

A close-up photograph of a baby's face, showing numerous small, red, raised spots (measles) scattered across the forehead, cheeks, and chin. The baby has light blue eyes and a neutral expression. The word "КОРЬ" is overlaid in large, red, 3D-style letters at the top center of the image.

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.

Корь - представляет собой острое инфекционное заболевание, характеризующееся в типичной манифестной форме совокупностью следующих клинических проявлений:

- с 4 и 5 дня поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи (в 1 день - лицо, шея; на 2 день- туловище; на 3 день - ноги, руки),
- температура 38°C и выше,
- кашель или насморк,
- конъюнктивит,
- общая интоксикация.

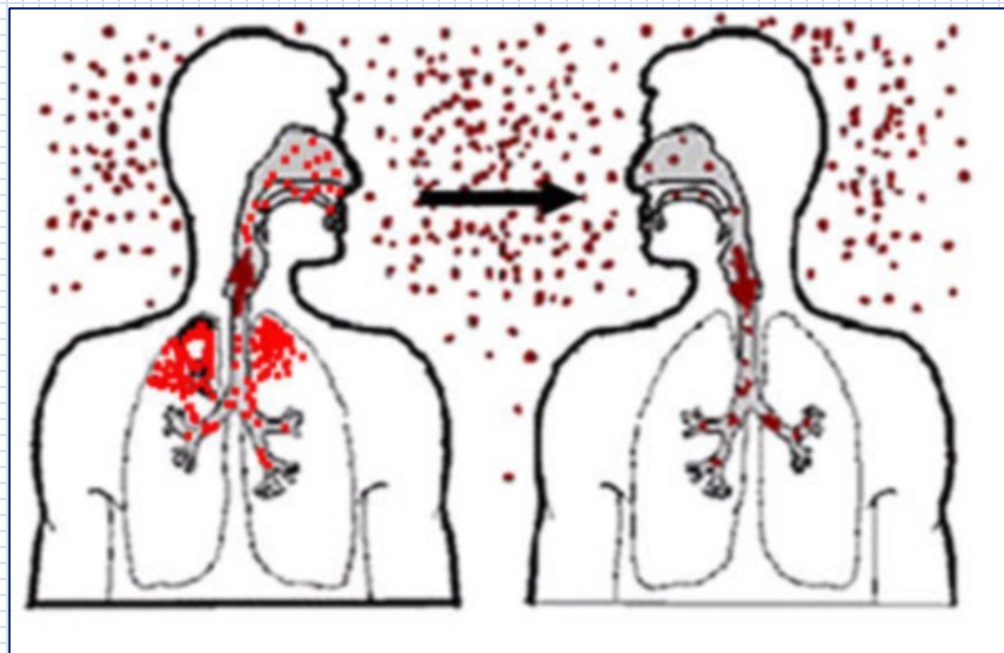
Этиология

- **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 $12\text{--}15^{\circ}\text{C}$ сохраняется в течение нескольких дней. Низкую температуру переносит хорошо: кровь больного, замороженная при -72°C , 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.

В течении коревой инфекции выделяют 4 периода:

- инкубационный
- продромальный (катаральный)
- высыпания
- реконвалесценции



Клинические проявления

Инкубационный период от 7 до 21 дня в среднем 9-11 дней

Вторая половина инкубационного периода

отечность век и гиперемия конъюнктив, субфебрилитет по вечерам, кашель, небольшой насморк

Начальный, продромальный период

Температура до 38—39°C, разбитость, общее недомогание, снижение аппетита, усиление насморка, грубый «лающий» кашель, гиперемия конъюнктив и пятна Бельского—Филатова—Коплика

На 4-5 день болезни появляется коревая экзантема

этапностью высыпания («сверху-вниз»), имеет папулезный характер и склонность к слиянию

Исход заболевания

Выздоровление с сохранением пигментации в течени 1-1,5 недель

Осложнение Смертельный исход

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)

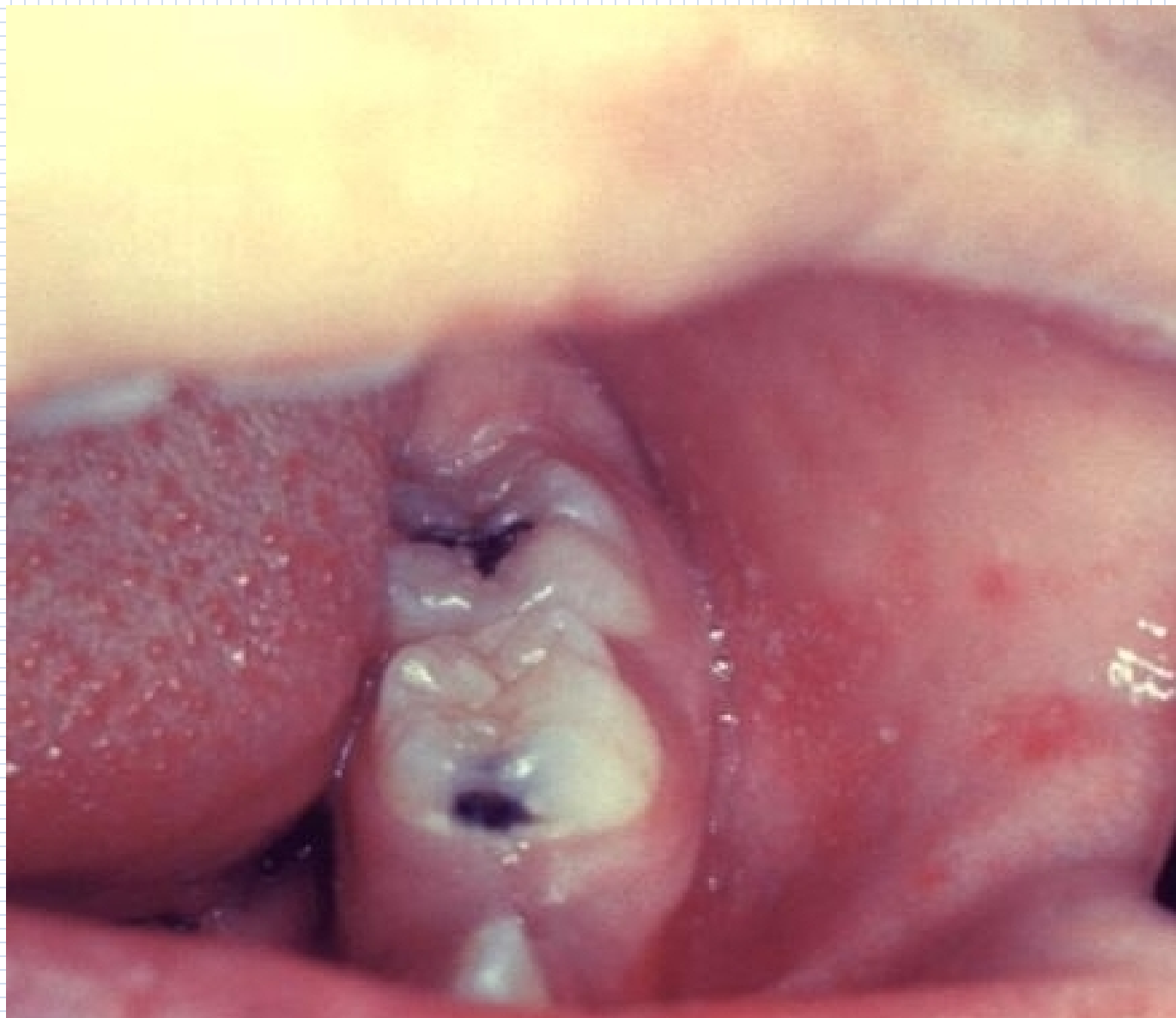
Продромальный (катаральный) период

- **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.

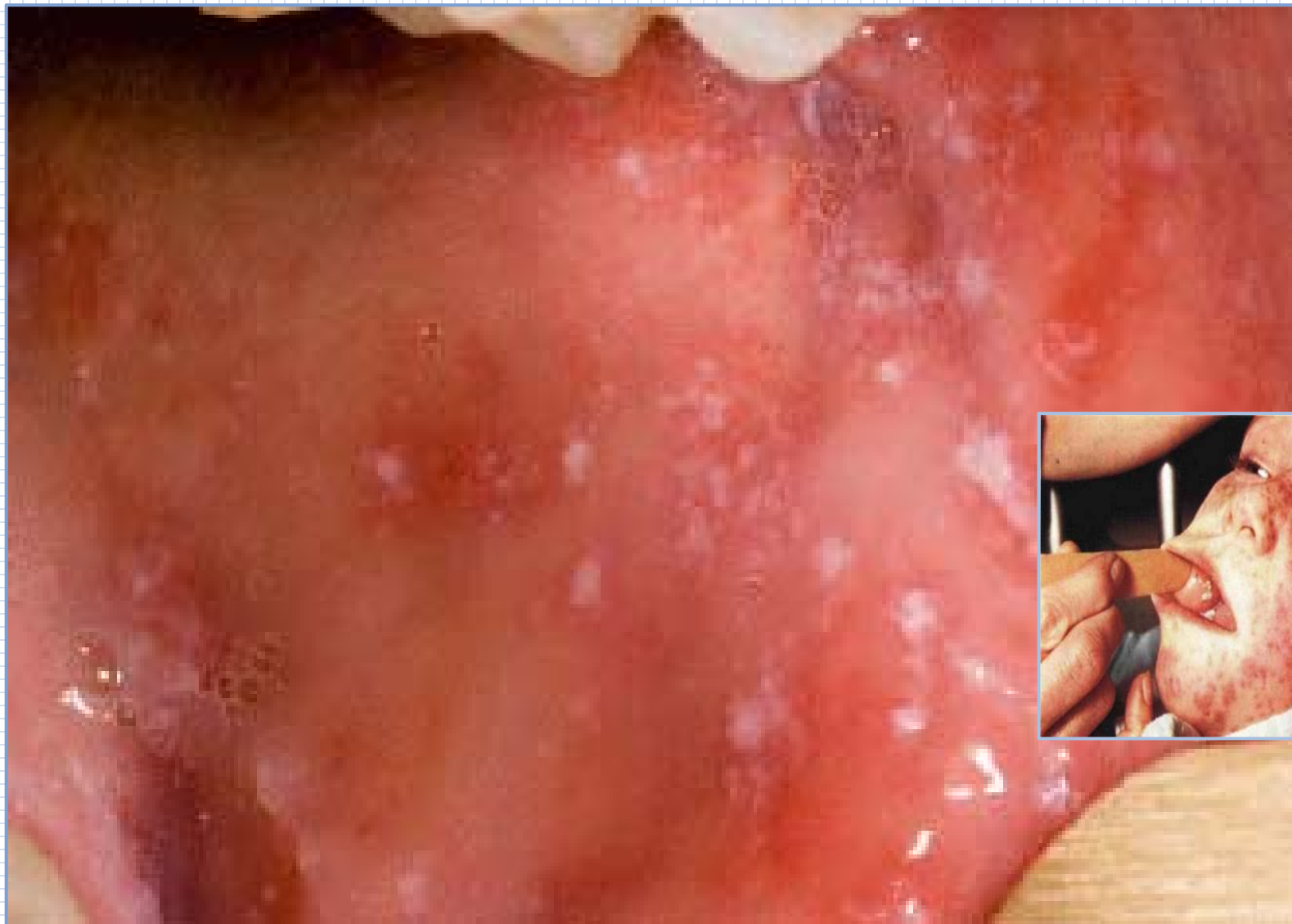
Пятна Бельского – Филатова – Коплика

- 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 отрубями
- 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



Пятна Бельского – Филатова – Коплика



Пятна Бельского – Филатова – Коплика



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.

- Свободная от сыпи кожа всегда нормальной окраски. Главной особенностью коревой экзантемы является этапность высыпания. Это настолько важный и постоянный признак, что его замечают сами больные и окружающие их лица. 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 недели





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.

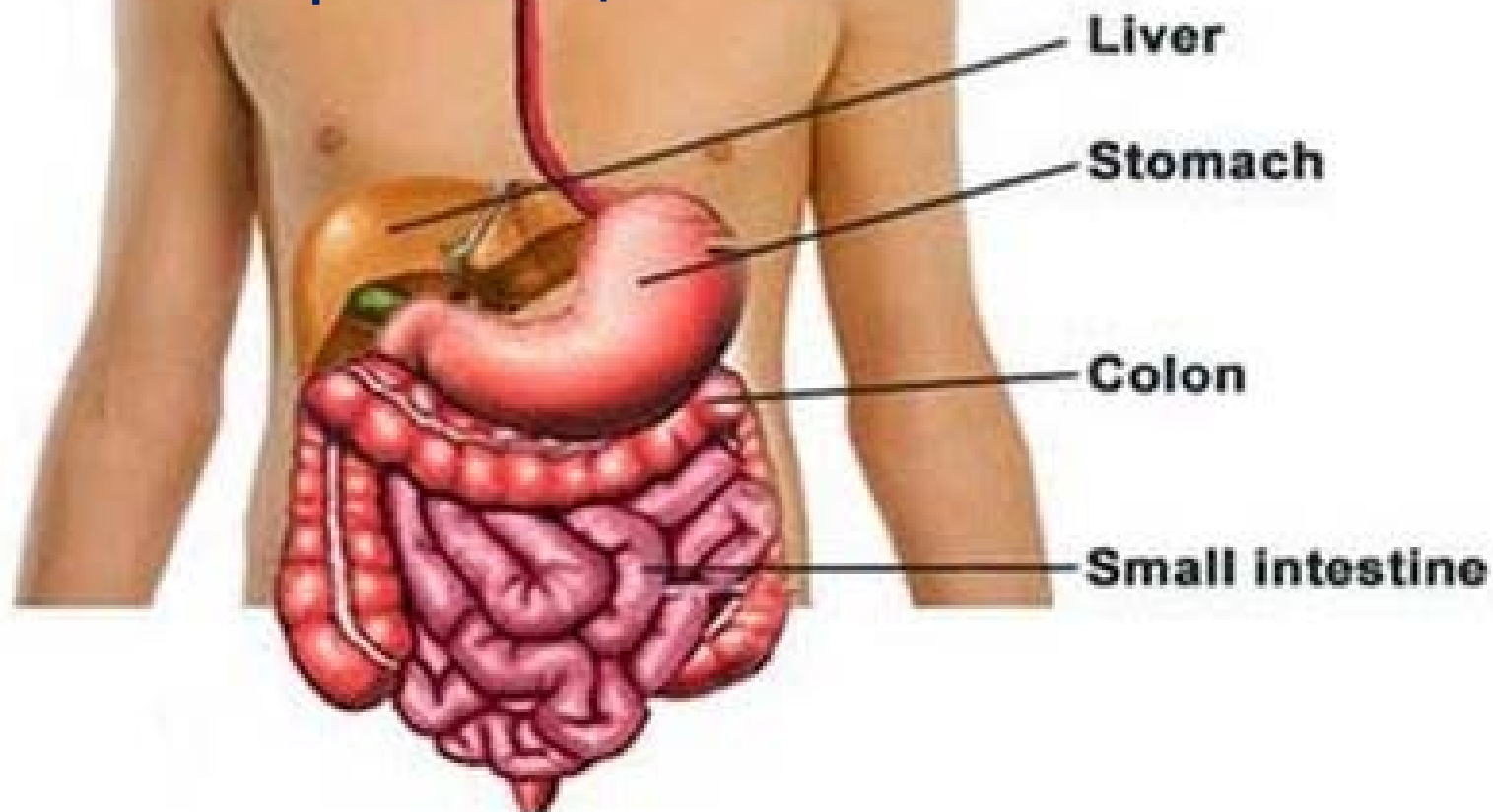
Осложнения

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



Наблюдается поражение сердечно-сосудистой системы: в первую неделю – тахикардия, приглушение тонов сердца без смещения его границ, небольшое повышение АД. Затем становятся более характерными брадикардия и дыхательная аритмия, смещение границ сердца за счет его расширения, тоны сердца остаются приглушенными, может появиться систолический шум на верхушке и в точке Боткина

Довольно закономерна симптоматика поражения желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, тошнота, иногда рвота и учащение стула. Язык у больных корью влажный, обложен белым налетом, слюноотделение усилено. Живот мягкий, иногда несколько вздут, у отдельных больных чувствителен и даже болезнен при пальпации.



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).

Особенности течения кори у взрослых

У большинства взрослых больных корь протекает тяжело, с выраженными симптомами интоксикации – высокой лихорадкой, анорексией, рвотой, головными болями, адинамией, нарушением сна, крайней раздражительностью и даже утратой ориентировки во времени и окружающей обстановке. При этом катаральные явления могут быть выражены слабее, чем у детей. Замечено также, что у взрослых пятна Бельского – Филатова – Коплика обычно многочисленны, шире распространяются по слизистым оболочкам.



Период высыпаний существенных особенностей не имеет, если не считать, что количество элементов у взрослых обычно больше, чем у детей, и они проявляют большую склонность к слиянию. У взрослых чаще встречается геморрагическая петехиальная сыпь наряду с типичными элементами. Все эти причины обуславливают более выраженное, чем у детей, отрубевидное шелушение элементов сыпи. У взрослых чаще развиваются осложнения – энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты. Изучается вопрос о возникновении некоторых пороков развития плода вследствие его инфицирования вирусом кори от заболевшей во время беременности матери. Одни авторы считают, что врожденная корь возможна, но пороков развития не вызывает; другие приводят данные о 85 % риске врожденных пороков при инфицировании 5—8-недельного зародыша и 50 % риске при инфицировании 9—12-недельного зародыша.

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 (противокоревого) 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.**

A young girl with long brown hair, wearing a white top, is holding a large, textured red heart in front of her. The background is a solid red color. The text "Спасибо за внимание" is overlaid on the heart.

Спасибо за внимание