



# КОРЬ

Приготовил: Мамедов М.

Группа: 409 ОМ

Приняла:

острое вирусное заболевание,  
характеризующееся:

- общей интоксикацией,
- лихорадкой,
- катаральным воспалением слизистой оболочки верхних дыхательных путей,
- а также пятнисто - папуллёзной сыпью на коже.

# ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель кори был выделен в 1954 году Д.Эндерсом и Т.Пиблесом.

Относится к РНК-содержащим вирусам семейства **Paramyxoviridae** рода **Morbillivirus**

Диаметр вириона 150-250 нм  
геном вируса – однонитевая  
нефрагментированная минус-РНК.

*Имеются следующие основные белки –*

- белки нуклеокапсида **NP**, **P**, **L** ( белки полимеразного комплекса, содержащего транскриптазу),



- М - матриксный
- и два гликозилированных белка, входящих в состав суперкапсида - Н (гемагглютинин)
- и F (белок слияния, гемолизин).

Вирус кори обладает

*гемагглютинирующей,*  
*гемолитической и*  
*симпластообразующей* активностью.

Нейраминидаза отсутствует. Имеет общие антигены с вирусом чумы собак и крупного рогатого скота.

# КУЛЬТИВИРОВАНИЕ

- Вирус кори культивируют на первично-трипсинизированных культурах клуток почек обезьян и эмбрионов человека, перевиваемых культурах клеток HeLa, Vero. Вирус размножаясь, вызывает характерный цитопатический эффект - образование гигантских многоядерных клеток (симпластов) и зернистых включений в ядре и цитоплазме (синцитев).

Белок F вызывает слияние клеток, кроме того, вирус оказывает мутагенное действие на хромосомы клеток. Лабораторные животные к вирусу кори маловосприимчивы, только у обезьян вирус вызывает болезнь с характерными клиническими проявлениями

# Резистентность

- ✓ В окружающей среде вирус кори нестоек.
- ✓ При комнатной температуре инактивируется через 3-4 часа.
- ✓ Снижает свою активность при 37С, в кислой среде.
- ✓ При 56С погибает через 30 мин.
- ✓ Легко разрушается жирорастворителями, детергентами,
- ✓ Чувствителен к солнечному свету и УФ-лучаам.
- ✓ Устойчив к низким температурам (-70с)

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Корь - антропонозная инфекция,  
распространена повсеместно.

Восприимчивость человека высока. Болеют люди разного возраста, но чаще дети 4-5 лет.

Источник - больной человек.

Основной путь инфицирования - воздушно-капельный, реже контактный.

Больной заразен для окружающих с конца продромального периода и до 4-5ого дня после появления сыпи.



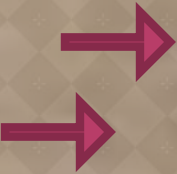
# ПАТОГЕНЕЗ

1. Возбудитель проникает через слизистые оболочки верхних дыхательных путей и глаз,
2. размножается в эпителиальных клетках;
3. попадает в подслизистую оболочку, лимфатические узлы.

После репродукции вирус поступает в кровь (вирусемия)

и поражает эндотелий кровеносных капилляров, обуславливая появление сыпи.

Развиваются отёк и некротические изменения тканей.





# КЛИНИКА

- Инкубационный период составляет около 10 дней.
- В продромальном периоде - явления ОРЗ (ринит, фарингит, конъюнктивит), температура 38-39С



- Дифференциально-диагностическое значение имеет появление пятен Коплика-Филатова, которые появляются за сутки до сыпи и представляют собой мелкие беловатые пятна, окруженные красным ореолом.
- Затем на слизистой оболочке и коже появляются пятнисто-папулезная сыпь, распространяющаяся сверху вниз: сначала на лице, за ушами, затем на туловище и







## **Пятна Коплика – Филатова**

**(белесоватые, слегка выступающие пятна  
на слизистой оболочке)**

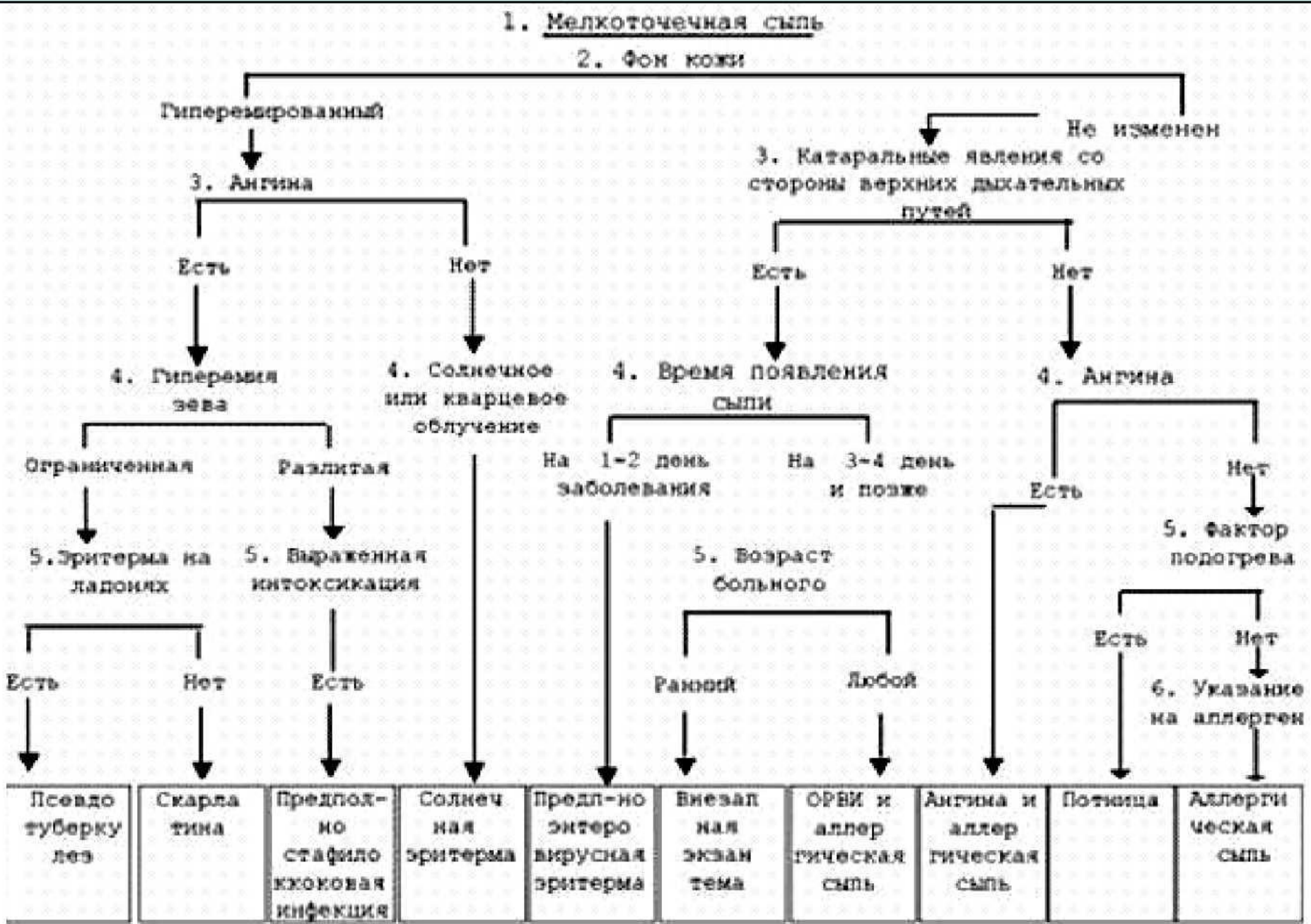


- Заболевание длится 9-10 дней, сыпь исчезает, не оставляет следов.
- Наиболее частое осложнение - пневмония, отит, круп. Редко - энцефалит, ПСПЭ.
- ПСПЭ (подострый склерозирующий панэнцефалит) - медленная прогрессирующая вирусная инфекция со смертельным исходом, в результате поражения нервной системы и гибелью нейронов и развитием двигательных и психических нарушений.

- Развивается в возрасте 2-30 лет и обусловлено персистенцией вируса в клетках нейроглии без образования полноценных вирионов (нарушается образование оболочки, изменяется белок F, отсутствует белок M).
- В крови и ликворе больных обнаруживаются высокие титры антител (1:16000), а в клетках мозга - вирусные нуклеокапсиды.
- Основную роль в развитии инфекции играет снижение клеточного иммунитета.



**Таблица. 5. Дифференциальная диагностика кори по характеру сыпи**



**Таблица 6. Основные дифференциально-диагностические признаки легкой формы кори и краснухи**

Симптомы	Корь, легкая форма	Краснуха
Катаральный период	Есть продолжительность 3-4 дня	Отсутствует или не превышает 1-2 дней
Характер катарального синдрома	яркий или умеренный	слабый
Сухой кашель	есть	нет
Конъюнктивит	Есть сопровождается светобоязнью	выражен слабо или отсутствует
Увеличение затылочных лимфоузлов	отсутствует или выражено умеренно при пальпации	есть, может сопровождаться болезненностью при пальпации
Усиление катаральных явлений к 1-му дню сыпи	есть	нет
Температурная реакция (до 38,5 °С)	умеренно выраженная (37,0-38,0 °С)	слабая или отсутствует
Симптомы интоксикации	умеренно выражены	слабо выражены или отсутствуют
Этапность высыпания	в течение 3-х дней	в течение 1-2 дней или отсутствует
Характер сыпи	яркая, пятнисто-папулезная, сливная, могут быть геморрагические элементы	мономорфная, мелкая, пятнистая или пятнисто- папулезная, несливанная
Обратная динамика сыпи	с 3-4 дня сыпи поэтапный переход в пигментацию, отрубевидное шелушение	на 3-4 день сыпь исчезает бесследно
Изменения слизистой полости рта	энантема мягкого и твердого неба, пятна Коплика - Филатова, гиперемия и пестрота	энантема мягкого неба - редко
Диарейный синдром	есть	нет
Изменения в легких	могут быть	нет

# ИММУНИТЕТ

После перенесенного заболевания развивается стойкий, пожизненный иммунитет, обусловленный вируснейтрализующими антителами, Т-цитотоксическими лимфоцитами и клетками иммунной памяти.



# ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Методом быстрого диагностики является обнаружение специфического вирусного антигена в пораженных клетках с помощью РИФ.
- Для выделения вируса заражают исследуемым материалом (слизь из носоглотки, кровь в период до первых суток появления сыпи) культуры клеток. О размножении вируса судят по ЦПД и положительной реакции гемагглютинации.
- Идентифицируют вирус с помощью РИФ, РТГА и РН в культурах клеток.
- Для серодиагностики используют РСК, РТГА и РН а культуре клеток.

- **Лечение кори** симптоматическое. Необходимо соблюдать постельный режим в течение недели и до двух недель домашний режим. Из-за светобоязни ребенок лучше чувствует себя в полутьме. Для смягчения мучительного кашля воздух помещения увлажняется с помощью влажных простыней. При необходимости назначают жаропонижающие и успокаивающие кашель средства. При осложнениях применяют антибиотики. В случаях токсикоза вводят гаммаглобулин или сыворотку реконвалесцентов. Для улучшения кровообращения назначают строфантин.

# СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Основу профилактики кори составляет вакцинация детей.
- С этой целью применяют коревую вакцину из аттенуированных штаммов (Л-16) или ассоциированные вакцины (против кори, краснухи и паротита) - MMRII, приорикс.
- Вакцинацию проводят подкожно в возрасте 12 месяцев, ревакцинацию в 6 лет перед школой.



- В очаге инфекции проводят пассивную профилактику нормальным человеческим иммуноглобулином. Препарат эффективен при введении не позднее 7-го дня инкубационного периода.





© СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЯ