

Корь



Выполнил: Никаноров Дмитрий, группа 15-60

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 не
фрагментированная 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).

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

Культивирование

▣ Вирус кори культивируют на первично-трипсинизированных культурах клеток 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 нестойк.
- ✓ 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 конечностях.



- 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.

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) – ММРII, приорикс.
- Вакцинацию проводят подкожно в возрасте 12 месяцев, ревакцинацию в 6 лет перед школой.

