

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 организован-ные 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.