

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России  
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Реферат на тему:  
«Корь»

Выполнила: ординатор 1-го года  
обучения Старикова Е.О.

Проверила: доцент Кузьмина Т.Ю.

Красноярск 2018г.

Корь - заболевание вирусной этиологии, сопровождающееся симптомами интоксикации, катаром верхних дыхательных путей и пятнисто-папулезной сыпью на коже.

**Исторический аспект.** Заболевание встречается во всех климатических зонах и среди представителей всех рас; высокая восприимчивость к кори наблюдается повсеместно. Вероятно, корь была широко рас-пространена и в античном мире, хотя точных сведений об этом не сохранилось. Первое дошедшее до нас классическое описание кори было сделано иранским ученым Рази в 915 н.э. В 17 в. Т.Сиденхем четко разграничил симптомы кори и скарлатины, которые ранее считались единым заболеванием. В 1847 П.Панум опубликовал результаты блестящего анализа эпидемии кори на Фарерских островах и точно определил продолжительность инкубационного и контагиозного (за-разного для окружающих) периодов кори.

**Классификация кори** (Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин, 1990)

Тип	Тяжесть течения
1. Типичная	
2. Атипичная	
а) митигированная	Легкая Средняя Тяжелая
б) геморрагическая	
в) диспнойная (злокачественная)	
г) у привитых	

**Этиология.** Возбудитель кори РНК-содержащий вирус, малоустойчивый во внешней среде, но обладающий высокой летучестью. Корь вызывается РНК-содержащим вирусом из семейства парамиксовирусов (Paramyxoviridae), к которому также относят вирусы инфекционного паротита (свинки), чумки собак и чумы рогатого скота. С двумя последними вирус кори имеет много общих признаков (сходство структуры-ры вириона и особенностей строения и репликации генома); предполагается, что вирус кори произошел от вируса чумки собак.

**Эпидемиология.** Среди известных инфекционных болезней корь – одна из наиболее заразных. По оценкам, к 21-му году жизни 95% городских жителей мира переболели корью. Корь чрезвычайно заразна: восприимчивость к ней приближается к 100%. После перенесенного заболевания у выздоровевших сохраняется пожизненный иммунитет; случаи повторной болезни чрезвычайно редки. Большинство «повторных» случаев объясняется тем, что одно из заболеваний было вызвано вирусом краснухи. Дети, родившиеся от перенесших корь матерей, остаются иммунными (невосприимчивыми к болезни) до 4 или даже 6 месяцев, так как в течение этого периода в их крови

сохраняются защитные материнские антитела. Сезонный пик заболеваемости приходится на конец зимы.

Источник инфекции - больной человек, который заразен для окружающих с конца инкубационного периода и в течение 3 дней после появления сыпи (при осложнениях до 10 дней). Передается только воздушно-капельным путем.

**В патогенезе** решающее значение имеет тропизм вируса к эпителию верхних дыхательных путей, же-лудочно-кишечного тракта, кожи и нервной системы. Развитие осложнений при кори связано с возникающей анергией, что может приводить к обострению хронических инфекций. В последние годы дока-зано влияние вируса кори на развитие склерозирующего панэнцефалита. По данным ВОЗ, в мире еже-годно умирает около 1 000 000 детей от осложнений кори.

**Возрастной аспект.** Корью могут болеть дети любого возраста после 3 мес. жизни. До 3 мес. дети обла-дают абсолютным иммунитетом к кори, а в возрасте от 3 до 8 мес. имеется относительная невосприим-чивость к этой инфекции.

**Клиническое течение.** Инкубационный период, т.е. время от заражения (контакта с больным) до появ-ления первых симптомов, продолжается 7 – 14 дней, обычно около 10 сут. Первый симптом – повыше-ние температуры; примерно через 12 ч отмечаются выраженные покраснение и раздражение слизистой оболочки глаз; развивается светобоязнь; к концу первых суток появляются признаки катарального вос-паления слизистых верхних. дыхательных путей (насморк, саднящий кашель). Примерно через 2–4 дня после первых симптомов болезни на слизистой оболочке щек (напротив коренных зубов) возникают мелкие, с маковое зерно, беловатые высыпания (пятна Коплика). Через 1 – 2 дня (3 – 5-й день болезни) внезапно появляется сыпь. Сначала она обнаруживается за ушами и на лбу, затем быстро распростра-няется ниже – на лицо, шею, тело и конечности. Мелкие розовые пятна сыпи быстро увеличиваются в размерах, приобретают неправильную форму, иногда сливаются. В период максимального высыпания, через 2–3 дня после появления сыпи, температура может подниматься до 40,5°. Сыпь сохраняется 4–7 дней, а затем постепенно исчезает в том же порядке, как и появляется. На месте сыпи остаются участки коричневатой пигментации, которая держится 7–10 дней.

Больной корью наиболее заразен от 11-го до 16-го дня после инфицирования, т.е. с первого дня повы-шения температуры до 4–5-го дня кожных высыпаний.

Смертность при неосложненных формах кори невысока, однако осложнения бывают часто и могут про-текать в тяжелой форме. По частоте они располагаются в следующем порядке: 1) воспаление среднего уха (отит), к нему часто присоединяется мастоидит (воспаление сосцевидного отростка височной кос-ти); 2) бронхопневмония; 3) воспаление шейных лимфоузлов; 4) ларингит; 5) энцефалит.

## **Диагностические критерии**

### *Опорные признаки:*

- пятна Бельского – Филатова – Коплика (белые пятнышки диаметром до 1 мм на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов, окруженные воспалительной зоной гиперемии). Появляются на 2-й день болезни и исчезают через 2-3 дня, оставляя гиперемию и разрыхленность слизистой оболочки щеки;
- этапное появление сыпи на коже в течение 3 дней (лицо, туловище, конечности) на 3 – 4-й день от начала катарального периода;
- сыпь обильная, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию;
- появление пигментации с 3-го дня высыпания на лице с последующим мелким отрубевидным шелушением на коже.

### *Факультативные признаки:*

- симптомы интоксикации (повышение температуры тела, слабость, вялость, нарушение сна, раздражительность);
- катаральные явления (кашель, насморк, слезотечение, светобоязнь, блефарит);
- одутловатость лица с инъецированными склерами и отечными губами;
- повышение температуры тела с субфебрильных цифр до высоких при появлении высыпаний. Лабораторные и инструментальные методы исследования Основные методы:
- общий анализ крови (лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия);
- общий анализ мочи (возможны микропротеинурия, лейкоцитурия);
- серологическое исследование - метод парных сывороток с интервалом 7-9 дней. Первый забор крови не позже 3-го дня высыпания (4-кратное и более нарастание титра антител во второй сыворотке).

### *Дополнительные методы:*

- выделение вируса из крови, отделяемого зева или ликвора;
- рентгенография грудной клетки;
- электроэнцефалография при осложнениях со стороны нервной системы.

### Этапы обследования

*В домашних условиях:* сбор эпидемиологического анамнеза, объективный осмотр.

*В поликлинике:* общий анализ крови и мочи (сбор материала производится дома).

*В клинике:* серологическое исследование методом парных сывороток, выделение вируса кори, рентгенография грудной клетки, ЭЭГ.

## **Течение, осложнения, прогноз**

*Варианты клинического течения.* По степени выраженности клинических симптомов выделяют типичную (см. диагностические критерии) и атипичную форму кори. К последней относится митигированная форма (корь у привитых и у детей раннего возраста). Митигированная корь возникает в тех случаях, когда введение иммуноглобулина, переливание крови или плазмы проводилось после 6-го дня инкубационного периода. В этих случаях болезнь протекает в легкой форме с нарушением этапности высыпания и слабовыраженными катаральными явлениями. Митигированная корь наблюдается и у привитых детей (при наличии остаточных антител). Особой тяжестью отличаются токсическая и геморрагические формы. Первая характеризуется тяжелой интоксикацией, гипертермией, менингоэнцефалитическими явлениями. Вторая протекает с кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, гематурией, кровавым стулом. Эти формы обычно встречаются у детей грудного возраста (после 3 мес жизни). *Критерии тяжести состояния:* степень повышения температуры тела, выраженности катаральных явлений, характер высыпаний (пятнистая сыпь при легком, пятнисто-папулезная при среднетяжелом и с геморрагиями при тяжелом течении кори), наличие энцефалитической симптоматики, присоединение осложнений (тяжелое течение заболевания).

## **Осложнения.**

Выделяют ранние, обусловленные собственно вирусом кори, и поздние, возникшие в результате присоединения вторичной инфекции, вследствие развития анергии. Наиболее часты осложнения со стороны органов дыхания (пневмонии, стенозирующие ларинготрахеиты, абсцессы легкого и т. д.), желудочно-кишечного тракта (язвенные, некротические, гангренозные стоматиты, колиты, энтероколиты), нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, энцефаломиелиты с нарушением функции тазовых органов), отиты. Длительность заболевания. При своевременном лечении острый период составляет 6-7 дней, а продолжительность болезни до 10-14 дней, при осложнениях - до месяца.

## **Дифференциальный диагноз.**

Проводится с краснухой, скарлатиной, ОРВИ, энтеровирусными инфекциями с экзантемой, инфекционной эритемой Розенберга, сывороточной болезнью, менингококковой инфекцией с менингококцемией, псевдотуберкулезом, синдромом Стивенса - Джонсона и синдромом Лайелла.

## **Формулировка диагноза**

Корь, типичная форма, среднетяжелое течение.  
Корь, атипичная (геморрагическая) форма, тяжелое течение.  
Осложнение: двусторонняя очаговая бронхопневмония

## **Лечебная тактика.**

### **Догоспитальный этап**

Лечение больных корью проводят на дому, при этом огромное значение имеют правильно организованные гигиенические условия содержания больного, предотвращение контакта с больными и заботливый уход. Комнату, в которой находится ребенок, нужно регулярно проветривать. Необходимо обеспечить гигиеническое содержание кожи (частые обмывания кожи лица и рук, туалет видимых слизистых оболочек, частое полоскание рта). Диета больного должна быть полноценной, легкоусвояемой (молочно-растительная). Пищу дают в жидком или полужидком виде. Назначают комплекс витаминов с обязательным включением витамина А (5000-10 000 МЕ) и витамина С (100-200 мг/сут), десенсибилизирующие средства, отхаркивающие препараты (настой корня алтея, бромгексин, мукалтин, либексин, тусупрекс и др.), обязательный туалет глаз и полости рта (фурацилин - 1:5000, 2 % содовый раствор, витаминные капли в глаза).  
*Критерии правильности лечения:* нормализация температуры тела на 5-й день от начала высыпания; отсутствие осложнений.  
*Показания к госпитализации:* возраст до года; пребывание в закрытом детском учреждении; тяжелое и осложненное течение болезни; неблагоприятные бытовые условия, при которых невозможно обеспечить правильное лечение; неблагоприятная эпидемиологическая обстановка: недостаточный эффект проводимой дома терапии в первые 5-6 дней.

### **Госпитальный этап**

Лечение проводят в зависимости от осложнений: при пневмонии - антибиотики широкого спектра действия с антистафилококковой направленностью (ампиокс, цефалоспорины, аминогликозиды), витамины; при поражениях нервной системы - дегидратационная терапия, борьба с гипертермическим синдромом, дезинтоксикация, антибиотики для предупреждения осложнений со стороны легких.

## **Реабилитация.**

В связи с развитием астенического синдрома необходимо соблюдение охранительного режима с хорошим витаминизированным питанием и

сном в дневное время. Показано назначение наст-ойки элеутерококка, женьшеня, препаратов апилака.

### **Профилактика и мероприятия в очаге.**

Исследования по разработке противокоревой вакцины начались в 1954, когда вирус кори (штамм Edmonston) впервые удалось вырастить в тканевой культуре. Из этого же штамма Дж.Эндерс приготовил первую живую вакцину. Проведенные в 1961 испытания подтвердили ее эффективность. В 1963 Министерство здравоохранения США разрешило производить два типа коревых вакцин: живую аттенуированную (из ослабленного вируса) и инактивированную («убитую»). Использование инактивированной, создающей непродолжительный иммунитет, вакцины не оправдало себя; с 1968 вакцинация ею в США не проводилась. Хорошие результаты дает пассивная иммунизация (введение специфического гамма – глобулина): антитела полностью подавляют инфекцию или облегчают течение болезни. Поэтому иммунный сывороточный глобулин должен быть введен как можно быстрее после контакта с больным (т.е. сразу после возможного заражения). Вопреки прогнозам, обещавшим скорую победу над корью в результате массовой иммунизации, статистика показывает рост заболеваемости ею в мире. Смертность детей от кори и осложнений кори до сих пор составляет около 900 тысяч случаев в мире за год. При этом подавляющее большинство случаев эпидемических вспышек кори (почти 95 %) приходится на 45 стран – 33 африканских и 12 азиатских, где не принято проводить вакцинопрофилактику кори.

**Вакцинация** против кори проводится в 12 мес однократно, после завершения вакцинации против полиомиелита и АКДС – вакцины. Плановая ревакцинация в 6 лет перед поступлением в школу. Интервал между второй ревакцинацией против дифтерии и столбняка и ревакцинацией против кори не менее одного месяца. Прививку против кори можно проводить не ранее чем через 3 мес после или за 6 нед до введения иммуноглобулина или плазмы. Детям, бывшим в контакте с больным, не болевшим корью и невакцинированным, в возрасте от 3 мес до 2 лет вводят для профилактики иммуноглобулин в дозе: до 1 года - 3 мл. от 1 года до 2 лет - 1,5 мл. После введения иммуноглобулина вакцинацию против кори проводят не ранее чем через 3 мес. Детям старше 2 лет, не болевшим корью и не имеющим противопоказаний к вакцинации, вводят противокоревую вакцину, а при наличии противопоказаний - иммуноглобулин.

Больного корью изолируют на 5 дней с момента появления сыпи, а при наличии осложнений - на 10 дней. Детей дошкольного возраста, не болевших корью и непривитых, контактировавших с больным, изолируют на 17 дней, если в очаге проведена активная иммунизация, а при введении иммуноглобулина - на 21 день. Школьники старше 7 лет карантину не подлежат, так же как привитые и переболевшие корью дети младшего возраста.