

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России  
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

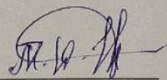
Реферат по теме:  
Корь – современное состояние  
проблемы

Выполнил: клинический ординатор  
Хайтметова К.А.

Проверил: КМН, Доцент Кузьмина Т.А.

Зав.кафедры: ДМН, Профессор Тихонова  
Е.П.

Оценка: хор

Подпись руководителя: 

Дата: 29.12.23

Красноярск, 2023

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ВПО  
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России  
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

## Реферат по теме:

### Корь – современное состояние проблемы

**Выполнил:** клинический ординатор  
Хайтметова К.А.

**Проверил:** КМН, Доцент Кузьмина Т.А.

**Зав.кафедры:** ДМН, Профессор Тихонова  
Е.П.

Оценка: \_\_\_\_\_

Подпись руководителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Красноярск, 2023

## **Оглавление:**

|                                                |   |
|------------------------------------------------|---|
| 1). ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С КОРЬЮ .....          | 3 |
| 2). ЭТИОЛОГИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ..... | 4 |
| 3). ПАТОГЕНЕЗ КОРИ.....                        | 5 |
| 4). КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....                   | 6 |
| 5). ЛЕЧЕНИЕ.....                               | 7 |
| 6). СПИСОК ИСПОЛЬЗЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....         | 8 |
| 7). РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ.....                   | 9 |

## ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С КОРЬЮ

в 2001 году НАЧАЛАСЬ ГЛОБАЛЬНАЯ программа ВОЗ по борьбе против кори и краснухи. Указанная инициатива стремится обеспечить, чтобы ни один ребенок не умирал от кори или не рождался с синдромом врожденной краснухи; сократить число случаев смерти от кори на 95% к 2015 году и элиминировать корь и краснуху к 2020 году, по крайней мере, в пяти регионах ВОЗ. Несмотря на наличие безопасной и экономически эффективной вакцины, в 2017 г. корь стала причиной 100 000 смертей в мире, в основном детей в возрасте до 5 лет.

За период с 2000 по 2017 гг. противокоревая вакцинация привела к снижению глобальной смертности от кори на 80%. В 2017 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг, по сравнению с 72% в 2000 г. В 2000-2016 гг. вакцинация от кори предотвратила, по оценкам, 20,4 миллиона случаев смерти, сделав вакцину от кори одним из наиболее выгодных достижений общественного здравоохранения. Ключевым показателем качества проводимой в стране прививочной работы является охват населения профилактическими прививками, который для большинства управляемых инфекций (согласно рекомендациям ВОЗ) должен составлять не менее 95 % среди детского населения и 90 % — среди взрослого. Массовая вакцинопрофилактика кори среди детского населения, регламентированная Приказом Минздрава СССР от 14.06.67 №473, положила начало новой эры борьбы с корью при помощи живой коревой вакцины (ЖКВ) из штамма Л-16. Проявления эпидемического процесса кори стали меняться: появилась тенденция к снижению общей заболеваемости и смертности, уменьшилась амплитуда волн эпидемических подъемов, а также очаговость и пораженность детских организованных коллективов. Произошли изменения в возрастной структуре заболевших детей: смещение пика заболеваемости на старшие возрастные группы (3-6 лет, 7-14 лет). Основным достижением вакцинопрофилактики в этот период было значительное снижение показателя смертности от кори (среднее значение составило 0,11 на 100 тыс. населения).

Широкомасштабное проведение иммунизации детского и взрослого населения направлено на создание популяционного (коллективного) иммунитета, т.е. формирование массовой невосприимчивости к возбудителям управляемых инфекций, в том числе кори, как основного условия для прекращения распространения заболевания, даже в условиях заноса его возбудителя в популяцию.

## ЭТИОЛОГИЯ КОРИ

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.

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. Вирин состоит из свернутого во вторичную шарообразную структуру нуклеокапсида со спиральным типом симметрии и внешней липидной оболочки, формирующейся из клетки хозяина [16]. В отличие от других представителей своего семейства вирин 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. Н- 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 [16-18]. 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.

## ПАТОГЕНЕЗ КОРИ

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). 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 противокорьевого 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 удлиниться 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 1 2. Среднетяжелая 3. Тяжелая По течению: 1.

Гладкое 2.Осложненное Типичная форма кори (манифестная форма) характеризуется наличием следующих клинических проявлений: -катаральные явления (кашель и/или насморк, конъюнктивит); - общая интоксикация и лихорадка (температура тела 38,0 С 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. 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. 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 38,0С) сухого кашля, усиливающегося с каждым днем., охриплости.

Характерна светобоязнь. При осмотре выявляются склерит, конъюнктивит, отечность век, яркая гиперемия и разрыхленность слизистой ротоглотки, одутуватость 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 экзантема – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм. Иногда на неизменном фоне кожи лица, шеи груди появляется продромальная мелкая розовая пятнисто-папулезная сыпь, бесследно исчезающая через несколько часов.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение кори патогенетическое и симптоматическое, специфическая противовирусная терапия не разработана. Лечение больных корью может проводиться в домашних условиях при нетяжелом течении заболевания, наличии санитарногигиенических условий и возможности обеспечения рационального питания и ухода за пациентом. В течение всего лихорадочного периода и в первые двое суток апирексии больные должны соблюдать постельный режим. Рекомендуется обильное питье, молочнорастительная 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 16 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.( ренгалин, бромгексин, микстуру с корнем алтея, пертуссин, коделак фито). В случаях присоединения осложнений бактериальной этиологии ( бронхит, пневмония, отит и др.) назначают антибиотики. Препаратами выбора являются макролиды (азитромицин и др.), бета-лактамы пенициллины (амоксциллин, амоксициллинклавуланат), 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 отекомнабуханием головного мозга (ОНГМ). Показаниями к госпитализации при кори являются [21, 26, 33]: • 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.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Корь в России: проблемы ликвидации. Онищенко Г. Г., Попова А. Ю., Алешкин В. А., ред. Москва: Издательство Династия; 2017: 552.
2. Цвиркун, О.В. Эпидемический процесс кори в различные периоды вакцинопрофилактики. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук:14.02.02/ Цвиркун Ольга Валентиновна.- М., 2015.- 46 с.
3. Инфекционные болезни : учебник / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа,. 2011. - 704 с. Второе издание

## РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего 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» Хайтметовой Карины Артуровны

По теме: Корь – современное состояние проблемы

| Оценочный критерий                                 | Положительный/отрицательный |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| Структурированность                                | полож                       |
| Наличие орфографических ошибок                     | полож                       |
| Соответствие текста реферата по теме               | полож                       |
| Владение терминологией                             | отриц                       |
| Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | полож                       |
| Логичность доказательной базы                      | отриц                       |
| Умение аргументировать основные положения и выводы | полож                       |
| Круг использования известных научных источников    | полож                       |
| Умение сделать общий вывод                         | полож                       |
| Актуальность                                       | полож                       |

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента

Дата: 25.12.2023

Подпись рецензента

Подпись ординатора