

«О кори, её симптомах и профилактике»

Подготовили:

Врач-терапевт - Ганчина А. А.

Врач-терапевт - Серебрякова Г. В.

Корь

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

Этиология

- ? **Возбудитель кори** – вирус, относящийся к роду Morbillivirus 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)

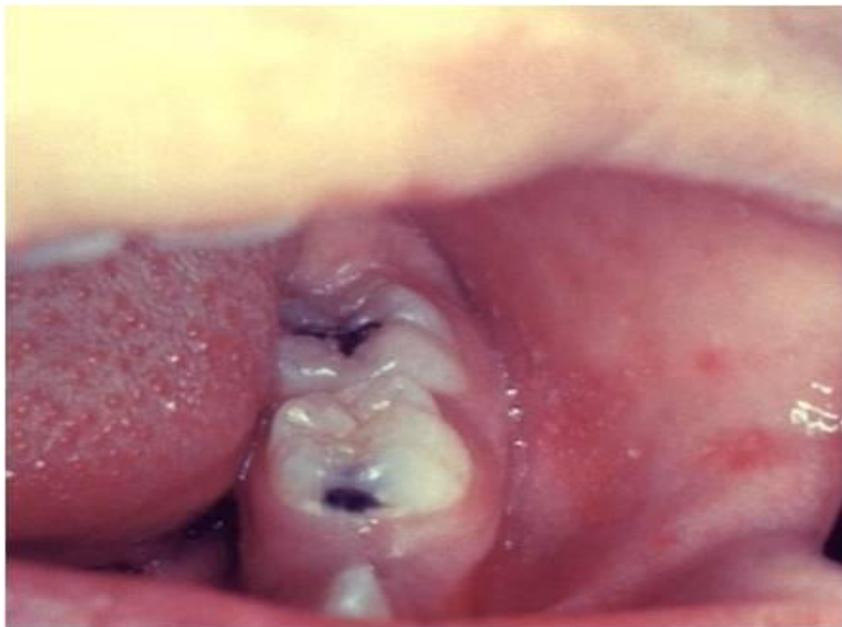
Продромальный (катаральный) период

- ? **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.

Пятна Бельского – Филатова – Коплика на слизистой щёк



Пятна Бельского – Филатова – Коплика на задней стенке глотки



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.

Экзантема на кожных покровах туловища, лица



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 (РПГА).

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 (реакция прямой гемагглютинации) с использованием парных сывороток. Четырехкратное нарастание титра антител в РПГА позволяет подтвердить (ретроспективно) диагноз.

Лечение

- ? Не осложненные формы кори лечатся в домашних условиях под обязательным наблюдением врача с соблюдением карантина. В тяжелых случаях и при осложнениях необходима госпитализация.
- ? Важно соблюдать постельный режим длительно до недели.
- ? Поскольку специфическое лечение заболевания отсутствует, врач назначает симптоматические средства, призванные облегчить состояние больного: жаропонижающие средства, полоскания, антигистаминные препараты, отхаркивающие и противокашлевые средства, сосудосуживающие препараты в нос, обильное щелочное питье в виде морсов и минеральных вод.
- ? Антибактериальные препараты назначаются только при присоединении вторичной бактериальной инфекции (пневмония, отит и т.д.).



Спасибо за внимание!

