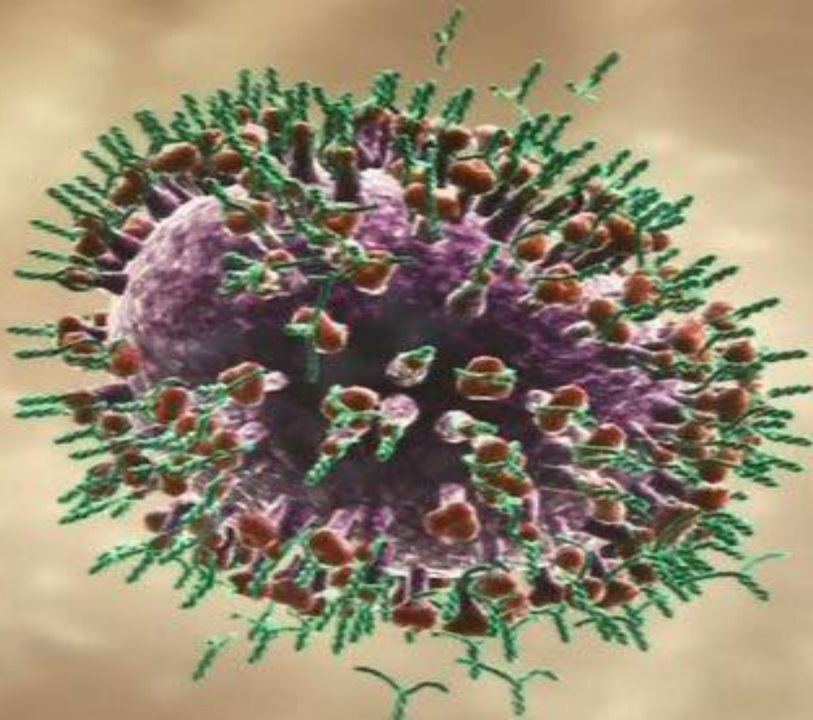


КОРЬ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА



КОРЬ

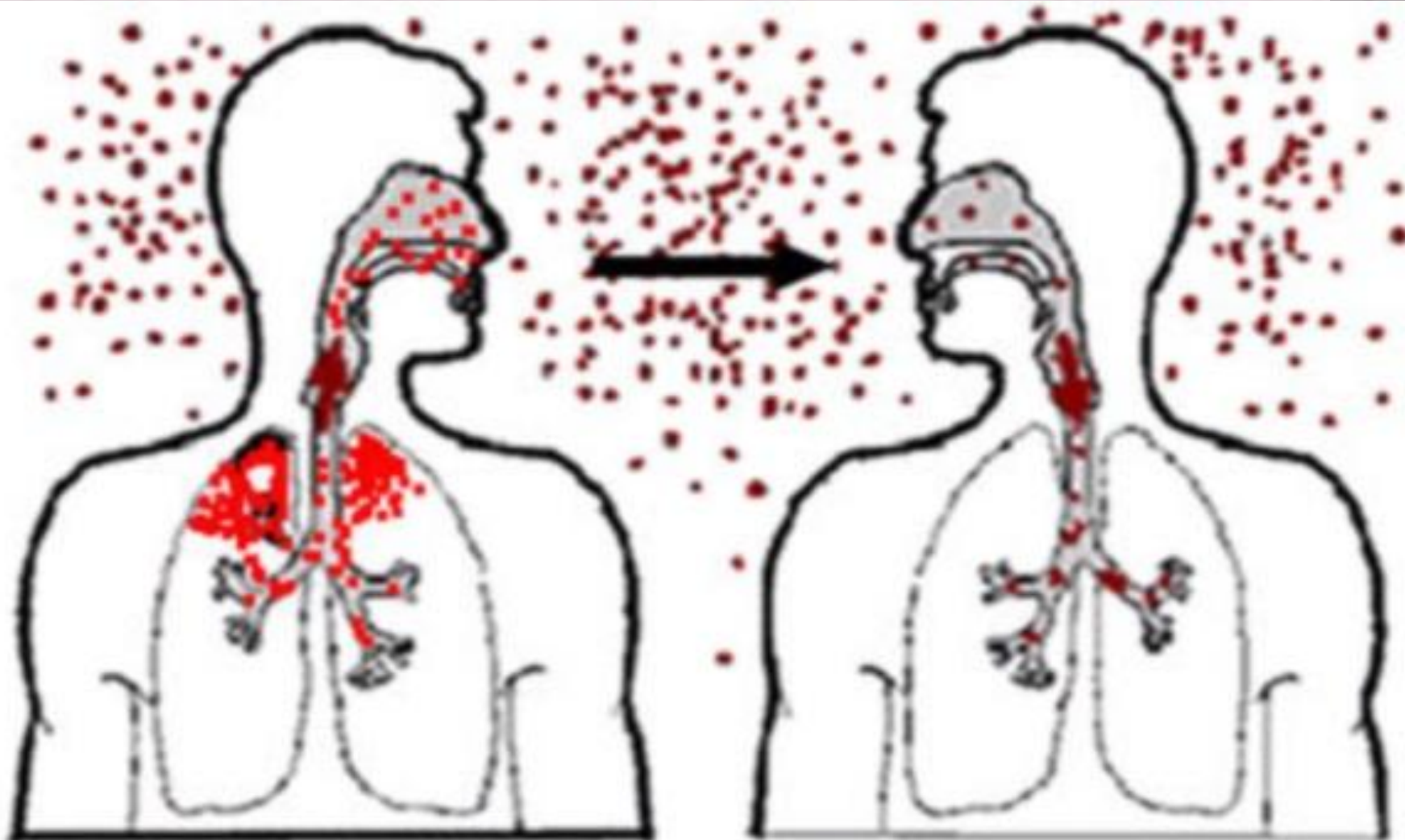
- (morbilli) – острое вирусное антропонозное заболевание, характеризующееся
- выраженной интоксикацией
- катаральным и катарально-гнойным ринитом
- ларингитом
- конъюнктивитом
- своеобразной энантемой (пятна Бельского – Филатова – Коплика)
- папулезно-пятнистой сыпью.

ЭТИОЛОГИЯ

- **Возбудитель кори** – вирус, относящийся к роду Morbilivirus семейства Paramyxoviridae.
- **Геном** состоит из одной молекулы одноцепочечной РНК.
- **В антигенной структуре** никаких отличий между штаммами нет.
- **Вирус кори обладает** гемагглютинирующей, гемолизирующей и симпластической активностью.
- Он малоустойчив в окружающей среде: быстро инактивируется при температуре 56°C (через 30 мин), в кислой среде (рН 2,0–4,0), под влиянием рассеянного света, под прямыми солнечными лучами, во влажном воздухе, при воздействии дезинфектантов. В каплях слизи при температуре воздуха 12–15°C сохраняется в течение нескольких дней. Низкую температуру переносит хорошо: кровь больного, замороженная при –72 °С, сохраняет свою заразительность в течение 14 дней.
- Отличительной особенностью возбудителя кори является его способность к пожизненной персистенции в организме перенесшего заболевание и способность вызывать особую форму инфекционного процесса – медленную инфекцию (подострый склерозирующий панэнцефалит).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ◎ **Источник инфекции** – только больной человек в последние дни инкубационного периода, в максимальной степени в продромальный (катаральный) период и в значительно меньшей степени – в период высыпания. Вместе с тем описаны случаи бессимптомной коревой инфекции.
- ◎ **Механизм передачи возбудителя** – аэрогенный, доминирующий путь распространения – воздушно-капельный



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Восприимчивость к кори** - очень высока и, как считалось, приближается к 100 %. В.М.Болотовский (1993) приводит несколько иные данные - общение с больным корью в течение 24 ч вызывает заболевание у около 40 % восприимчивых к кори лиц, в течение 48 ч – у около 60 %, в течение 72 ч – у около 80 %.
- **После перенесенного заболевания остается стойкий, напряженный иммунитет** - у 99 % переболевших – пожизненный. **Поствакцинальный иммунитет** - полученный в результате прививок живой коревой вакциной, развивается у 90 % привитых и сохраняется более 20 лет (срок наблюдения)

ПАТОГЕНЕЗ

- **Ворота инфекции** – слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Здесь происходит первичная репликация вируса.
- В дальнейшем возбудитель проникает в регионарные лимфатические узлы, где также реплицируется, накапливается, как в депо, и вызывает гиперплазию и пролиферацию клеточных элементов.
- К 3-му дню (по другим данным, к 5–6-му дню) инкубационного периода происходит первый прорыв возбудителя в кровь, возникают первая кратковременная вирусемия и рассеивание вирусов по всем органам и тканям с их фиксацией в клетках системы мононуклеарных фагоцитов и лимфоидных клетках, где вирусы накапливаются
- Атака факторов специфической и неспецифической защиты на вируссодержащие клетки приводит к их цитолизу и высвобождению вирусов, которые в силу особого тропизма к эпителиоцитам внедряются в слизистые оболочки (прежде всего верхних дыхательных путей) и одновременно прорываются в кровь, обуславливая вторую, более массивную и продолжительную вирусемию

ПАТОГЕНЕЗ

- Элементом коревой сыпи является очаг воспаления вокруг сосуда, в формировании которого играют свою роль повреждение эндотелия сосуда вирусом и периваскулярная экссудация и клеточная инфильтрация. Именно поэтому в элементах сыпи всегда присутствует вирус кори.
- **Как и большинство других представителей царства *Vira*, вирус кори обладает тропизмом к клеткам ЦНС, что патогенетически обосновывает частое вовлечение ее в коревой процесс с развитием энцефалита, менингита или энцефаломиелита.**

4 ПЕРИОДА -

- ⊙ инкубационный
- ⊙ продромальный
(катаральный)
- ⊙ высыпания
- ⊙ реконвалесценции.

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

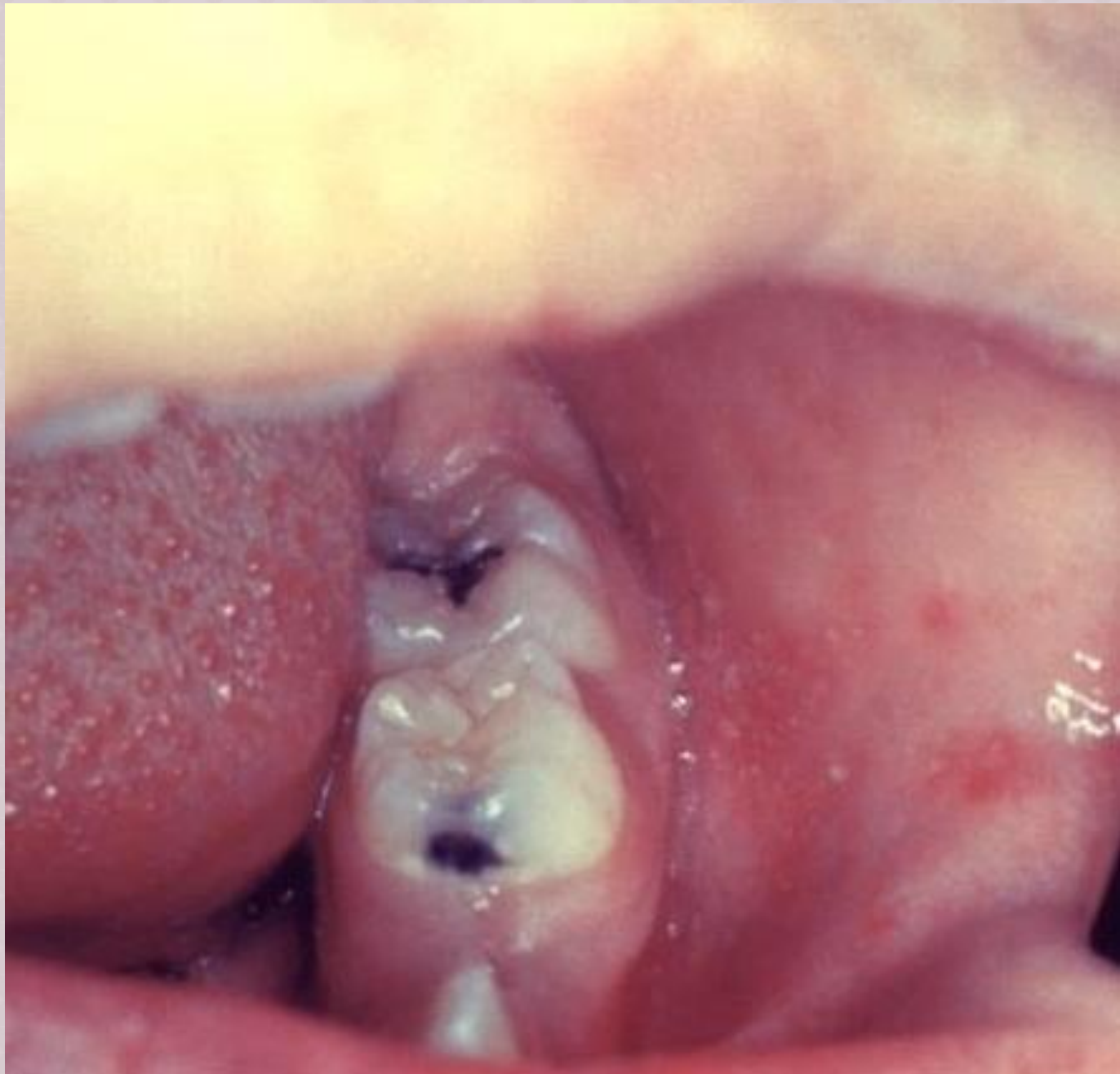
- ⦿ продолжается обычно 9, чаще 11 дней; редко он сокращается до 7 дней или удлиняется до 21–28 дней (в результате пассивной профилактики иммуноглобулином в очаге инфекции)

ПРОДРОМАЛЬНЫЙ (КАТАРАЛЬНЫЙ) ПЕРИОД

- **Заболевание начинается остро** с симптомов интоксикации и катарального воспаления слизистых оболочек.
- Повышается температура тела (до 39 °С и выше) иногда утренняя температура выше вечерней.
- Нарастает беспокойство
- Аппетит снижается, нарушается сон.
- Возникает и неуклонно нарастает ринит с обильным, иногда непрерывным истечением серозного, позже серозно-гнойного экссудата, появляются признаки ларингита (или ларинготрахеобронхита)
- Всегда развиваются конъюнктивит с отеком и гиперемией слизистой оболочки глаз, с серозным или серозно-гнойным отделяемым, а также инъекция сосудов склер, слезотечение, а иногда и светобоязнь.
- Практически у всех больных в катаральный период и период высыпания выявляются небольшое увеличение и чувствительность при пальпации периферических лимфатических узлов, особенно шейных и затылочных; почти у половины больных увеличивается селезенка, реже определяется гепатомегалия.

ПЯТНА БЕЛЬСКОГО – ФИЛАТОВА – КОПЛИКА

- Патогномоничный признак появляется к концу 1-го или на 2-й день болезни
- Наличие пятен БФК создает впечатление, что слизистая оболочка щек посыпана манной крупой или отрубьями
- Пятна могут быть скудными и обильными; они располагаются напротив малых коренных зубов в виде мелких белого цвета пятнышек, возвышающихся над поверхностью слизистой оболочки и окруженных красным ободком
- В некоторых, редких, случаях пятна сливаются и распространяются на слизистые оболочки всей полости рта (за исключением твердого и мягкого неба) и конъюнктиву
- Описаны случаи их появления на слизистой оболочке ануса и вульвы
- Пятна БФК существуют 2–3 дня и к моменту появления сыпи обычно исчезают
- После исчезновения пятен внимательный врач может заметить бархатистость в местах их бывшей локализации.

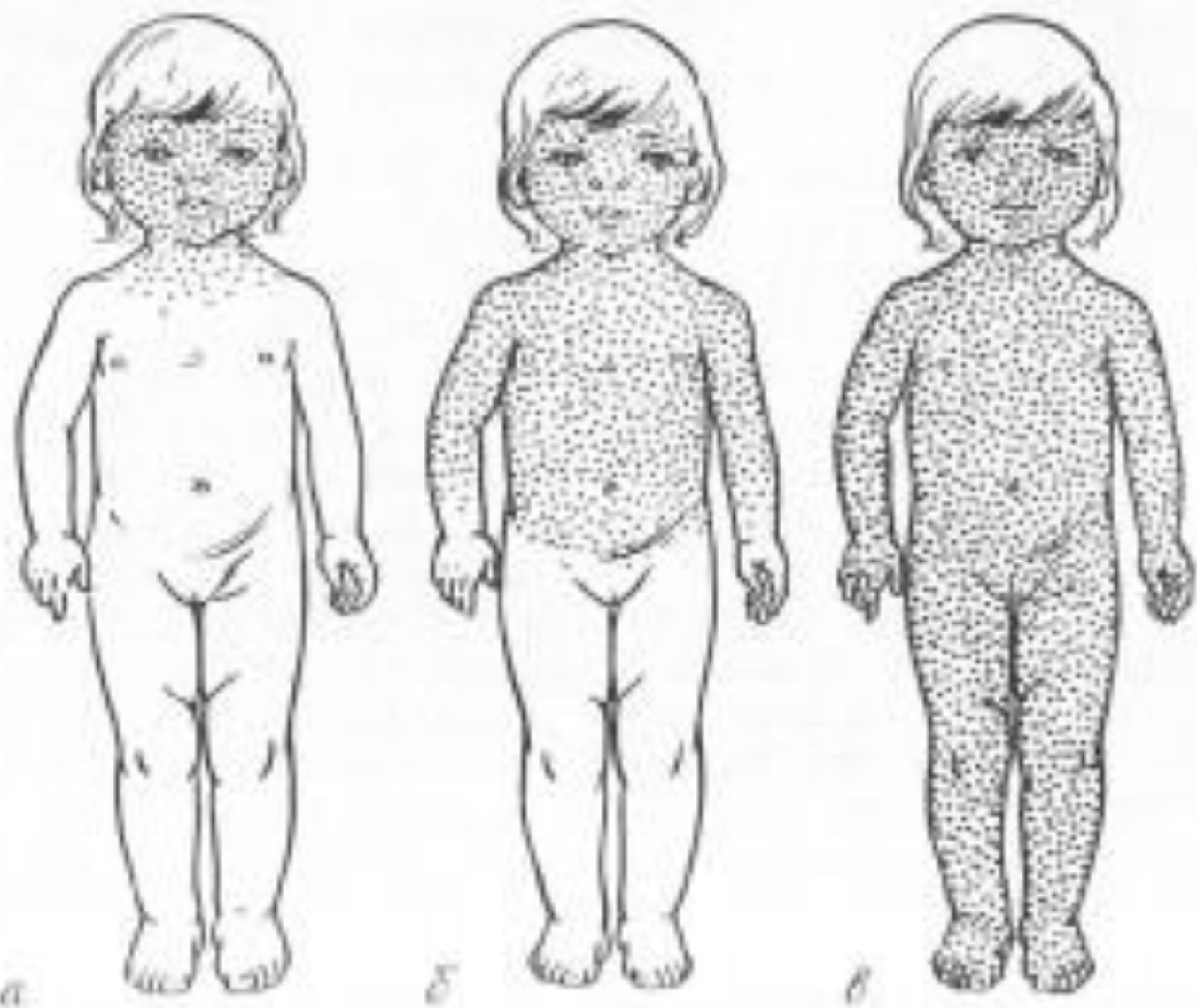






ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ

- Главной особенностью коревой экзантемы является этапность высыпания.
- Первые элементы появляются на лице и за ушами и в течение 1-го дня распространяются на шею и верхнюю часть груди
- На 2-й день сыпь возникает на туловище, бедрах и руках
- На 3-й день – на голенях и стопах, причем к этому времени коревые элементы на лице заметно бледнеют
- Высыпания могут сопровождаться несильным зудом.
- **Угасание сыпи происходит в том же порядке, что и ее появление:** сверху вниз в течение 3 дней. Элементы экзантемы теряют папулезный характер, приобретают вид бурых, а затем коричневатых пятен с мелким отрубевидным шелушением. Эта пигментация сохраняется до 1,5-3 нед.
- **Обязательные, самые яркие и наиболее ценные проявления кори** — Лихорадка, ринит, ларингит, конъюнктивит, пятна Бельского – Филатова – Коплика и экзантема . Но клиническая картина заболевания этим не исчерпывается.



Корь. Динамика высыпания.

а—1-й день высыпания; б—2-й день высыпания; в—3-й день высыпания.







ФОРМЫ КОРИ

- ◎ **Типичные формы кори** - которые могут иметь легкое, средней тяжести и тяжелое течение,
- ◎ **Атипичные формы** - среди атипичных наибольшее значение имеет митигированная корь, или корь у привитых.

МИТИГИРОВАННАЯ КОРЬ

- Встречается у лиц, получивших пассивную (введением иммуноглобулина в инкубационный период) или активную (коревой вакциной) профилактику
- Протекает легче типичной кори и отличается рядом особенностей:
- более продолжительным инкубационным периодом (21–26 дней)
- сокращенным до 1–2 дней продромальным (катаральным) периодом который протекает на фоне субфебрилитета или даже при нормальной температуре тела
- слабовыраженные симптомы ринита, ларингита и конъюнктивита
- частое отсутствие пятен БФК
- период высыпания также сокращен, этапность высыпаний обычно нарушена: сыпь либо появляется одновременно и сразу, либо в беспорядке, элементов обычно немного, а сами они мельче, бледнее и не склонны к слиянию.
- уверенность в диагностике митигированной кори дает серологическое обследование.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Пневмонии
 - Ларингиты (ларинготрахеобронхиты)
 - Стоматиты
- Энцефалит, менингит,
менингоэнцефалит - развиваются
чаще всего на 3–15-й день болезни,
иногда позже

ДИАГНОСТИКА

- Трудности клинической диагностики возникают у ранее привитых от кори больных, в таких случаях значение эпидемиологических данных многократно возрастает
- В особо трудных с диагностической точки зрения случаях используют серологический метод, чаще всего РПГА с использованием парных сывороток. Четырехкратное нарастание титра антител в РПГА позволяет подтвердить (ретроспективно) диагноз. Реже применяют РТГА и РН.

ЛЕЧЕНИЕ

- При неосложненном течении заболевания лечение больных проводят на дому - постельный режим, щадящая диета, обильное питье, поливитамиотерапия.
- Проводится уход за полостью рта (полоскание кипяченой водой или 2 % раствором натрия гидрокарбоната) и глазами (приглушенный световой режим, закапывание в глаза 20 % раствора сульфацил-натрия по 2–3 капли 3–4 раза в день).
- В связи с беспрецедентно выраженной способностью вируса кори подавлять иммунитет и факторы неспецифической резистентности организма при тяжелых и особенно осложненных формах кори требуется антибиотикотерапия (полусинтетические пенициллины широкого спектра действия, цефалоспорины, макролиды).
- При выраженной интоксикации проводят дезинтоксикационную терапию с использованием коллоидных и кристаллоидных растворов.
- Ослабленным больным вводят нормальный человеческий (противокоревой) иммуноглобулин (6–12 мл внутримышечно).

ПРОФИЛАКТИКА

- Больного изолируют с 7-го дня от начала клинических проявлений
- Все контактные дети, не больные корью, подлежат разобщению на 17 дней (если они с профилактической целью не получали иммуноглобулин) или на 21 день (если они получили пассивную профилактику иммуноглобулином)
- В помещении, где находится больной, текущую дезинфекцию не проводят, но обеспечивают систематическое проветривание и тщательную влажную уборку.
- Всем детям в возрасте 3–12 мес, бывшим в контакте с больным корью и не болевшим корью, в первые 5 дней после контакта вводят внутримышечно 3 мл нормального человеческого (противокорьевого) иммуноглобулина
- Дети в возрасте 12 мес и старше, не болевшие корью и контактировавшие с больными, подлежат активной иммунизации (вакцинации). Лишь при наличии противопоказаний к прививке им вводят иммуноглобулин внутримышечно, обычно в дозе 1,5 мл.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!