

- ▣ Филиал «Больница №1»
- ▣ ФКУЗ МСЧ-13 ФСИН России

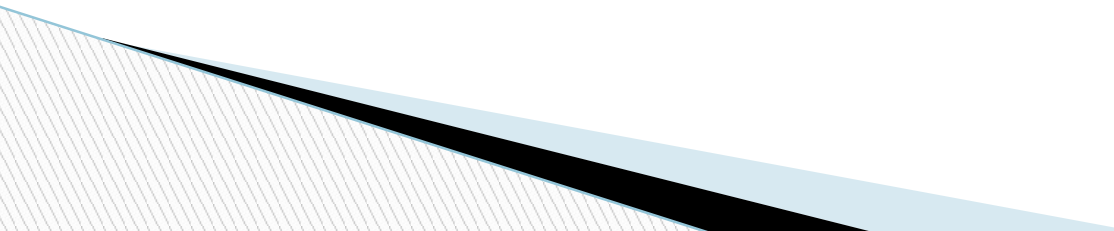
«О кори, её симптомах и профилактике»

Подготовили:

Врач-терапевт: Ганчина А. А.

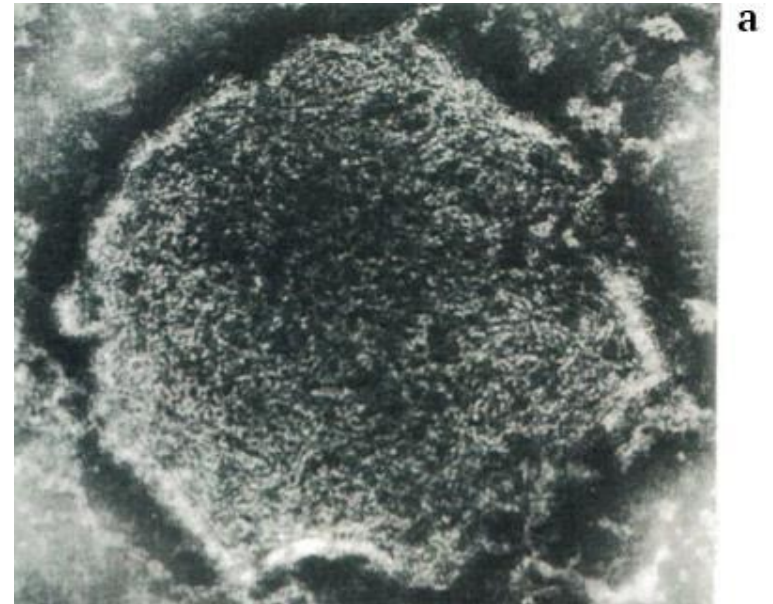
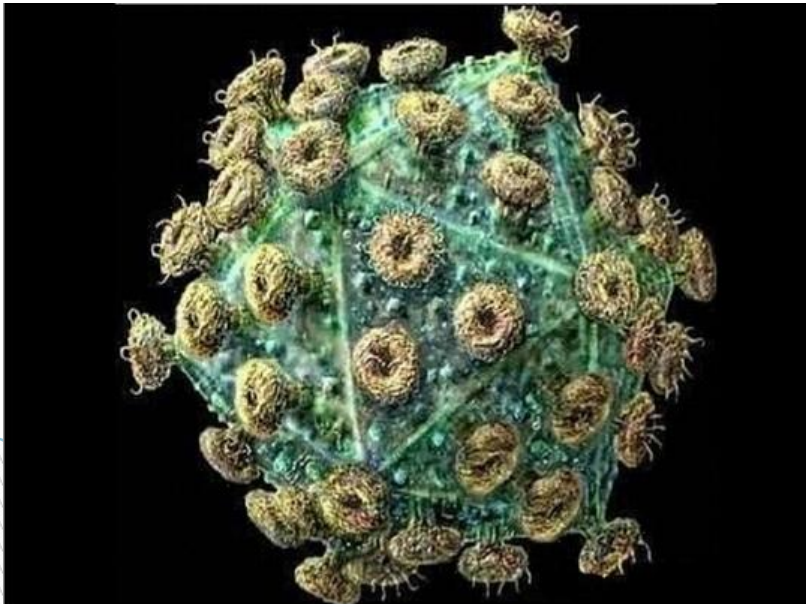
Врач-терапевт : Серебрякова Г. В.

Корь

- (morbilli) – острое вирусное антропонозное заболевание, характеризующееся
 - выраженной интоксикацией,
 - катаральным и катарально-гнойным ринитом,
 - ларингитом,
 - конъюнктивитом,
 - своеобразной энантемой (пятна Бельского – Филатова – Коплика),
 - экзантемой (папулезно-пятнистой сыпью).
- 

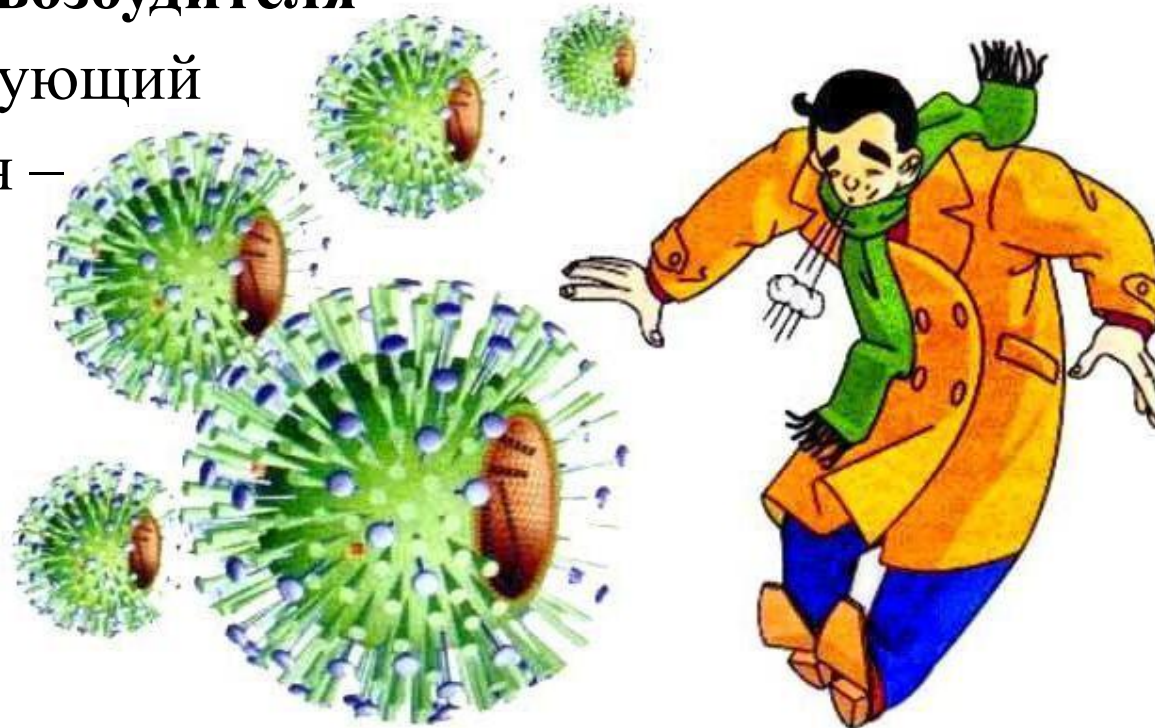
Этиология

- ▣ **Возбудитель кори** – вирус, геном которого состоит из одной молекулы одноцепочечной РНК.
- ▣ Он малоустойчив в окружающей среде: быстро инактивируется при температуре 50°C, в кислой среде, под влиянием рассеянного света, под прямыми солнечными лучами, во влажном воздухе, при воздействии дезинфектантов. В каплях слизи при температуре воздуха 12–15°C сохраняется в течение нескольких дней. Сохраняется до 14 суток при низких T. Отличительной особенностью возбудителя кори является его способность к пожизненной персистенции в организме перенесшего заболевание



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 иммунитет** - у 99 % переболевших – пожизненный. **Поствакцинальный иммунитет** - полученный в результате прививок живой коревой вакциной, развивается у 90 % привитых и сохраняется более 20 лет.

МИКРОГЕН

Вакцина коревая культуральная живая

Вакцина для профилактики кори
лиофилизат для приготовления раствора
для подкожного введения
0,5 мл/доза
10 ампул по 1 дозе

Стерильно Для лечебно-профилактических учреждений

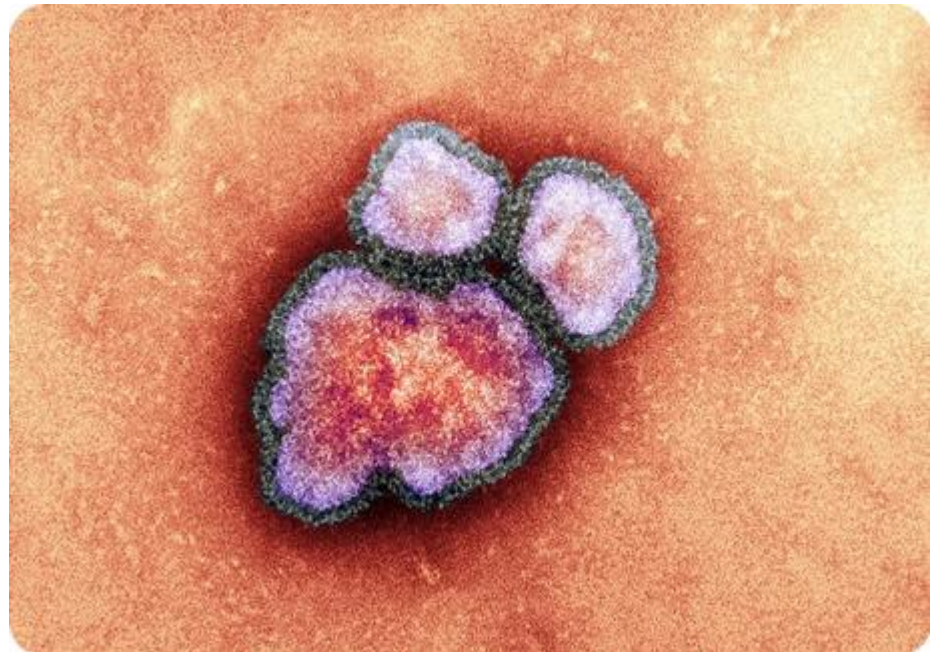


Патогенез

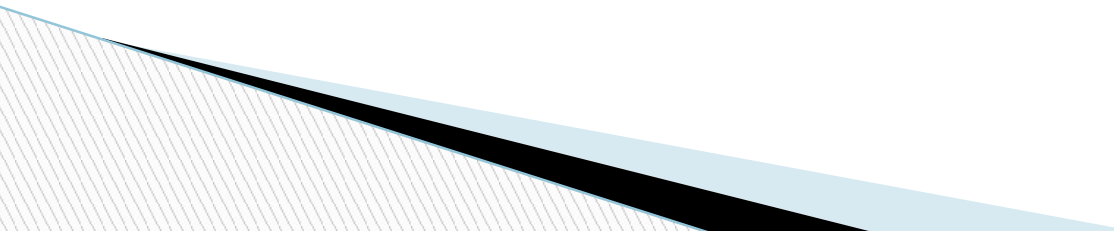
- **Ворота инфекции** – слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Здесь происходит первичная репликация вируса.
- В дальнейшем возбудитель проникает в регионарные лимфатические узлы, где также накапливается.
- К 3-му дню инкубационного периода происходит первый прорыв возбудителя в кровь, возникают первая кратковременная вирусемия и рассеивание вирусов по всем органам и тканям с их фиксацией в клетках иммунной системы, где вирусы накапливаются в дальнейшем.
- Атака факторов специфической и неспецифической защиты на вируссодержащие клетки приводит к их разрушению и высвобождению вирусов, которые в силу особого тропизма к клеткам слизистых 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.
- Вирус кори обладает тропизмом к клеткам ЦНС, что патогенетически
- обосновывает частое
- вовлечение ее в
- коревой процесс с
- развитием энцефалита
- , менингита или
- энцефаломиеелита.



4 периода -

- инкубационный
 - продромальный (катаральный)
 - высыпания
 - реконвалесценции
- 

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 отрубьями
- 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 на слизистой щёк



Пятна Бельского – Филатова – Коплика на задней стенке глотки



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.

Экзантема на кожных покровах туловища, лица



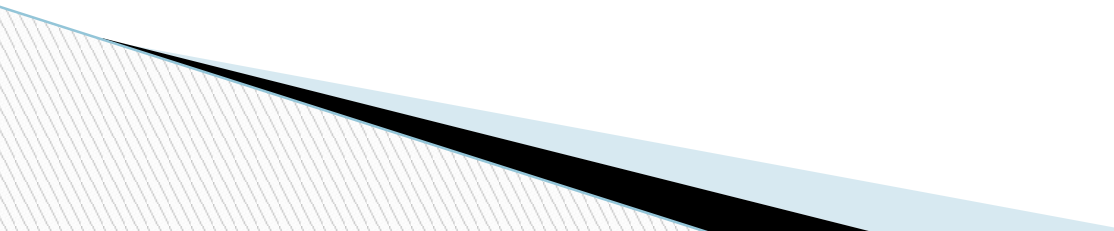
Формы кори

- ▣ **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 (РПГА).

Осложнения

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

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 (реакция прямой гемагглютинации) с использованием парных сывороток.
- Четырехкратное
- нарастание титра антител
- в РПГА позволяет
- подтвердить
- (ретроспективно) диагноз.



Лечение

- Не осложненные формы кори лечатся в домашних условиях под обязательным наблюдением врача с соблюдением карантина. В тяжелых случаях и при осложнениях необходима госпитализация.
- Важно соблюдать постельный режим длительно до недели.
- Поскольку специфическое лечение заболевания отсутствует, врач назначает симптоматические средства, призванные облегчить состояние больного: жаропонижающие средства, полоскания, антигистаминные препараты, отхаркивающие и противокашлевые средства, сосудосуживающие препараты в нос, обильное щелочное питье в виде морсов и минеральных вод.
- Антибактериальные препараты назначаются только при присоединении вторичной бактериальной инфекции (пневмония, отит и т.д.).



Профилактика

- Основным методом профилактики является вакцинация.
- Проводится она согласно Национального календаря прививок, согласно которого вакцинация проводится в случаях:
 - Дети от 1 года до 18 лет включительно;
 - Взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори.

Спасибо за внимание!

