КОРЬ

Лопушов Д.В.
Старший преподаватель кафедры эпидемиологии и дезинфектологии

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ПО ГЛОБАЛЬНОЙ ЛИКВИДАЦИИ КОРИ И КРАСНУХИ, 2011-2020 (ВОЗ,Бонн,2011)

Видение : Мир без кори, краснухи и СВК

Цели: к концу 2015г

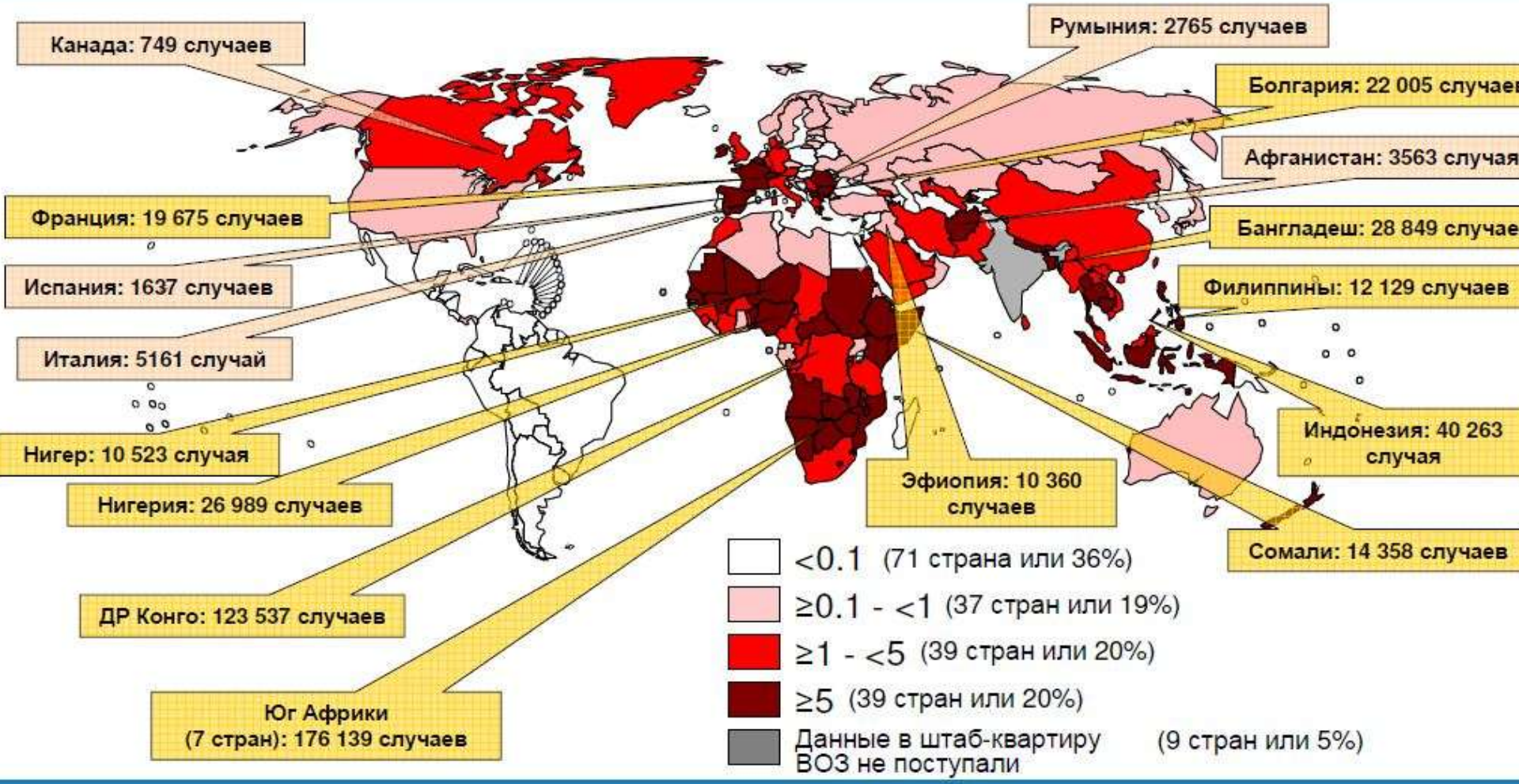
- Снижение глобальной смертности более чем на 95% по сравнению с уровнем 2000 г
- Достижение региональных целей по элиминации кори и краснухи/СВК

к концу 2020г

- Добиться ликвидации кори как минимум в 5 регионах ВОЗ

По-прежнему возникают крупные вспышки кори

Зарегистрированный показатель заболеваемости корью* и крупные вспышки, янв. 2010 г. – сент. 2011 г.



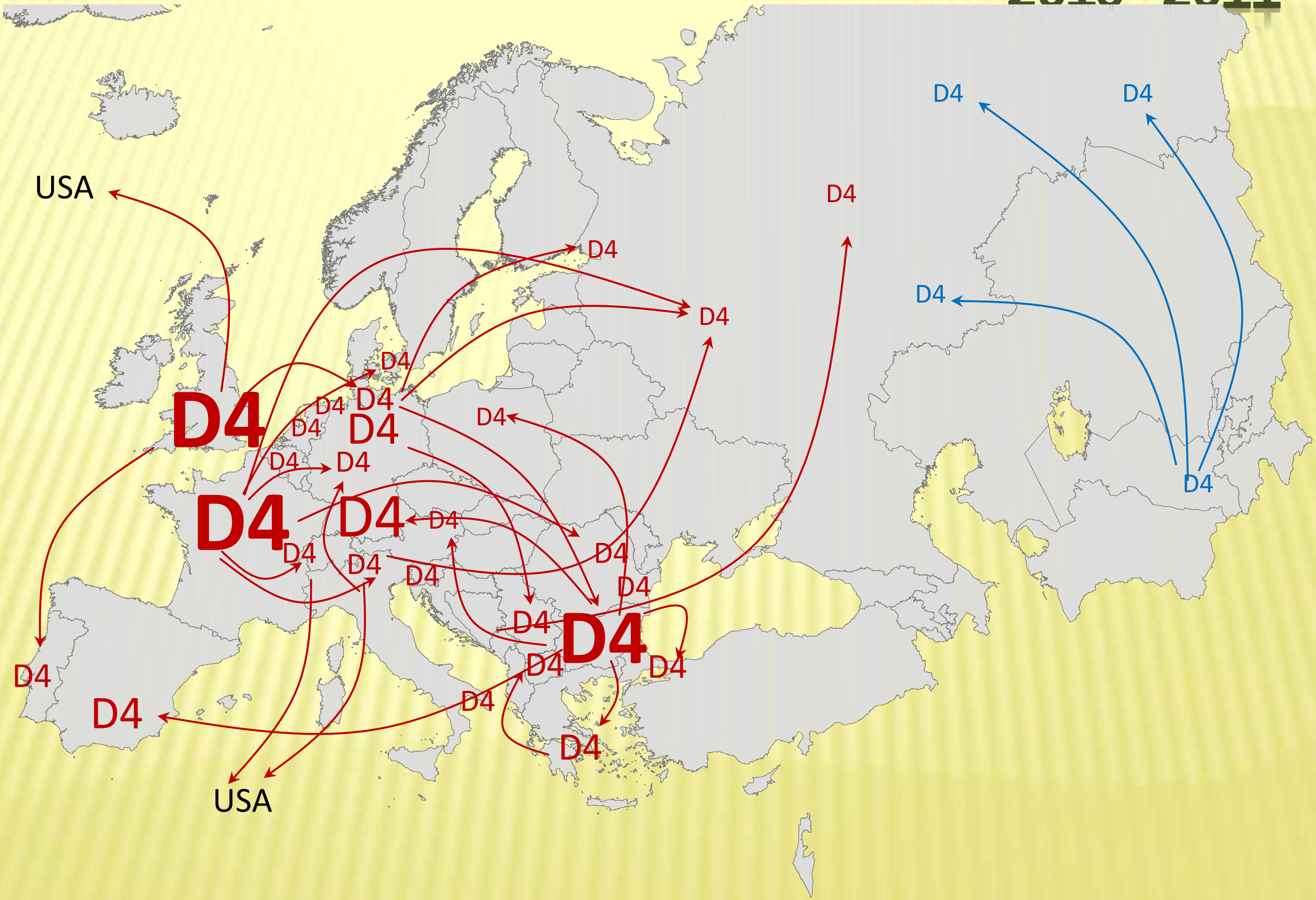
*Показатель на 100 тыс. населения

Источники данных: файл данных эпиднадзора DEF, отчеты от

Указанные границы и названия, равно как и обозначения на этой карте, ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще

World Health Organization

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION OF GENOTYPE D4, 2010 - 2011



Резюме – эпидемиологическая ситуация в Европейском регионе ВОЗ

- Большинство стран Европейского региона находятся на повышенной заболеваемости корью
- Вспышки кори в Европе и возвращение эндемических очагов на части территорий региона отмечены после заноса вируса кори в группы восприимчивых людей
- Сохраняющийся высокий риск циркуляции вируса кори за пределами Европы

Заболеваемость корью в России на 01.02. 201

- 721 случай кори в 27 регионах

  86% случаев – 9 территорий (Москва - 330, Московская обл. – 151, Дагестан – 99)

Группы риска в РФ

- Студенты
- Медицинские работники
- Работники образовательных учреждений
- Работники торговли
- Труднодоступные группы населения (цыгане, переселенцы, религиозные общины, трудовые мигранты)
- Отказ населения от вакцинации

Внутрибольничные очаги в РФ

- 2016г. – 8 очагов, заболело 12 сотрудников ЛПУ, из них 11 медработников
- 2017г. – 14 очагов (13 ЛПУ), заболело 15 медработников (предварительные данные)

СЛУЧАИ В/Б ИНФИЦИРОВАНИЯ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА

- ИКБ №1 – 1 сл. заноса кори (Р. Чечня) и 3 сл. внутрибольничного инфицирования среди детей первого года жизни;
- ИКБ №1 – 3 сл. внутрибольничного инфицирования детей первого года жизни, в т.ч. 1 сл. выявлен активно (источник не выявлен, эпид. расследование продолжается);
- ИНФД №12 – 2 сл. с подозрением на внутрибольничное инфицирование детей первого года жизни (проводится эпид. расследование);
- Тушинская ДГБ – 1 сл. заноса кори в неинфекционное отделение стационара.

ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРИ В СТАЦИОНАРАХ

- Отсутствие прививок против кори у госпитализируемых больных и лиц по уходу за ними;
- Несвоевременное выявление больных, несвоевременная изоляция, наличие пропущенных случаев кори;
- Переуплотнение стационаров и несоблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Обеспечить иммунизацию всех медицинских работников против кори;
- Осуществлять прием в стационар лиц, по уходу за больными только привитых от кори;
- При регистрации случаев кори мероприятия проводить по подъезду, а в стационарах не только по отделению, где регистрируются случаи, но, с учетом воздушно-капельного механизма передачи в вышерасположенных отделениях;
- Не пренебрегать данными эпид. анамнеза;
- Обеспечить госпитализацию больных с подозрением на корь в профильные стационары города.

СЛУЧАИ КОРИ В МОСКВЕ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

- Стоматолог, 29 лет – анамнез неизвестен (ЮАО);
- Мед. раб. в городской стоматологической поликлинике, 43 лет – не привита (САО);
- Фельдшер ССиНМП, 27 лет – ревакцинирован в 1990 году (СВАО);
- Медбрат в пансионате ветеранов труда, 30 лет – ревакцинирован в 2007 г. (СЗАО);
- Врач приемного отделения, 32 года – не привита, мед. отвод – аллергическая реакция (ВАО);
- Водитель на ССиНМП, 47 лет – анамнез неизвестен (СВАО);
- Врач ГП, 31 год – ревакцинирована в 2006 г. (СВАО);

Новые

СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита»

МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ КОРИ. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ

- Госпитализации по эпидемическим показаниям подлежат лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей и взрослых, лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в т.ч. коммунальных квартирах), при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения;
- Иммунизации по эпид. показаниям подлежат контактные не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори и привитые против кори однократно – без ограничения возраста;
- Иммунизация по эпид. Показаниям проводится в теч. первых 72 часов с момента выявления больного. При расширении границ очага (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней;
- Контактные из очага не привитые и не болевшие корью не допускаются к плановой госпитализации в мед. организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода мед. наблюдения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ИСТОЧНИК – БОЛЬНОЙ ЧЕЛОВЕК, могут болеть приматы
- До 6 мес. у детей – пассивный естественный иммунитет
- Путь передачи – воздушно-капельный
- Механизм передачи – аэрозольный
- Способен заразить с 10-11 дня после инфицирования
- Период заражения 8-10 дней (5 дней до высыпания + 5 дней после высыпания)
- Способствуют заражению катаральные явления (насморк, кашель)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Корь является эндемичной инфекцией.
- Определяющим фактором, обусловливающим распространение инфекции, является состояние коллективного иммунитета населения.
- Вспышки кори возникают при появлении прослойки восприимчивых детей.

Свойства вируса кори

- Возбудитель – РНК-содержащий вирус
  1 серотип, очень сложное выделение
- Малоустойчив в окружающей среде, чувствителен к УФО (погибает через несколько минут), к эфиру и дезинфектантам, при температуре 56° С инактивируется в течение 30 мин
- Быстро инактивируется при pH 2,0—4,0
- В слизи при температуре 12—15° С сохраняется до 15 дней, максимальное накопление вируса в организме на 8й день

Очень контагиозный вирус, возможны повторные заражения.

Возможность заражения
при длительности общения:

- 48 часов – 70% заболевших
- 72 часа – 80% заболевших

ПАТОГЕНЕЗ

- Входные ворота – верхние дыхательные пути и конъюнктива
- Первичная репликация вируса в эпителиальных клетках дыхательных путей и регионарных лимфоузлах
- Гематогенная диссеминация вируса
- Репликация и вторичное накопление вируса в клетках ретикулоэндотелиальной системы
- Вторая волна вирусемии (клинически соответствует началу болезни)
- Фиксация вируса эпителиальными клетками в.д.п., кожи, конъюнктивы, ротовой полости, кишечника

- Проникновение вируса в ЦНС → поражение нервных клеток
- Некроз эпителия дыхательных путей, иммуносупрессия → развитие бактериальных осложнений
- Интенсивная продукция интерферона, формирование клеточного и гуморального иммунитета
- Специфическая аллергическая перестройка организма вследствие деструкции иммуноцитов
- Анергия → обострение хронических заболеваний, исчезновение в/к реакций на введение диагностических аллергенов

Клиника

- Инкубационный период 9 – 17 дней (при введении иммуноглобулина до 28 дней)
- Периоды болезни
  - Катаральный (продромальный), 2-4 дня (до 5-6)
  - Экзантемы (высыпания), 3-5 дней
  - Пигментации (7-10дней)

Клиническая диагностика в катаральном периоде:

- наличие нарастающих катаральных явлений,
- коньюнктивита,
- частого сухого кашля,
- явлений интоксикации.
- выявление энантемы и пятен Коплика-Филатова на слизистой рта позволяет врачу поставить диагноз кори без сомнения

Первый день периода высыпания

- Одутловатое лицо,
- Коньюнктивит со светобоязнью и слезотечением,
- Навязчивый сухой кашель, ринит.
- Лихорадка достигает высоких цифр, самочувствие больного резко нарушено.
- На коже лица, за ушами, на шее - крупная пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь. Отдельные пятнистые или папулезные элементы могут быть на коже верхней части туловища и рук.
- На слизистой щек - пятна Коплика-Филатова, энантема мягкого и твердого неба.

Сыпь: первый день

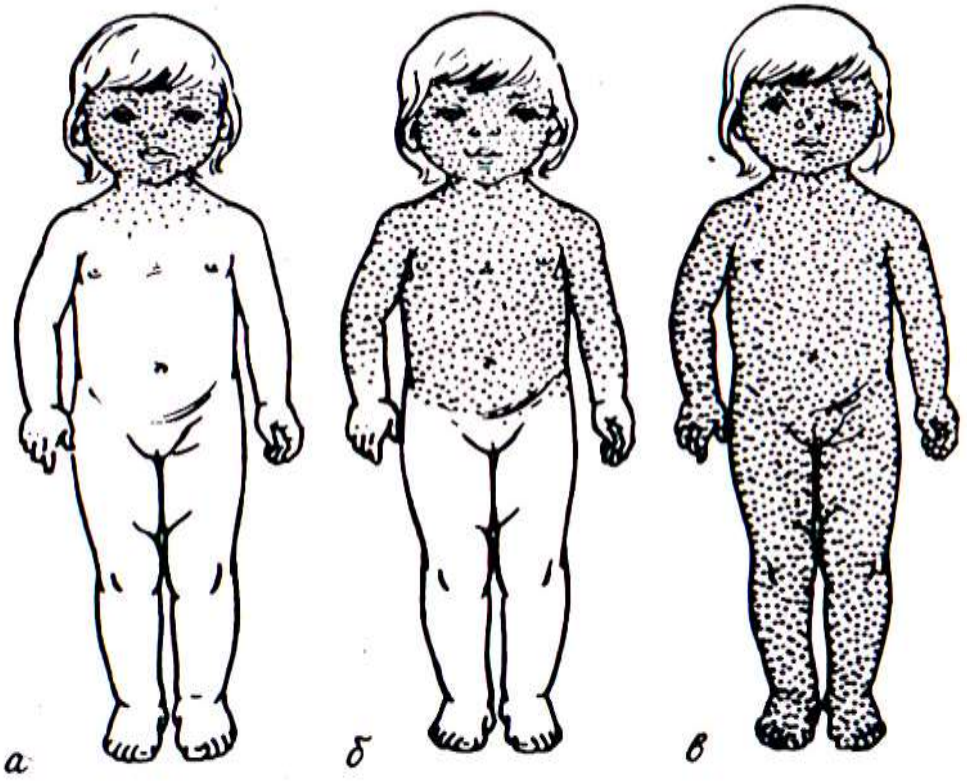
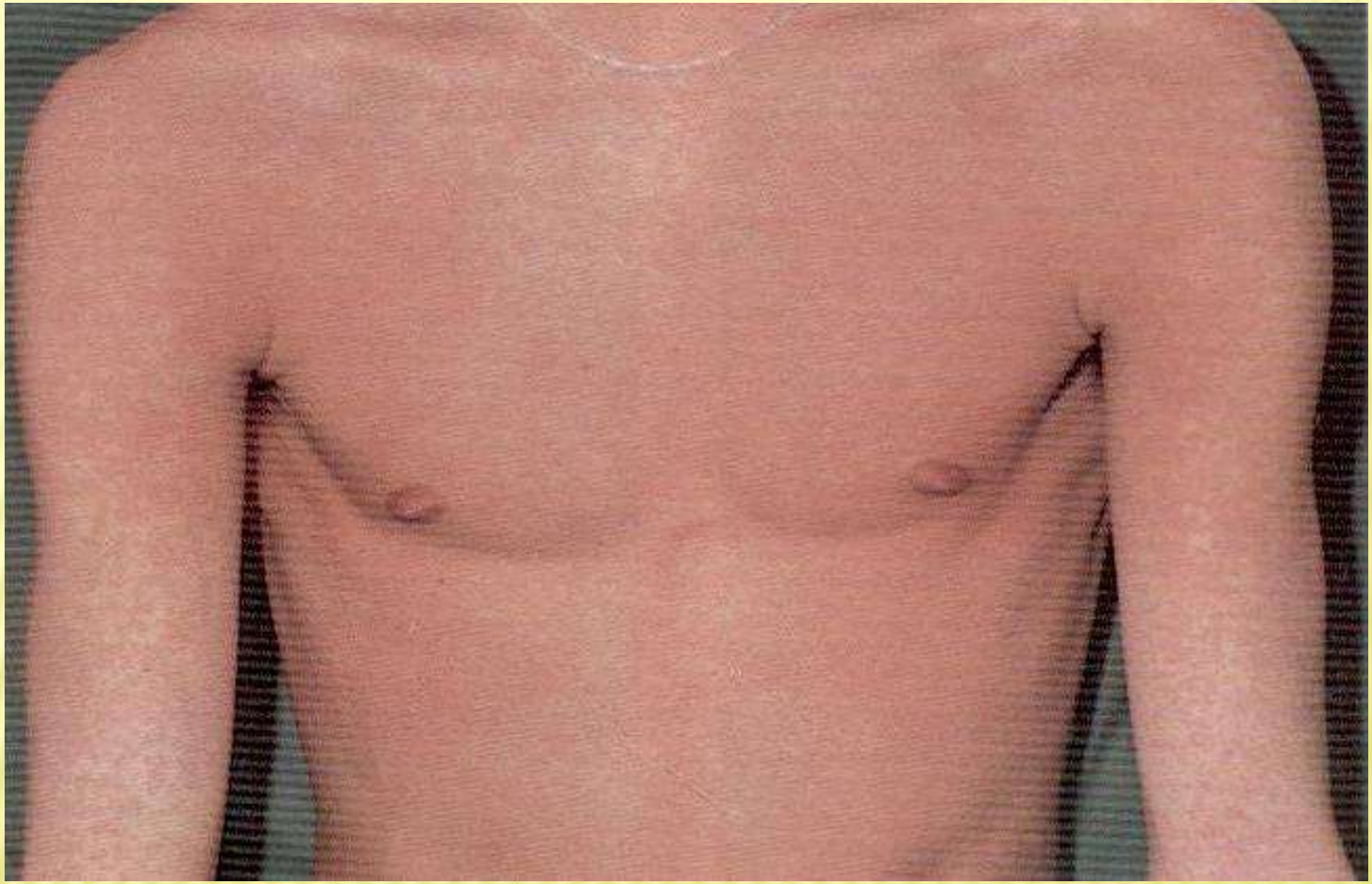


Рис. 19. Корь. Динамика высыпания.

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

Второй день периода высыпания

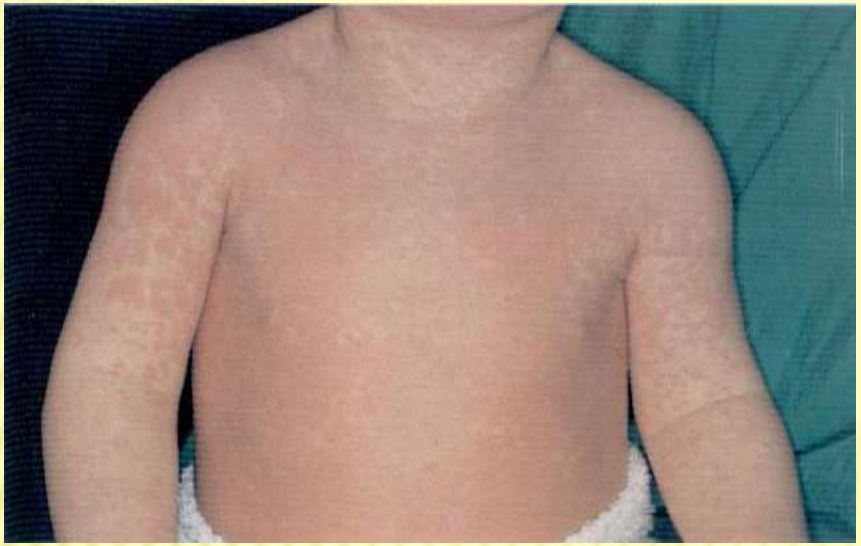
- Выраженная интоксикация, температура достигает максимума.
- Ярко выражен катаральный синдром, коньюнктивит.
- Кашель частый сухой, нередко грубый, "лающий", сопровождающийся осиплостью голоса.
- На коже лица, туловища и рук яркая пятнисто-папулезная сливная сыпь, редкие элементы сыпи могут быть на коже бедер.
- На слизистой щек сохраняются пятна Коплика-Филатова или их остатки в виде гиперемии, пестроты, шероховатости слизистой.



Сыпь: второй день

Сыпь: второй день

Сыпь: третий день



Сыпь на бедре

Характеристика сыпи при кори

Полиморфная пятнисто-папулезная, ярко-розового цвета, не зудящая с тенденцией к слиянию. Иногда на коже образуется сплошная эритема. Кожа между элементами сыпи не изменена

Корь. Геморрагическая сыпь на спине. Начало пигментации.

Осложнения кори

- Ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, отит, пневмония (в т. числе тяжелая интерстициальная гигантоклеточная у лиц с иммунодефицитами)
- Кератит
- Энцефалит менингоэнцефалит

Во время 1-ой мировой войны

во французской армии заболели

корью свыше 76 тыс. солдат и

умерли 1470 человек – больше чем

от скарлатины

и дифтерии

Стандартное определение случая заболевания корью (СП 3.1.2.1176-02)

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°С и выше, кашель или насморк, конъюнктивит, общая интоксикация**

Атипичные формы кори

- Абортивная; стертая; бессимптомная?

Митигированная (лат. Mitigatus - облегченная)

✓Инкубационный период до 21 дня
✓Температура нормальная или субфебрильная
✓Интоксикация незначительная
✓Катаральный синдром со стороны в.д.п. выражен слабо
✓Пятен Филатова-Коплика нет
✓Экзантема в виде мелких бледных единичных элементов, без этапности
✓Осложнений нет

Заболевания, сопровождающиеся пятнисто-папулезной сыпью

- Корь
- Краснуха
- Инфекционная эритема (пятая болезнь)
- Внезапная экзантема (шестая болезнь)
- Энтеровирусные инфекции
- Псевдотуберкулез
- Менингококкемия
- Аллергические сыпи
- Инфекционный мононуклеоз
- Вторичный сифилис
- ВИЧ-инфекция

Особенности краснухи у подростков и взрослых

- Более тяжелое течение
- Более выраженный продромальный период
- Обильная, папулезно-петехиальная, сливная сыпь
- Более выраженная лихорадка
- Большое число осложнений
- Артралгии и артриты (чаще у девушек и женщин)
- Поражение нервной системы

Лабораторная диагностика краснухи

РТГА, ИФА, РСК, латекс-агглютинация, ПЦР

Первичная инфекция

IgM – антитела выявляются на 2-5 сутки болезни, сохраняются 1-2 мес

IgG – антитела выявляются на 2-3 дня позже, максимальный уровень через 1 мес, персистируют всю жизнь

Псевдотуберкулез

Сходство

- У ряда больных может отмечаться пятнисто-папулезная сыпь
- Высокая температура
- Симптомы интоксикации
- Могут быть катаральные явления в виде гиперемии ротоглотки, конъюнктивит

Отличия:

- Нет этапности высыпания
- Отсутствует кашель
- Сыпь исчезает без пигментации, что сопровождается отрубевидным шелушением на туловище и пластинчатым – ладоней и стоп
- Характерны :
- Боли в животе
- Гепатолиенальный синдром
- «Малиновый» язык
- С-м «перчаток» и «капюшона»
- Белый дермографизм

Менингококкцемия

Сходство:

- Острое начало заболевания
- Поражение верхних дыхательных путей (назофарингит)
- В первые часы заболевания может наблюдаться яркая пятнисто-папулезная сыпь
- Высокая температура
- Выраженная интоксикация

Отличия:

- Нет кашля и конъюнктивита
- Отсутствуют изменения в полости рта
- Нет этапности высыпания
- Сыпь полиморфная: пятнистая, , геморрагическая, «звездчатая»

Сыпь на ампициллин при инфекционном мононуклеозе

Аллергические сыпи

Сходство:

- По характеру может быть пятнисто-папулезной, сливной
- В зависимости от основного заболевания могут наблюдаться катаральные явления, в том числе кашель и конъюнктивит, высокая температура, симптомы интоксикации

Отличия:

- Нет этапности высыпания
- Могут быть аннулярные и уртикарные элементы сыпи
- Часто отмечается зуд
- Исчезает без пигментации
- Изменения слизистой полости рта встречаются редко

Инфекционная эритема (пятая болезнь)

Сходство:

- Яркая сливная пятнисто-папулезная сыпь

Отличия:

- Отсутствует катаральный период
- Температура нормальная или субфебрильная
- Катаральные симптомы слабые или отсутствуют
- Нет кашля
- Нет интоксикации
- Яркая эритема щек в виде румянца, «пощечины» или «бабочки»
- Обратная динамика сыпи: бледнеет с центра каждого элемента принимая вид «кружева» или «паутины», часто с цианотичным оттенком
- Бывает волнообразное течение
- Может быть зуд

Инфекционная эритема, эритема лица

Внезапная экзантема

(шестая болезнь, exanthema subitum, roseola infantum)

Сходство:

- Пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь
- Повышение температуры до 38,0-38,5°

Отличия:

- Нет катаральных проявлений
- Сыпь появляется на фоне снижения температуры до нормальных цифр
- Нет этапности высыпания
- Сыпь мелкая, несливная
- Отсутствие интоксикации
- Исчезновение сыпи через 1-2 дня без пигментации

Энтеровирусные экзантемы

Сходство:

- Пятнисто-папулезная сыпь
- Высокая температура
- Симптомы интоксикации

Отличия:

- Сыпь обычно появляется одновременно со снижением температуры
- **Нет этапности высыпания и пигментации**
- Могут наблюдаться боли в животе, рвота, диарея, мышечные боли

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !