



КОРЬ



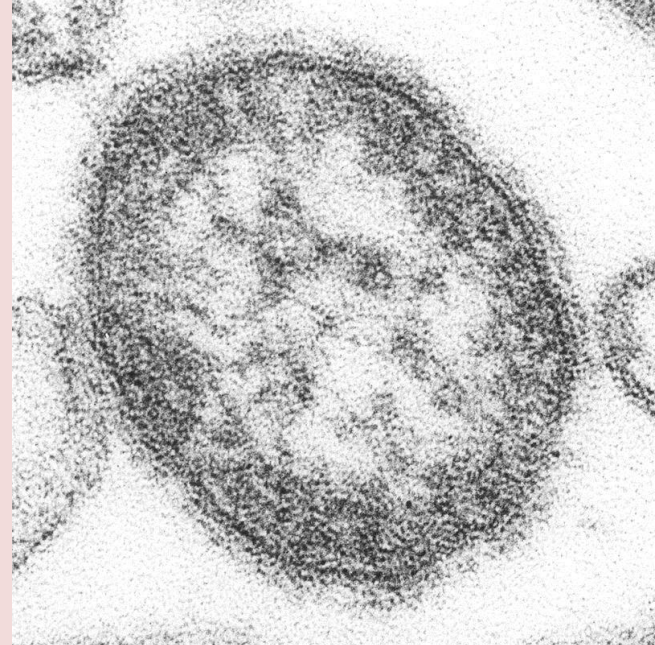


- **Корь** – острое высоко контагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной экзантемы с переходом в пигментацию

- Корь является крайне заразной тяжелой болезнью. В 1980 году, до вакцинации, смертность от кори - 2,6 миллиона случаев.
- Корь остается одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире.
- Глобальная смертность от кори снизилась на 75% — с 544 200 случаев смерти в 2000 году до 145 700 случаев в 2013 году.
- Корь все еще широко распространена во многих развивающихся странах — особенно, в некоторых частях Африки и Азии. Ежегодно более 20 миллионов человек заболевает корью.
- Самые смертоносные вспышки кори происходят в странах, переживающих стихийные бедствия и конфликты или возвращающихся к нормальной жизни после таких событий.
- В России заболеваемость корью на 2015 год составляет 3,2 случая на 100 000 человек.



Этиология



- Возбудителем является вирус кори (*Polynosa morbillarum*), который относится к семейству Paramyxoviridae, роду Morbillivirus.
- Вирусные частицы сферической формы в диаметре 120-250 нм, РНК-содержащий вирус окружен спиральным белковым капсидом и внешней липидно-белковой оболочкой.
- Вирус кори нестоек к воздействию физических, химических факторов, сохраняются во внешней среде не более 30 мин., чувствителен к солнечному свету и ультрафиолетовому облучению, инактивируется эфиром, формалином. В каплях слюны погибает через 30 мин, при высыхании – мгновенно. Характерно распространение на значительные расстояния с потоком воздуха. При низких температурах сохраняется несколько недель, при -70 С сохраняет активность в течение 5 лет.
- Вирус кори можно выделить из крови, носоглоточных смывов, кала, мочи, цереброспинальной жидкости, отделяемого конъюнктив.

Эпидемиология

- **Источником кори является только больной человек, в том числе больные abortивной и митигированной корью. Лица с вакцинальной реакцией для окружающих не опасны.**
- **Механизм передачи – капельный. Путь передачи – воздушно-капельный.**
- **Восприимчивость к кори всеобщая, наиболее высока в детском возрасте от 1 года до 5 лет, в период элиминации кори болеют преимущественно подростки и взрослые. Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности. Индекс контагиозности составляет 100%. Корью болеет только человек.**
- **Характерна зимнее-весенняя сезонность заболевания.**
- **После перенесенного заболевания иммунитет стойкий, пожизненный. Временная естественная защищенность от кори имеется только у детей первых 3 мес. жизни вследствие наличия у них иммунитета, полученного от матери.**

Клиническая классификация кори:

- **По типу:** Типичная;
Атипичная:
Митигированная;
Абортивная;
Стертая;
Бессимптомная.
- **По тяжести:** Легкой степени тяжести;
Средней степени тяжести;
Тяжелой степени тяжести.
- **По течению:** Гладкое;
Негладкое:
с осложнениями;
с наслоением вторичной инфекции;
с обострением хронических заболеваний.

Кодирование по МКБ-10

B05 - Корь;

B05.0 - Корь, осложненная энцефалитом (G05.1);

B05.1 - Корь, осложненная менингитом (G02.0);

B05.2 - Корь, осложненная пневмонией (J17.1);

B05.3 - Корь, осложненная средним отитом (H67.1);

B05.4 - Корь с кишечными осложнениями;

B05.8 - Корь с другими осложнениями;

B05.9 - Корь без осложнений.

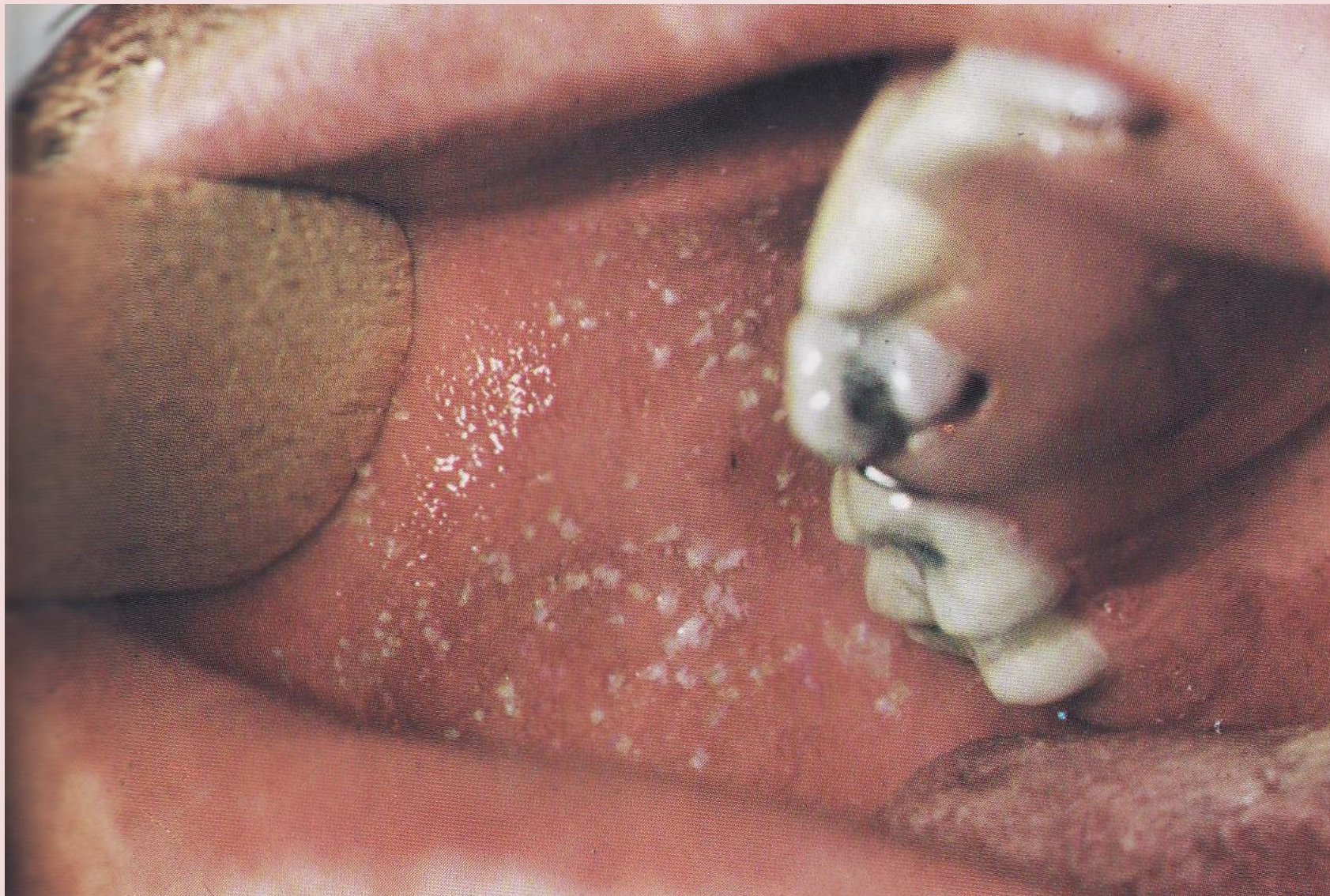
Клиническая картина

- **Инкубационный период:** от 9 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму – 21 день, в некоторых случаях до 28 дней.
- **Катаральный период:** продолжительность 3-4 дня. Для него характерно постепенное нарастание интоксикационного синдрома, катаральные проявления, развитие конъюнктивита.
- **Период высыпаний:** развивается с 4-5 дня болезни и продолжается 3-4 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов.
- **Период пигментации:** продолжительность 7-14 дней.

Синдромы кори

- **Интоксикационный синдром.** Повышение температуры 38-39 С и более развивается в катаральный период. На 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр, в то время как катаральные явления нарастают. Интоксикационный с-м максимально выражен в первые 2 дня периода высыпаний.
- **Синдром поражение респираторного тракта (катаральный синдром):** обильные выделения слизистого характера из носа, в динамике – слизисто-гнойного. Ярко гиперемирована, разрыхлена, пятнистая слизистая оболочка щек. Сухой кашель. Осиплый голос.
- За 1-2 дня до экзантемы появляется патогномоничный симптом кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика – обычно на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен. Сохраняются 2-3 дня, иногда можно их обнаружить до 1-2 дня высыпаний.
- Катаральные проявления ослабевают к 7-9 дню болезни в период пигментации.

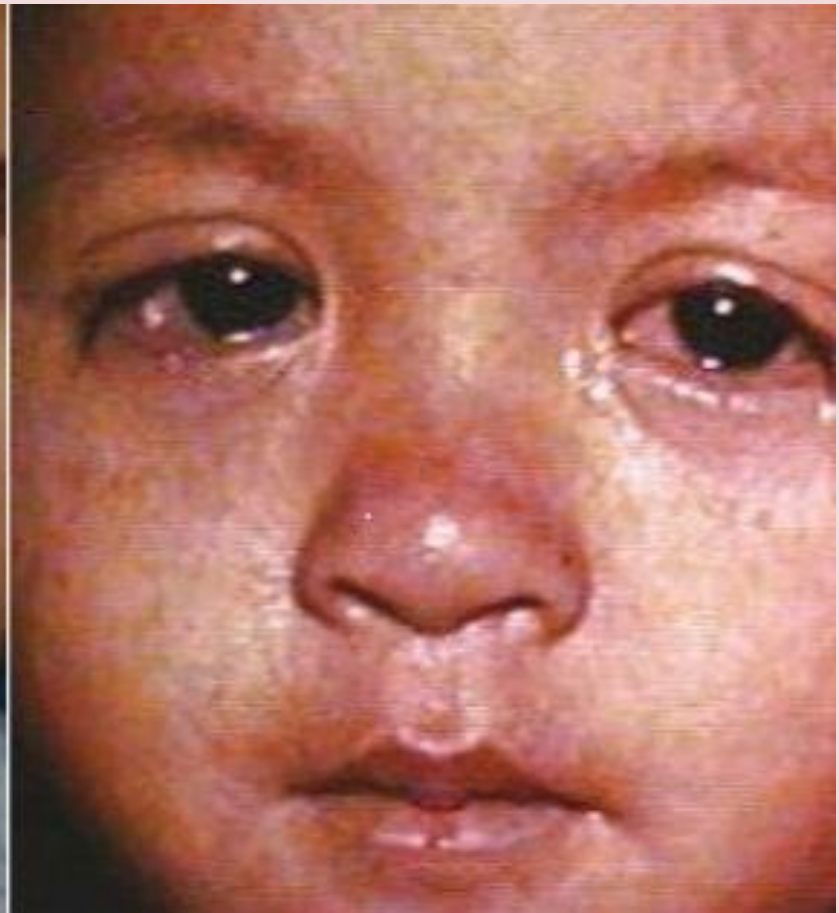
Пятна Бельского-Филатова-Коплика





Синдром поражение глаз:

характерен конъюнктивит, при котором выделения постепенно приобретают гнойный характер. Веки отечны. Светобоязнь. Склерит.



Синдром экзантемы

- характерна этапность высыпаний.
- Сыпь папулезная склонная к слиянию, располагается на наружной и внутренней поверхности конечностей на неизменном фоне кожи.
- Характерна одутловатость лица, отечность век и носа, сухие губы, в трещинах, «красные» глаза.
- Пигментация появляется с 3 дня периода высыпаний и происходит поэтапно, в том же порядке, как и появление сыпи. Пигментация иногда заканчивается отрубевидным шелушением.



Сыпь



К атипичным формам кори относят

- митигированную,
- abortивную,
- стертую,
- бессимптомную.



Атипичная форма кори



Типичная форма кори

Осложнения при кори

- Различают собственно коревые осложнения, обусловленные вирусом кори (первичные, специфические), и неспецифические (вторичные), вызванные иными возбудителями.
- По срокам развития осложнения подразделяются на ранние, развивающиеся в катаральный период и период высыпаний, и поздние, развивающиеся в период пигментации.
- Осложнения различают со стороны органов дыхания (пневмония, ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, плеврит), пищеварительной системы (стоматит, энтерит, колит), нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит, менингит, миелит), органов зрения (конъюнктивит, блефарит, кератит, кератоконъюнктивит), органов слуха (отит, мастоидит), мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит), кожи (пиодермия, абсцесс, флегмона).

Диагностика

Для кори характерны:

- инкубационный период от 9 до 17 дней (до 21 дня при введении иммуноглобулина, плазмы, крови),
- острое начало болезни,
- выраженная интоксикация,
- развитие катарального синдрома с 2-3 дня болезни, конъюнктивит, склерит,
- пятнистая энантема и пятна Бельского-Филатова-Коплика,
- экзантема с 4-5 дня болезни, имеющая этапность высыпаний с последующей этапной пигментацией .



Лабораторная диагностика

- ОАК с лейкоформулой (*В анализе крови выявляется лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена*).
- Обнаружение в материалах из носоглоточных смывов, моче, крови, ликворе РНК вируса кори с использованием ПЦР.
- Серологические методы диагностики (ИФА) (*IgM, IgG*)



Инструментальная диагностика

- рентгенограмма ОГК, придаточных пазух носа, КТ органов грудной клетки.
- ЭКГ
- ЭхоКГ
- ЭЭГ.
- Нейросонография
- МРТ головного мозга

Лечение



- Организационные мероприятия
- Этиотропная терапия
- Симптоматическая терапия
- противокашлевые, муколитические и отхаркивающие препараты при развитии ларинготрахеита, бронхита, пневмонии.
- антиконгестанты при развитии ринита.
- НПВС, спазмолитики при повышении температуры
- Патогенетическая терапия

Профилактика и диспансерное наблюдение

- Диспансерное наблюдение при кори осуществляется педиатром. Частота осмотров, объем обследования зависят от перенесенного осложнения и осуществляется участковым врачом педиатром 2-3 раза в течение 3 мес., при коревом энцефалите до 2 лет.

