

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: ДМН, Профессор, Тихонова Е.П.  
Руководитель ординатуры: КМН, доцент. Кузьмина Т.Ю.

## Реферат

Тема: Корь

*Реферат проверен  
зам. н. м. н. ТИ. В. —  
Кузьмина ТИ. Ю.*

Выполнила: ординатор 1 года  
Павлова А.Е.

Красноярск 2023

# План

**Определение**

**МКБ-10**

**Этиология**

**Патогенез**

**Клиническая картина**

Периоды болезни:

Клиническая классификация кори:

По типу:

По тяжести:

По течению:

Типичная форма

Атипичная форма

**Осложнения кори**

**Особенности течения кори в зависимости от возраста больного**

Особенности течения кори у детей

Особенности течения кори у взрослых

Особенности течения кори при ВИЧ-инфекции

**Диагностика**

**Дифференциальная диагностика**

**Иммунитет**

**Лечение кори**

**Показаниями к госпитализации при кори**

**Профилактика кори**

**Список литературы**

# Определение

Корь – острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной экзантемы с переходом в пигментацию.

## МКБ-10

- B05 - Корь;
- B05.0 - Корь, осложненная энцефалитом;
- B05.1 - Корь, осложненная менингитом;
- B05.2 - Корь, осложненная пневмонией;
- B05.3 - Корь, осложненная средним отитом;
- B05.4 - Корь с кишечными осложнениями;
- B05.8 - Корь с другими осложнениями (кератит);
- B05.9 - Корь без осложнений.

## Этиология

Возбудитель кори - РНК-содержащий вирус семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus, обладающий гемагглютинирующей и гемолизирующей активностью, имеющий тропность к лимфоидной и ретикулоэндотелиальной тканям, клеткам эпителия дыхательных путей и нервной системы.

Внутри рода Morbillivirus вирус кори наиболее близок к вирусу чумы крупного рогатого скота и, в меньшей степени, к вирусу чумы собак. Вирус кори является единственным представителем своего рода, вызывающим заболевание у человека.

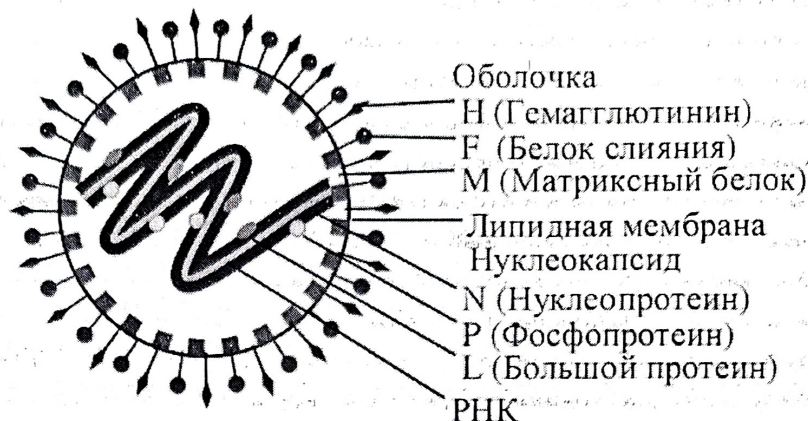
Вирус имеет сферическую форму, размер 120-250 нм. Вирион состоит из свернутого во вторичную шарообразную структуру нуклеокапсида со спиральным типом симметрии и внешней липидной оболочки, формирующейся из клетки хозяина. В отличие от других представителей своего семейства вирион кори не содержит нейраминидазу.

Важную роль в патогенезе заболевания играют два гликопротеина наружной мембраны (Рисунок 1). F- белок или белок фузии (гликопротеид I типа), который отвечает за слияние вирусной и клеточной мембран, проникновение вируса в клетку и гемолиз эритроцитов. H- белок или гемагглютинин (гликопротеид II типа, молекулярная масса 80 кДА), который обеспечивает прикрепление вируса к клетке, является фактором клеточного тропизма. Экспериментально показана возможность изменения клеточного тропизма у рекомбинантных диких и вакцинных штаммов, экспрессирующих «вакцинный» и «дикий» тип гемагглютинина соответственно. Указанные белки формируют в липидной оболочке вируса комплекс, осуществляющий прикрепление вирусной частицы к клетке хозяина, слияние их липидных мембран и проникновение нуклеопротеидного комплекса внутрь клетки.



Геном вируса представлен одноцепочечной несегментированной РНК негативной полярности (16000 нт). Шесть структурных генов расположенных линейно, кодируют соответствующее количество структурных белков: фосфопротеин, нуклеопротеин, матриксный белок, гемагглютинин, фузионный белок, полимеразу («большой» белок) и два неструктурных белка. Геномная РНК является матрицей для синтеза антигеномной РНК позитивной полярности, являющейся матрицей для транскрипции вирусных белков и синтеза геномной РНК при репликации.

Рисунок 1. Схематическое строение частицы вируса кори.



## Патогенез

Патогенез кори определяется тремя основными свойствами возбудителя: эпителиотропностью, лимфо- и нейротропностью.

В зависимости от их сочетания у больных возникают различные по тяжести и продолжительности клинические формы болезни.

Местом внедрения (входными воротами) вируса кори являются слизистая оболочка верхних дыхательных путей и конъюнктивы. Вирус адсорбируется на эпителии слизистой, проникает в подслизистую оболочку и регионарные лимфатические узлы, где происходит первичная репликация.

С 3-го дня инкубационного периода развивается вирусемия (первая волна). В начальном периоде количество вируса сравнительно невелико и может быть нейтрализовано введением иммуноглобулина, на чем и основана пассивная иммунизация при контакте с больным корью. В середине инкубационного периода создается высокая концентрация вируса в лимфатических узлах, селезенке, печени, миндалинах, фолликулах, миелоидной ткани костного мозга. В катаральный период кори и в 1 день высыпаний отмечается новое и более значительное нарастание вирусемии (вторая волна) с большим содержанием вируса в отделяемом слизистой оболочки верхних дыхательных путей. К 5 дню высыпаний вирус в крови не обнаруживается, появляются вируснейтрализующие антитела. Вирус обладает выраженным тропизмом к эпителию дыхательных путей, вызывая катаральное воспаление рото-, носоглотки, гортани, трахеи, бронхов, бронхиол. Поражается и пищеварительный тракт – слизистая ротовой полости, тонкая и толстая кишка. Патологические изменения слизистой оболочки губ, десен, щек представляют собой участки некроза эпителия с последующим слущиванием (пятна Бельского-Филатова-



Коплика). Допускается возможность непосредственного воздействия коревого вируса на ЦНС. Установлена роль возбудителя в развитии острого демиелинизирующего энцефалита, энцефаломиелита и хронически прогрессирующего поражения ЦНС (хронические энцефалиты, подострый склерозирующий панэнцефалит). Для кори характерно развитие анергии (вторичного иммунодефицита) со снижением уровня иммунитета, что приводит к активации патогенной и комменсальной микрофлоры с развитием осложнений преимущественно дыхательной системы, обострению хронических заболеваний. Корева анергия сохраняется не менее месяца.

Источником инфекции является больной корью в конце инкубационного периода (за 1-2 суток до появления симптомов заболевания) и до конца 4-х суток с момента появления сыпи. В период угасания сыпи больной практически не заразен. При осложненном течении больной корью является заразным в течение 10-12 дней от начала болезни. Данные о персистенции вируса кори у перенесших инфекцию лиц, а также о возможности носительства отсутствуют. Минимальный инкубационный период - 9 дней, максимальный от 17 дней (у не привитых) до 21 дня (у привитых).

Механизм передачи возбудителя аспирационный (аэрозольный), ведущие пути передачи - воздушно-капельный и воздушно-пылевой. Передача вируса осуществляется не только при тесном контакте с больным корью, но и с потоками воздуха на значительные расстояния (например, по вентиляционным системам). Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности.

Устойчивость во внешней среде возбудителя кори низкая (сохраняется во внешней среде при температуре 37°С не более 1-2 часов, при 56°С - до 30 минут, при кипячении погибает мгновенно). Возможность заражения через третьих лиц и предметы окружающей среды не доказана, в связи с чем, заключительная дезинфекция в очагах не проводится.

Восприимчивость к кори всеобщая, при отсутствии противокоревого иммунитета заболевает 100% населения.

## Клиническая картина

Корь протекает циклически, с последовательной сменой нижеописанных периодов.

### Периоды болезни:

1. Инкубационный (продолжительность его составляет в среднем 9-14. дней, однако при профилактическом введении иммуноглобулина может удлиняться до 21 дня. );;
2. Продромальный (катаральный) период, его продолжительность 3-4 дня
3. Период экзантемы (высыпаний);, развивается с 4-5 дня болезни и продолжается 3-4 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов.
4. Период пигментации: продолжительностью 7-14 дней
5. Период реконвалесценции

## Клиническая классификация кори:

### По типу:

1. Типичная
2. Атипичная:
  - Митигированная;
  - Abortивная;
  - Стертая;
  - Бессимптомная
  - Геморрагическая

### По тяжести:

1. Легкая
2. Среднетяжелая
3. Тяжелая

### По течению:

1. Гладкое
2. Осложненное

## Типичная форма

Типичная форма кори (манifestная форма) характеризуется наличием следующих клинических проявлений:

- катаральные явления (кашель и/или насморк, конъюнктивит);
- общая интоксикация и лихорадка (температура тела  $38^{\circ}\text{C}$  и выше);
- поэтапно появляющаяся с 4 - 5 дня болезни пятнисто-папулезная сыпь (1 день – на лице, шее; 2 день – на туловище и руках; 3 день - на ногах) с последующей пигментацией.

При типичной форме длительность продромального- катарального периода составляет 3-4 дня. Заболевание начинается с общих симптомов интоксикации (недомогание, головная и мышечная боль, слабость, вялость, снижение аппетита, сонливость), фебрильной лихорадки (выше  $38^{\circ}\text{C}$ ) сухого кашля, усиливающегося с каждым днем., охриплости. Характерна светобоязнь. При осмотре выявляются склерит, конъюнктивит, отечность век., яркая гиперемия и разрыхленность слизистой ротоглотки, одутловатость лица, ринит со слизистыми выделениями из носовых ходов;, пальпируются увеличенные передне- и заднешейные лимфоузлы. За 1-2 дня до экзантемы на слизистой мягкого и твердого неба появляется коревая энантема – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм. Иногда на не изменном фоне кожи лица, шеи груди появляется продромальная мелкая розовая пятнисто-папулезная сыпь, бесследно исчезающая через несколько часов.

Уже в продромальном периоде, за 1-3 дня до высыпаний на коже, возникает патогномичный симптом кори - пятна Бельского-Филатова-Коплика, представляющие собой окруженные венчиком гиперемии папулы, серовато-белого



цвета, диаметром 1-2 мм. Они располагаются на слизистой оболочке ротовой полости на уровне вторых нижних коренных зубов, реже на слизистой губ, десен, не снимаются шпателем и исчезают через 1-2 дня после появления коревой экзантемы. Обнаружение пятен Бельского-ФилатоваКоплика помогает установлению диагноза «Корь» (до появления экзантемы) и проведению дифференциально диагноза со сходно начинающимися заболеваниями. За 1-2 дня до периода высыпания уровень лихорадки становится чуть ниже.

**Период высыпания** продолжается 3-4 дня. В этот период температура тела вновь достигает фебрильных значений, усиливаются симптомы интоксикации (сильная головная боль, тошнота, рвота, светобоязнь), тахикардия, снижение артериального давления, глухость сердечных тонов, аритмия (на ЭКГ видны признаки миокардиодистрофии). **Выражена этапность распространения сыпи** (что, как и пятна Бельского-ФилатоваКоплика также является патогномичным симптомом). Вначале коревая сыпь появляется на спинке носа, за ушами. В течение первых суток сыпь распространяется на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На 2 сутки она целиком покрывает туловище и распространяется на проксимальные отделы рук; на 3-4 день – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь папулезного характера, насыщенного розового цвета, вначале мелкая, через несколько часов элементы увеличиваются, сливаются, образуя крупные, неправильной формы, пятнисто-папулезные, ярко-красные элементы, не исчезающие при надавливании. Сыпь располагается на наружной и внутренней поверхности конечностей на неизменном фоне кожи. Типичен внешний вид больного в период высыпания: одутловатое лицо, утолщены веки, отечны нос и губы, красные слезящиеся или гноящиеся глаза, обильные выделения из носа. Лихорадка вновь достигает высоких цифр, поэтому температурная кривая имеет двугорбый характер. Повышение температуры тела сохраняется в течение всего периода высыпания и нормализуется при неосложненном течении через 3-4 дня. Самочувствие больного плохое, состояние наиболее тяжелое именно в период высыпания. Больных беспокоит сухой, грубый, навязчивый, иногда лающий кашель, нарастающий в динамике.

**Период пигментации** начинается на 4-5 день после появления специфической экзантемы, которая к этому времени на лице приобретает буровато-коричневый оттенок. Пигментации происходит в той же последовательности (поэтапно), как и появление сыпи (вначале на лице, затем на туловище и конечностях). Пигментация обычно заметна в течение 7-10 дней. На месте сыпи впоследствии может возникнуть мелко отрубевидное шелушение кожи, лучше выраженное на лице. В период пигментации температура тела обычно нормализуется (но у некоторых больных может сохраняться непродолжительный субфебрилитет), проходят катаральные явления, улучшается самочувствие и состояние больных. Пигментация является важным симптомом для ретроспективной диагностики кори.

В **периоде реконвалесценции** длительно сохраняется астения. Опасность представляет собой сохранение фебрильной температуры тела, появление кашля и усиление катаральных явлений и прочих неспецифических симптомов, что свидетельствует о развитии осложнений заболевания.

Причиной высокой распространенности осложнений у переболевших корью лиц является транзиторный иммунодефицит, проявляющийся снижением в крови числа Т-лимфоцитов уже в периоде высыпаний. Кроме того, возможно развитие аутоиммунных



процессов. Восстановление иммунной системы происходит только через 3-4 месяца после перенесенного заболевания корью.

Особой формой заболевания является митигированная корь, которая возникает у вакцинированных лиц или после введения в инкубационном периоде противокорревого иммуноглобулина по эпидемическим показаниям. Представляет собой «ослабленную» форму заболевания с удлинением инкубационного (до 21 дня) и катарального периодов, при коротком и более легко протекающем периоде высыпания. Сыпь бледная, мелкая, скудная (иногда всего несколько элементов на коже), пигментации может не быть или она кратковременная (1-2 дня). При этой форме заболевании могут отсутствовать патогномичные симптомы (в том числе нарушается этапность появления сыпи, элементы которой не сливаются и не пигментируются, пятна Бельского-Филатова-Коплика могут отсутствовать). Осложнений при этой форме не бывает.

## Атипичная форма

Атипичные формы кори возникают у лиц, получивших активную (вакциной) или пассивную (человеческим иммуноглобулином) иммунопрофилактику, а также у детей, находящихся на естественном вскармливании или в возрасте до шести месяцев (имеющих пассивный естественный иммунитет) и включают следующие формы: abortивная, митигированная, стертая, бессимптомная, геморрагическая.

Возможны атипичные формы кори: abortивная, стертая, бессимптомная, диагностика которых осуществляется на основании лабораторных данных о нарастании титра специфических противокоревых антител (IgG), чаще всего в очаге кори при обследовании контактных с заболевшим корью лиц.

**Abortивная форма** кори имеет достаточно типичное начало в виде катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, повышения температуры тела. Сыпь появляется на лице и туловище, этапность отсутствует. На второй день от начала заболевания клинические симптомы самопроизвольно исчезают.

При **стертой форме** кори симптомы интоксикации и катаральные явления выражены слабо, быстро проходят.

При **бессимптомной форме** кори какие-либо характерные клинические признаки отсутствуют вовсе, но имеет место сероконверсия. - последовательное появление в крови специфических антител IgM и IgG.

При **геморрагической форме** заболевание сопровождается множественными кровоизлияниями на коже, в слизистые оболочки, примесью крови в моче и стуле. Возможен летальный исход.

**Гипертоксическая форма** кори сопровождается выраженной интоксикацией, проявляется лихорадкой до 40 °C и выше, симптомами менингоэнцефалита сердечной и дыхательной недостаточностью.

## Осложнения кори

Осложнения могут развиваться в любом периоде кори, при этом различают ранние осложнения (возникают в катаральном периоде или в стадии высыпаний) и поздние в периоде пигментации и реконвалесценции. Первые из них обусловлены собственно вирусом кори, вторые связаны с присоединением вторичной бактериальной флоры. Развитию осложнений наиболее подвержены дети раннего и дошкольного возраста, а также лица старше 60 лет.

Осложнения возникают со стороны следующих систем органов:

- дыхательных путей: бронхит, пневмония, ларингит, ларинготрахеит, ложный круп, бронхолит;
- органов слуха: отит, евстахеит, мастоидит;
- пищеварительной системы: стоматит, энтерит, колит;
- органов зрения, блефарит, кератит, кератоконъюнктивит;
- поражение ЦНС: менингоэнцефалит, менингит, миелит, энцефалит;
- кожи: пиодермия, абсцесс, флегмона.

Самыми тяжелыми из перечисленных осложнений являются менингоэнцефалит и энцефалит (возникает с частотой 1 случай на тысячу больных корью) с возможным летальным исходом. Острый энцефалит развивается чаще у детей старшего возраста и взрослых, при любой форме кори, обычно на 3-5 день после появления экзантемы. Чем в более ранние сроки появляется неврологическая симптоматика, тем хуже прогноз.

## Особенности течения кори в зависимости от возраста больного

### Особенности течения кори у детей

У детей раннего возраста, особенно 1-го года жизни, катаральные явления резко выражены, жидкий стул до 3-5 раз в сутки. У детей старшего возраста возможен абдоминальный синдром с локализацией болей в правой подвздошной области из-за вовлечения в процесс мезентериальных лимфоузлов, катаральных изменений слизистой оболочки ЖКТ и усиления перистальтики, обусловленного ваготонией. В целом у детей первого года жизни заболевание протекает тяжелее, чаще развиваются осложнения (как ранние, так поздние).

### Особенности течения кори у взрослых

Как правило, течение кори у взрослых сохраняет свою цикличность. Инкубационный период составляет 9-20 сут., продолжительность катарального периода - 1-5 дней, редко дольше, и характеризуется он типичными симптомами: лихорадкой, интоксикацией, высыпаниями.

У 20% больных отмечается кожный зуд, редко наблюдаются «подсыпания» в виде геморрагических элементов (обычно при тяжелом течении заболевания). Ларингит, бронхит могут длиться у взрослых до 15 дней и носят особенно затяжной характер у



пациентов старше 60 лет. Бронхиолит и пневмония наблюдаются в 20-50% случаев, отит - у 12-15% больных. Поражение ЖКТ проявляется кратковременной диареей у 20-30%, гастроэнтеритом - у 5-10% взрослых пациентов. Гепатит развивается у 40-80% больных и сопровождается увеличением размеров печени на 1-2 см, реже - более, гиперферментемией (трансаминазы в среднем в 3 раза выше нормы); гипербилирубинемия возникает редко, в основном среди лиц, злоупотребляющих алкоголем. Поражение ЦНС (энцефалит, менингоэнцефалит) у взрослых встречается редко.

В целом корь у взрослых характеризуется более выраженным, нежели у детей, синдромом интоксикации (слабость, вялость, сонливость, головная боль, анорексия и т.д.) потливость, высокая температура.

У части больных наблюдается гепатолиенальный синдром с развитием гепатита. Кроме того, на высоте лихорадки возможны носовые кровотечения. У лиц старше 50 лет чаще развиваются осложнения.

## Особенности течения кори при ВИЧ-инфекции

Как правило, на ранних стадиях ВИЧ-инфекции течение кори не отличается от такового у лиц с нормальным иммунитетом. По мере углубления иммунодефицита течение болезни становится более тяжелым и атипичным, приводя к затруднениям в клинической и лабораторной диагностике. У таких пациентов чаще развиваются осложнения, могут отсутствовать те или иные характерные для болезни симптомы. Приблизительно у 30% больных с отягощенным преморбидным фоном, особенно у лиц с грубыми нарушениями иммунитета, наблюдаются осложнения (средний отит, ларинготрахеобронхит, диарея и пневмония). Посткоревой энцефалит регистрируют в 1-4 случаях на 100 000 заболеваний корью, а подострый склерозирующий панэнцефалит, развивающийся через несколько лет после болезни (1 случай на 10-100 000 населения). Тяжелое осложненное течение кори у детей, инфицированных ВИЧ, приводит к высокой смертности: более 50% заболевших погибают. Новорожденные, родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей, имеют повышенную степень риска заболевания корью начиная с возраста 9 месяцев.

## Диагностика

Диагностика кори носит комплексный характер и предусматривает оценку эпидемиологической ситуации в окружении больного, клиническое наблюдение в динамике и серологическое обследование. Типичную корь с пятнами Филатова-Бельского-Коплика, кашлем, ринитом, конъюнктивитом и сыпью легко диагностировать на основе клинической картины.

Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к IgM, методом ИФА является основанием для установления (подтверждения) диагноза. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование парных сывороток крови на IgG. Взятие крови для исследований



осуществляется на 4-5-й день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10-14 дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка). Нарастание титра специфических IgG антител в 4 и более раз является основанием для подтверждения диагноза "корь".

ПЦР позволяет диагностировать корь в ранние сроки при наличии вирусемии вне зависимости от клинической картины. В более поздние сроки исследуют мочу, носоглоточные смывы, СМЖ.

Инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, МРТ головного мозга и др.) применяют при подозрении на развитие осложнений.

## Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика при кори проводится с краснухой, скарлатиной, ИМ, аллергическими сыпями, энтеровирусной инфекцией, инфекционной эритемой, внезапной экзантемой.

Симптомы	Корь	Краснуха	Скарлатина	Аллергические реакции
Катаральный период	Продолжительностью 3-4 дня	Отсутствует или не превышает 2-3 дня	Отсутствует	Отсутствует
Выраженность катарально-респираторного синдрома	Резкая или умеренная	Слабая	Отсутствует	Слабо выражена или отсутствует
Кашель	Есть	Возможен	Нет	Возможен
Конъюнктивит	Сопровождается светобоязнью	Выражен слабо или отсутствует	Отсутствует	Возможен
Увеличение затылочных ЛУ	Возможно	Характерно, сопровождается болезненностью	Отсутствует	Возможна полиаденопатия
Симптомы интоксикации	Умеренно выражены	Слабо выражены	Резко выражены	Выражены незначительно, при токсидермии-резко
Этапность высыпания	В течение 3 дней	В течение 1-2 дней или отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Характер сыпи	Яркая, пятнисто-	Мономорфная,	Ярко-розовая	Сыпь яркая,

	папулезная, сливная, могут быть геморрагические элементы	мелкая, пятнисто-папулезная, несливная	мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи, более насыщенная в естественных складках	пятнисто-папулезная, эритематозная, уртикарная, крупная или средняя, часто зудящая, расположена на туловище и разгибательных поверхностях конечностей
Обратное развитие сыпи	С 3-4-го дня сыпь поэтапно пигментируется; отрубевидное шелушение	На 3-4-й день сыпь исчезает бесследно	Исчезает на 4-5-й день, после чего начинается пластинчатое шелушение	Через несколько часов или дней, иногда с пигментацией
Изменения слизистой полости рта	Энантема мягкого и твердого неба, пятна Филатова-Бельского-Коплика, гиперемия и пестрота	Редко энантема мягкого неба	“Пылающий зев” - яркая гиперемия миндалин, дужек, язычка с четкой границей между мягким и твердым небом. Набухание лимфоидных фолликулов мягкого неба	Возможны признаки стоматита
Общий анализ крови	Лейкопения и лимфоцитоз	Лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ	Изменения нехарактерные, возможен умеренный лимфоцитоз, эозинофилия
Серологические реакции	Нарастание титра антител к вирусу кори в 4 раза и более	Нарастание титра антител к вирусу краснухи в 4 раза и более	Нарастание титра антител к О-стрептолизину, М-протеину	Не проводятся

## Иммунитет

Иммунитет к вирусу кори формируется после перенесенного заболевания (пожизненный) или после введения живой аттенуированной вакцины. В течение заболевания происходит выработка различных классов иммуноглобулинов, концентрация каждого из которых достигает максимального значения в определенные периоды болезни. Показателем наличия иммунитета к кори у здорового человека



является присутствие в сыворотке специфических иммуноглобулинов класса G (IgG) в количестве, выше порогового, определяемого диагностической тест-системой.

## Лечение кори

Лечение кори патогенетическое и симптоматическое, специфическая противовирусная терапия не разработана. Лечение больных корью может проводиться в домашних условиях при нетяжелом течении заболевания, наличии санитарно-гигиенических условий и возможности обеспечения рационального питания и ухода за пациентом. В течение всего лихорадочного периода и в первые двое суток эпидемиологические службы соблюдают постельный режим. Рекомендуется обильное питье, молочно-растительная диета.

При повышении температуры тела выше 38—38,5°C назначаются жаропонижающие средства (ибупрофен, парацетамол.) Необходимо каждые 2-3 часа промывать глаза 2% раствором гидрокарбоната натрия и проводить туалет полости носа. Показано полоскание ротоглотки отварами трав. Принимая во внимание нередко развивающийся при кори дефицит витамина А, целесообразно назначение больным ретинола, суточная доза которого зависит от возраста: детям в возрасте 1-6 мес. - 50 тыс. МЕ, 7-12 мес. - 100 тыс. МЕ, старше 1 года - 200 тыс. МЕ. При сухом навязчивом кашле используют противокашлевые препараты (ренталин, бромгексин, микстуру с корнем алтея, пертуссин, кодакарк фито).

В случаях присоединения осложнений бактериальной этиологии (бронхит, пневмония, отит и др.) назначают антибиотики. Препаратами выбора являются макролиды (азитромицин и др.), бета-лактамы пенициллины (амокксициллин, амоксициллин+клавуланат), цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим.) и фторхинолоны III и IV поколений. При коревом крупе дополнительно к перечисленному выше лечению добавляются парощелочные ингаляции, при тяжелом его течении - преднизолон из расчета 1—2 мг/кг/сут. внутримышечно или внутривенно.

При коревом энцефалите, менингоэнцефалите рекомендуется применение рекомбинантных ИНФ, назначают преднизолон 80-120 мг/сут., нейропротекторы, препараты, направленные на поддержание жизненно важных функций и борьбу с отеком-набуханием головного мозга (ОНГМ).

## Показаниями к госпитализации при кори

- Тяжелое и/или осложненное течение;
- Заболевание корью детей 1-го года жизни, детей из закрытых коллективов, асоциальных семей и проживающих в неблагоприятных материально-бытовых условиях (общежития, коммунальные квартиры и т.п.)
- Госпитализация больных корью осуществляется в боксированные отделения инфекционных стационаров.



# Профилактика кори

## Специфическая профилактика

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» дети в возрасте 12 месяцев должны быть привиты против кори с последующей ревакцинацией в шесть лет. Взрослые в возрасте до 35 лет должны быть привиты и ревакцинированы против кори. Медицинские работники в возрасте до 55 лет, как группа риска по заболеваемости корью, должны быть привиты против нее.

## Список литературы

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство: под редакцией Н.Д. Юшук - 2-е изд., перераб. и доп., - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина – СПб.: СпецЛит, 2013. – 591 с.
3. Инфекционные болезни у детей: под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 4-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2012. – 218-224 с.
4. Избранные лекции по инфекционной и паразитарной патологии детского возраста / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н. профессора Н.В.Скрипченко, - СПб. – 2013. – 464 с.
5. Иванова И.А., Понежева Ж.Б., Козлова М.С., Вдовина Е.Т., Цветкова Н.А. Особенности течения кори у взрослых. Лечащий врач 2018; 11: 36-39

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 1 года обучения специальности "инфекционные болезни" Павловой Анны Евгеньевны

По теме: Корь

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
Структурированность	соответствует
Наличие орфографических ошибок	нет
Соответствие текста реферата по теме	соответствует
Владение терминологией	владеет
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	раскрыта полностью
Логичность доказательной базы	имеется
Умение аргументировать основные положения и выводы	умеет
Круг использования известных научных источников	5 источников
Умение сделать общий вывод	умеет
Актуальность	актуальна

Итоговая оценка: положительная/отрицательная  
Комментарий рецензента

Дата: 15.03.23

Подпись рецензента

Подпись ординатора

*Т.Ю. Кузьмина*  
*А.Е. Павлова*