
А.А. Литовская – ординатор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии

Information about the authors

A.A. Achmetova – Student of Treatment and Prophylactic Faculty
N.S. Poptsov*- Student of Treatment and Prophylactic Faculty
E.V. Sabadash – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor
A.D. Litovskaya – Postgraduate student of the Department of Infectious Diseases and Tuberculosis

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

poptsov99@mail.ru

УДК: 616.915

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРИ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА

Быданцев Михаил Александрович¹, Волкова Анастасия Дмитриевна¹, Тарасова Елизавета Михайловна¹, Хаманова Юлия Борисовна¹, Горшкова Анастасия Сергеевна²

¹Кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии, пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Корь – антропонозное воздушно-капельное высококонтагиозное острое инфекционное заболевание вирусной этиологии. *Цель исследования* - представить клинический случай кори у взрослого больного. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни взрослого больного корью. **Результаты.** Пациент поступил в ГКБ №40 г. Екатеринбурга с подозрением на корь и с жалобами на насморк, сухой кашель, резь в глазах, ощущение песка в глазах, подъем температуры тела до фебрильных значений, слабость. Сведений о вакцинации больного от кори нет. Эпидемиологический анамнез: выезд в Санкт-Петербург с января 2024 по 24.02.2024. На момент поступления состояние средней тяжести за счет интоксикационного и катарального синдромов, кожного процесса, лимфаденита. Клинический диагноз: Корь, атипичное течение, период высыпаний, тяжелой степени тяжести. Для кори, вызванной вирусом генотипа D8, типично развитие гепатоспленомегалии и повышение активности печеночных трансаминаз, что и наблюдалось у пациента в данном случае. Течение кори у взрослых имеет свои особенности: более выражен интоксикационный синдром (слабость, потливость, сонливость, заторможенность); из катаральных явлений (заложенность носа, явления конъюнктивита, кашель, першение и дискомфорт в горле) преобладает чаще сухой кашель и имеет место нарушение этапности высыпаний. У больного отмечались все эти признаки, кроме нарушения этапности высыпаний. Данный случай кори у вакцинированного взрослого может быть связан с утратой или снижением постпрививочного иммунитета или с индивидуальными особенностями его формирования. **Выводы.** Корь остается актуальной проблемой общественного здравоохранения. Регистрация случаев кори у вакцинированных и ревакцинированных обосновывает необходимость проведения серомониторинга антител к кори у взрослых, привитых в соответствии с календарем профилактических прививок.

Ключевые слова: корь, вакцинация, профилактика, клинический случай, экзантема, пятна Бельского-Филатова-Коплика, синдром цитолиза.

CLINICAL CASE OF MEASLES WITH DEVELOPMENT OF CYTOLYSIS SYNDROME

Bydantsev Mikhail Aleksandrovich¹, Volkova Anastasia Dmitrievna¹, Tarasova Elizaveta Mikhailovna¹, Khamanova Yulia Borisovna¹, Gorshkova Anastasia Sergeevna²

¹Department of Infectious Diseases and Phthysiology, Pulmonology

Ural State Medical University

²City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract