

ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Е.П. Тихонова

Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Т.Ю. Кузьмина

Реферат

На тему: «Корь»

Т.В.

Выполнила:

Лубнина Т.В.

Ординатор 2-го года

Красноярск 2020

Корь - одна из самых высокозаразных вирусных инфекций, известных человеку. Важно понимать, что корь - это не небольшая сыпь и лихорадка, которая проходит через несколько дней. Корь – это опасное инфекционное заболевание, которое может вызвать серьезные осложнения, вплоть до летального исхода, особенно у детей младше 5 лет.

Риску заболеть корью подвергается любой человек, не имеющий иммунитета к вирусу кори (не привитой или не выработавший иммунитет).

Также в группу риска входят работники медицинских учреждений и образовательных организаций, работники торговли, мигранты, кочующие группы населения и др.

Источник инфекции – только больной корью человек.

Возбудитель кори – вирус. Вирус кори передается воздушно-капельным путем, при чихании, кашле, во время разговора.

В случае инфицирования корью беременной, возможен трансплацентарный путь передачи.

Риск заражения корью велик даже при кратковременном общении с больным. В непривитой популяции один больной корью может заразить от 12 до 18 человек. Обычно, все те, кто не прошел вакцинацию, при общении с больным заболевают.

Патогенез кори

Вирус попадает от больного человека воздушно-капельным путём при чихании и кашле. После непродолжительного размножения вируса в слизистой оболочке ворот инфекции происходит первичная кратковременная виремия — вирус попадает в кровь.

С током крови вирус попадает в лимфоидную ткань и там активно размножается, особенно в моноцитах. После этого наступает вторичная виремия, совпадающая с продромальным периодом и широкой дессиминацией вируса — в это время вирус можно обнаружить практически во всех тканях тела, в слизи, крови и моче.

Это примерно 9-10 день заболевания, сыпи ещё нет. Сыпь появляется примерно на 14 день от заражения, к этому времени процессы репродукции вируса снижаются, и к 16 суткам от заражения вирус определить становится сложно (Инфекционные болезни у детей. Под ред. Д. Марри. М. Практика. 2006). По данным отечественных авторов (П.Г. Сергиев, И.Г. Шройт, Н.Е. Рязанцева, 1963) вирусы исчезают из крови к 4 — 5 дню после появления сыпи на коже.

С этого времени в лёгкой форме заболевания корь проходит, но в случае присоединения вторичной бактериальной инфекции через короткий светлый промежуток наступает ухудшение. вирус кори резко ослабляет защитные силы организма приводя к состоянию гипоэргии с понижением общего и местного иммунитета (М.Г. Данилевич, 1960), открывая путь для бактериальной инфекции.

Заразен заболевший с последнего дня инкубационного периода до первых 5 дней с момента появления сыпи. Заразный период может удлиниться до 10 дня с момента появления сыпи в случае развития осложнений. Эти симптомы нарастают в течение 4 дней. За 1 — 2 суток до появления сыпи на коже появляются пятна Коплика.

Пятна Бельского-Филатова-Коплика

Пятна Коплика — так их называют в зарубежной литературе, пятна Бельского-Филатова-Коплика, или пятна Бельского-Филатова — так их называют в отечественной литературе.

В 1885 году изменения слизистой оболочки при кори описал Нил Фёдорович Филатов в книге “Лекции об острых инфекционных болезнях у детей”. В 1890 году в газете “Протоколы общества псковских врачей” подобные изменения описал врач А.П. Бельский. В 1896 году — американский врач Коплик. До указанных трёх авторов этот симптом описан врачами клиники Герхардта... но известности не получил.

Согласно результатов ретроспективного анализа литературы (В.С. Васильев. Пятна Бельского-Филатова-Коплика. Патогномоничный симптом кори: история описания, особенности текстуального изложения и оценка ситуации с авторством. Журнал ГРГМУ 4, Гродно, 2006). наиболее чёткое и обстоятельное описание патогномоничного симптома кори принадлежит Henry Koplik. Кроме того, описания изменений слизистой оболочки Бельским, Филатовым и Копликом не идентичны — авторы описывают разные изменения: Коплик описывает то, что известно как “пятна Коплика”, а Бельский и Филатов описывают “пятна Коплика” + стоматит.

Пятна Коплика

Описание пятен Копликом: “в последние дни продромального периода на слизистой оболочке щёк и дёсен появляются особые белые пятнышки, имеющие такой вид, как будто на красную слизистую оболочку нанесли с помощью тонкой кисточки брызги белой краски. Пятна эти окружены красным ободком и их нельзя удалить стиранием. Если их соскабливать твёрдым инструментом, то оказывается, что они состоят из детрита...”.

Период высыпаний

В конце начального периода заболевания температура тела снижается и вновь повышается при появлении сыпи. Появление сыпи сопровождается ухудшением общего состояния и усилением катаральных явлений. Перед сыпью появляются пятна Коплика: на слизистой оболочке щёк в районе коренных зубов — белые пятнышки размером около 1мм, окружённые красной каймой. Сначала элементов мало, к концу дня или суток их всё больше и больше, а на следующий день или сутки они пропадают.

Сыпь при кори

Сыпь появляется на 13 день от момента заражения (С.Д. Носов, Л.В. Ливанова, 1967), или 14 день заражения (Инфекционные болезни у детей. Под ред. Д. Марри. М. Практика. 2006).

Начинается сыпь за ушами, на шее и по границе роста волос. В течение суток распространяется на лицо, туловище, руки. Пятнышки превращаются в папулы. К 2-3 суткам сыпь при кори распространяется на бёдра, голени и стопы, и к этому времени на лице она становится сливной. В тяжёлых случаях сыпь становится сливной и на коже туловища и конечностей.

При надавливании элементы сыпи бледнеют. Сыпь при кори обычно исчезает постепенно, с 3-4 суток, в том же порядке, в котором появлялась. На месте элементов остаётся мелкое шелушение.

Лимфоузлы

Отмечается генерализованное увеличение лимфатических узлов и спленомегалия, которые сохраняются до нескольких недель после заболевания.

Тяжёлое течение кори

Тяжелое течение кори идёт у истощенных детей и детей с иммунодефицитом при лейкозах, муковисцидозе, болезни Леттерера-Сиве (острый системный прогрессирующий гистиоцитоз, детская форма злокачественного гистиоцитоза). Кроме тяжелого течения процессов вызываемых собственно вирусом кори, тяжесть обусловлена неадекватной тканевой иммунной реакцией и повреждением вторичной бактериальной инфекцией. Взрослые люди болеют корью тяжелее, но осложнения у них возникают значительно реже.

Чёрная корь

Тяжелое течение кори имеет название “Чёрная корь”. Чёрная корь протекает с генерализованной геморрагической сыпью, кровотечениями из носа, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и выраженной интоксикацией. Полагают, что основой Чёрной кори является диссеминированное внутрисосудистое свёртывание.

Кожа и рот

Сыпь у детей с белковой дистрофией шелушиться значительно, и может осложняться множественными гнойничками кожи. Может развиваться нома — гангрена мягких тканей рта, вызываемая присоединившейся анаэробной инфекцией.

Пневмония вторичная

Вторичная бактериальная пневмония может осложнить коревой бронхит. Бронхит — неотъемлемая часть кори. С исчезновением сыпи температура снижается, и воспалительный процесс в дыхательных путях тоже стихает, но не в случае бактериального осложнения. Здесь нарастают симптомы бронхопневмо-

нии, на рентгене в лёгких появляются тени, в анализах крови нарастает лейкоцитоз.

Коревой энцефалит

Через 3-4 дня после появления сыпи может развиваться коревой энцефалит. Это осложнение встречается примерно в 1 из 1000 случаев кори. Основные патологические процессы в мозгу и оболочках — это отёк, полнокровие и демиелинизация. Коревой энцефалит проявляется разными симптомами — от продолжительной сонливости, до глубокой комы.

Подострый склерозирующий панэнцефалит

Несмотря на то, что носительства кори нет, иммунитет пожизненный, а заболевание либо течёт остро, либо никак, существует редкая подострая форма коревого поражения головного мозга — подострый панэнцефалит. Вирус кори в редких случаях персистирует в головном мозге и вызывает тяжёлое повреждение мозговой ткани с демиелинизацией и процессами пролиферации микроглии. Эти процессы связывают с иммунными нарушениями. Болезнь неуклонно прогрессирует и приводит к летальному исходу в течение 2 лет (Р. Эмонд, Х.Роуланд, Ф.Уэлсби. Инфекционные болезни. М. Практика. 1998).

Другие осложнения кори

- Коревой круп
- Кератоконъюнктивит
- Гастроэнтерит
- Энтероколит
- Ретробульбарный неврит
- Синус-тромбоз
- Аутоимунная тромбоцитопеническая пурпура
- Реактивация туберкулёза
-

Положительное осложнение

Описано увеличение диуреза на фоне кори у детей с рефрактерным нефротическим синдромом.

Лабораторная диагностика кори

ПЦР — чувствительный и специфический метод выявления вирусной РНК из сыворотки крови, или мазках из зева в начальном периоде заболевания, то есть до появления сыпи. Серология. Сывороточные антитела к коревым антигенам можно обнаружить через 1-2 дня после появления сыпи. Титр антител постепенно нарастает и достигает максимума в течение 2 — 4 недель. В течение 2 — 6 месяцев постепенно титр антител постепенно снижается и держится неопределённо долгое время, свидетельствуя об иммунизации.

Клинический анализ крови

Неспецифические признаки кори: лейкопения со снижением количества нейтрофилов и выраженным снижением числа лимфоцитов в продромальном, начальном и периоде высыпаний. С присоединением вторичной бактериальной инфекции — лабораторная картина бактериального воспаления (лейкоциоз etc).

Лечение кори

Специфической терапии кори нет. Лечение симптоматическое. Проводят лечение осложнений. Антибиотикотерапия неосложнённой кори не рекомендуется (В.Ф. Учайкин, Ф.С. Харламова, О.В. Шамшева, И.В. Плеско. Инфекционные болезни. М. ГЭОТАР-Медиа. 2010).

Дифференциальный диагноз кори

- Грипп
- Краснуха
- Детская розеола
- Эритема Тшамера
- Эритема Розенберга
- Инфекционный мононуклеоз
- Сыпной тиф
- Скарлатина
- Энтеровирусная инфекция
- Аденовирусная инфекция
- Герпесвирусная инфекция
- Стоматит
- Лейкоплакия
- Молочница

Лекарственная сыпь на:

- барбитураты
- гадантоины
- пенициллины
- сульфаниламиды
- другие лекарства
- Сывороточная болезнь
-
- Болезнь Кавасаки
- Лихорадка Скалистых гор
- Другие редкие инфекции

Корь и беременность

Акушерская тактика (Перинатальные инфекции. Под ред. А.Я. Сенчука, З.М. Дубоссарской. М. МИА, 2005): беременные заболевшие корью не нуждаются в госпитализации поскольку отсутствует специфическое лечение, и больные опасны (заразны) для окружающих матерей и детей. В родах госпитализируются в изолятор. Грудное вскармливание не противопоказано. Корь не приводит к порокам развития плода (Инфекционные болезни у детей. Под ред. Д. Марри. М. Практика. 2006).

Профилактика кори

В Российской Федерации ведется строгая регистрация, учет и статистическое наблюдение за случаями заболевания корью.

При выявлении заболевшего корью, медицинские работники сообщают об этом, направляя экстренное извещение в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно – эпидемиологический надзор в течение 2 часов. По каждому случаю проводится эпидемиологическое расследование.

Также каждый случай заболевания корью регистрируется в электронной Единой международной системе индивидуального учета (CISID).

Эти важные мероприятия позволяют своевременно отреагировать и минимизировать риск распространения инфекции среди населения путем локализации очага инфекции.

О карантине

При выявлении очага инфекции в организованном коллективе (детском дошкольном, общеобразовательном, а также с круглосуточным пребыванием взрослых), контактировавшие с больным корью находятся под медицинским наблюдением в течение 21 дня. До 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в учреждение не принимаются не привитые против кори и не болевшие корью.

Говоря о профилактике кори, следует начать с наиболее эффективной меры профилактики – вакцинопрофилактики.

Вакцинация против кори может проводиться как в плановом порядке, так и по эпидемическим показаниям.

Плановая вакцинация

Российской Федерации иммунизация против кори проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, который регламентирует сроки введения препаратов. Прививка против кори детям проводится, как правило, одновременно с прививкой против эпидемического паротита (комплексной вакциной корь-паротит), а также против краснухи.

Плановая иммунизация детей проводится в возрасте 1 год и в 6 лет. Взрослых, не болевших корью ранее, не привитых или привитых против кори однократно, прививают в возрасте до 35 лет. До 55 лет включительно прививают взрослых,

относящихся к группам риска (медицинские работники, работники образовательных организаций и пр.).

После двукратного введения вакцины, так же, как и после переболевания корью, формируется стойкий длительный иммунитет к этой инфекции.

Вакцина против кори эффективна и безопасна.

Иммунизация по эпидемическим показаниям

Проводится лицам, имевшим контакт с больным корью (при подозрении на заболевание), не болевшим корью ранее, не привитым, привитым однократно - без ограничения возраста.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в первые 72 часа с момента контакта с больным.

Детям, имевшим контакт с заболевшим корью, которые не могут быть привиты против кори по той или иной причине (не достигшим прививочного возраста, не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом родителей от прививок), не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится нормальный иммуноглобулин человека.

Детям и взрослым, получившим вакцинацию в полном объеме, в сыворотке крови которых не обнаружены антитела в достаточном количестве, проводится повторная вакцинация.

В связи со слабой реактогенностью коревой вакцины, поствакцинальные осложнения возникают крайне редко.

Преимущество вакцинации заключается в том, что люди, которые получают правильные дозы, никогда не заболеют корью, даже если они заражены.

Если не известен вакцинальный статус?

Показателем наличия иммунитета к кори является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (IgG).

При лабораторно-подтвержденном нормальном титре антител вакцинация не проводится.

Если титр антител ниже нормы, или вообще отсутствует – проводится вакцинация.

Особое внимание уделяется выявлению не привитых и не болевших среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, кочующих групп населения).

Для эффективной защиты населения от кори, охват прививками против кори должен составлять не менее 95%, т.е. 95% населения должно быть вакцинировано и ревакцинировано.

Список литературы:

- Нечаев В. В., Иванов А. К., Пантелеев А. М. Социально-значимые инфекции. В 2 частях. Часть 2. Микст-инфекции; Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И.Мечникова, Береста — , 2011. — 320 с.
- Под редакцией Мазанковой Л. Н. Детские инфекции. Справочник практического врача; МЕДпресс-информ — , 2009. — 252 с.
- Под редакцией Ричарда П. Венцеля Внутрибольничные инфекции; Медицина — , 2004. — 840 с.
- Рассел Джесси Корь; Книга по Требованию — , 2012. — 116 с.

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

КАФЕДРА инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия доцента КМН кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора второго года обучения специальности инфекционист Лубниной Татьяны Викторовны по теме: «Корь».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности инфекция:

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

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: *21.02.2019*

Подпись рецензента: *Т.К.*

Подпись ординатора: *Т.Л.*