

# КОРЬ. «ПЕРВАЯ ЭКЗАНТЕМА/БОЛЕЗНЬ»



**РАБОТУ  
ПОДГОТОВИЛ  
ОРДИНАТОР I-ГО  
ГОДА**

---

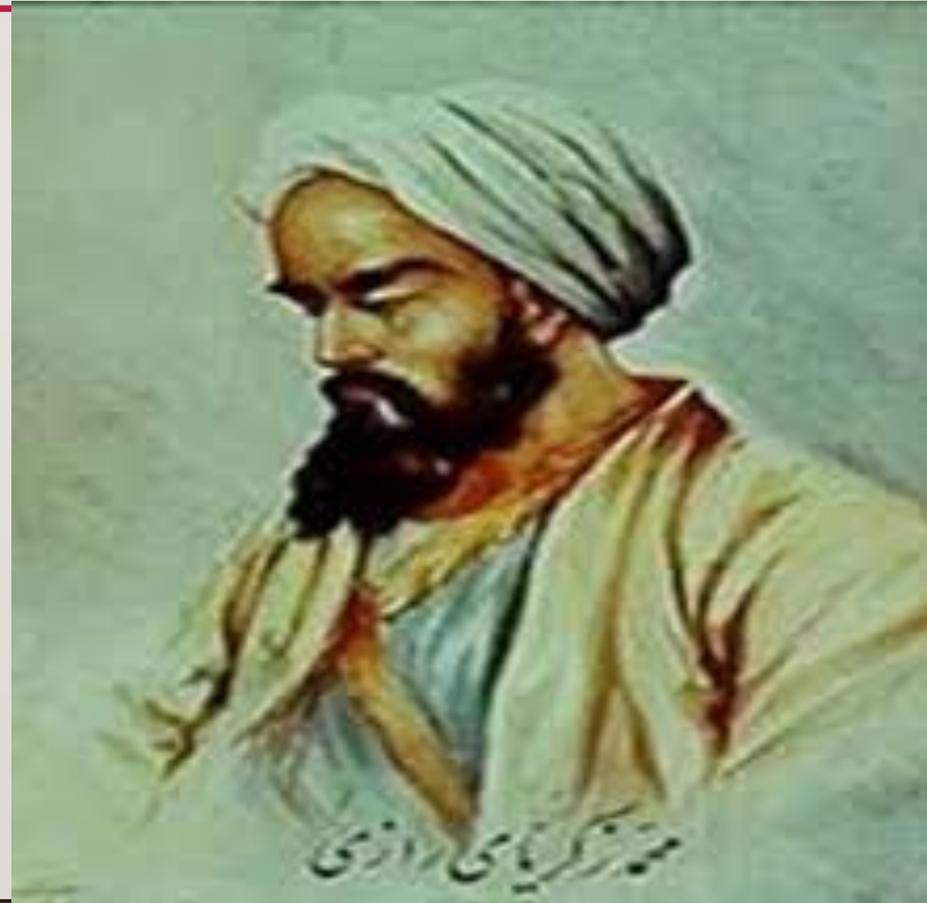
**КАФЕДРЫ  
«ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И  
ГОСПИТАЛЬНОЙ  
ПЕДИАТРИИ»  
ХАЙТАКОВ О.Т.**

# ИСТОРИЯ

- В IX в. багдадский врачеватель Абу Бакр Ар-Рази в трактате «Об оспе и кори» описал симптомы, лечение и профилактику болезни;
- В Вене в 1907–1910 гг. от кори погибло больше детей, чем от скарлатины, дифтерии и коклюша, вместе взятых
- Смертность от кори в Москве на рубеже XIX–XX вв. составляла ежегодно 200–300 случаев на 100 тыс. детей до 14 лет
- Протекая, как правило, благоприятно, корь долгое время не считалась опасной болезнью среди врачей, а среди обывателей – даже была объектом шуток

АБУ БАКР МУХАММАД ИБН ЗАКАРИЯ АР-РАЗИ́ —  
ПЕРСИДСКИЙ УЧЁНЫЙ-ЭНЦИКЛОПЕДИСТ, ВРАЧ,  
АЛХИМИК И ФИЛОСОФ. 854-925 ГГ

---



# ИСТОРИЯ

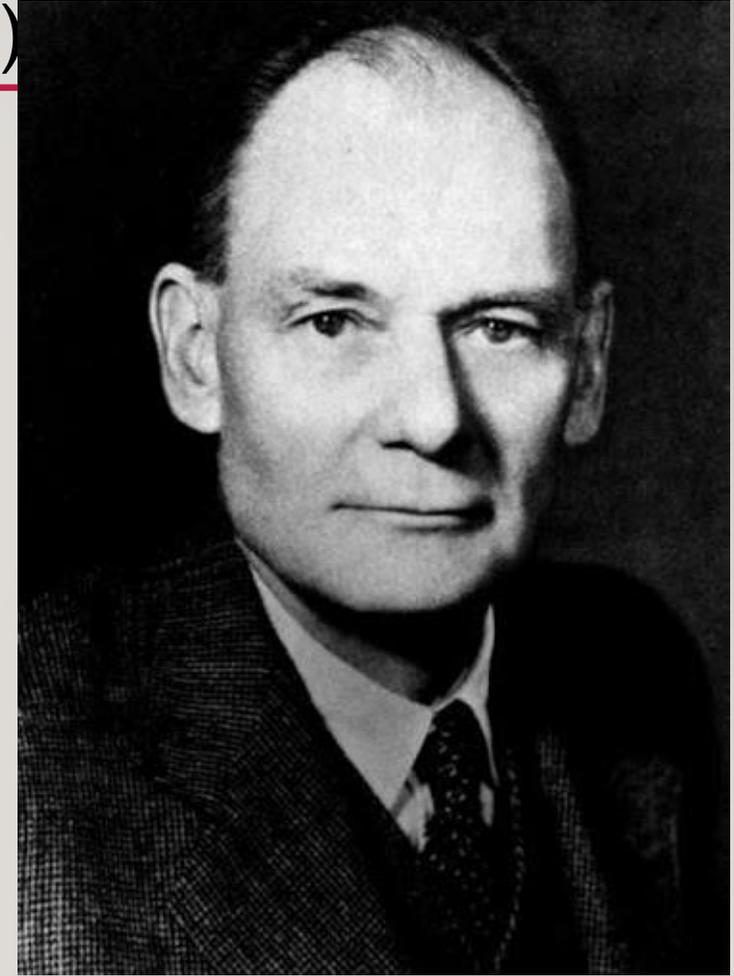
- В начале XX в. был определен так называемый «контагиозный индекс» кори – 95 % (то есть было замечено, что из 100 человек, контактировавших с больным и не болевших ранее, симптомы кори развивались почти у всех).
- Впервые противокоревую сыворотку успешно применили французские исследователи Шарль Николь и Эрнест Консей из тунисского филиала Института Пастера. В 1916 г. они диагностировали корь в семье, где было четверо детей. Введение 4 мл сыворотки крови старшего брата, переболевшего корью, 2-летнему ребенку предотвратило развитие заболевания. Забор крови был произведен на 10-й день после проявления симптомов кори и на 7-й день реконвалесценции

# ИСТОРИЯ

- Детальная разработка серопротифилактики кори была произведена немецким педиатром Рудольфом Дегквицем, профессором медицины и директором детской клиники в Грейфсвальде. В 1920-22 гг
- В 1923 г. в Германии были опубликованы рекомендации для практикующих врачей по серопротифилактике кори, составленные Р. Дегквицем – «Die Masernprophylaxe und Ihre Technik».
- В 1954 г. Дж. Эндерс и педиатр Томас Пибс успешно культивировали вирус кори в культуре тканей.

ДЖОН ФРАНКЛИН ЭНДЕРС — АМЕРИКАНСКИЙ  
ВИРУСОЛОГ. ЧЛЕН НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ НАУК  
США И АМЕРИКАНСКОЙ АКАДЕМИИ ИСКУССТВ И НАУК,  
НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ 1954 Г. (1897-1985)

---



# ИСТОРИЯ. XXI ВЕК. ВОЗ

- В 2017 г. корь стала причиной 110 000 случаев смерти в мире, в основном детей в возрасте до 5 лет.
- За период с 2000 по 2017 гг. противокоревая вакцинация привела к снижению глобальной смертности от кори на 80%.
- В 2017 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг, по сравнению с 72% в 2000 году.
- В 2000-2016 гг. вакцинация от кори предотвратила, по оценкам, 20,4 миллиона случаев смерти, сделав вакцину от кори одним из наиболее выгодных достижений общественного здравоохранения.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

---

*Корь - острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнистопапулезной экзантемы с переходом в пигментацию.*

# ЭТИОЛОГИЯ

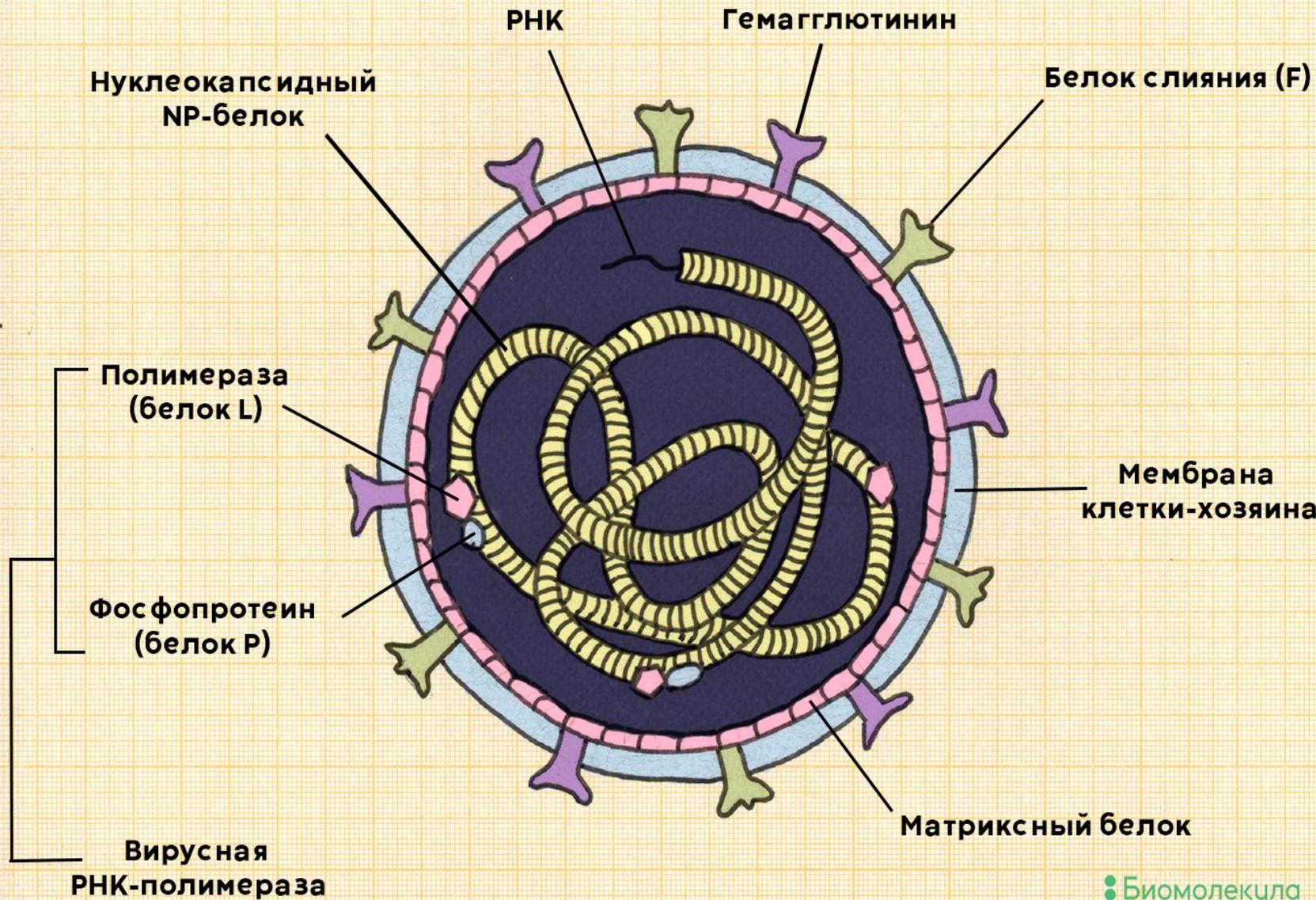
- Возбудитель кори

## Вирус (Polynosa morbillarum),

который относится к  
семейству

Paramyxoviridae,

роду Morbillivirus.



# ЭТИОЛОГИЯ

- Размеры 120-250 нм, имеющие наружную ворсинчатую оболочку, спиральный нуклеокапсид, гемагглютинин, не содержит нейроминидазы.
- РНК содержащий вирус, окруженный спиральным белковым капсидом и внешней липидно-белковой оболочкой.
- Важную роль в патогенезе заболевания играют два гликопротеина наружной мембраны .
- F- белок или белок фузии (гликопротеид I типа), который отвечает за слияние вирусной и клеточной мембран, проникновение вируса в клетку и гемолиз эритроцитов.
- H- белок или гемагглютинин (гликопротеид II типа, молекулярная масса 80 кДА), который обеспечивает прикрепление вируса к клетке, является фактором клеточного тропизма.

# ЭТИОЛОГИЯ

- В соответствии с действующей классификацией, существует 8 групп штаммов вируса кори, которые обозначаются латинскими буквами: А, В, С, D, Е, F, G, H, I 15 генотипов (подгруппы штаммов), обозначаемых арабскими цифрами
- Большинство штаммов вируса кори принадлежит к трем генотипам: D4 (421), D6 (174) и D8 (816), местная циркуляция которых наблюдалась в разное время на территории России.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- Заболеваемость корью в Российской Федерации невелика, единичные эпидемические вспышки при завозе кори на территорию, где ее давно не было.
- Корь распространена повсеместно.
- Облигатный антропоноз, т.е. Источником инфекции является больной корью в конце инкубационного периода (за 1-2 суток до появления симптомов заболевания) и до конца 4-х суток с момента появления сыпи.
- Также могут быть больные abortивной и митигированной корью.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- **Механизм передачи** – аэрозольный (капельный).
- **Путь передачи** – воздушно-капельный и воздушно пылевой.  
Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности
- **Инкубационный период**- от 9 дней до 17 дней (у не привитых) до 21 дня (у привитых).
- Общая продолжительность заразного периода составляет 8-10 дней. С 5 дня появления сыпи больной не заразен. В катаральный период максимальное вирусовыделение из конъюнктив, носоглотки при кашле, чихании, разговоре. При осложненном течении больной корью является заразным в течение 10-12 дней от начала болезни

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- **Устойчивость низкая** (сохраняется во внешней среде при температуре  $37^{\circ}\text{C}$  не более 1-2 часов, при  $56^{\circ}\text{C}$  - до 30 минут, при кипячении погибает мгновенно).
- Возможность заражения через третьих лиц и предметы окружающей среды не доказана, в связи с чем, **заключительная дезинфекция в очагах не проводится**
- **Восприимчивость к кори всеобщая**
- **Индекс контагиозности составляет 100%**

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ИММУНИТЕТ

- Поствакцинальный иммунитет неоднороден.
- 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.
- В дальнейшем иммунитет снижается, и дети становятся восприимчивы к 6-10 мес. жизни. При отсутствии специфических противокоревых антител у матери ребенок может заболеть даже в период новорожденности.

# Корь: патогенез



# ПАТОГЕНЕЗ

- Входные ворота инфекции - слизистые верхних дыхательных путей.

- 
- 1- фаза заражения и адаптации вируса к лимфоидной ткани, размножение в регионарных лимфатических узлах.
  - 2 – фаза проникновения вируса в кровь ( первичная вирусемия) и генерализованного поражения лимфоцитарной системы.
  - 3 - фаза вторичной вирусемии и аллергических реакций
  - 4- фаза иммунологических изменений
  - 5 фаза формирование стойкого иммунитета – в крови повышается концентрация специфических антител и вирус нейтрализуется



# ПАТОГЕНЕЗ

- Каждый элемент сыпи - это очаг воспаления вокруг сосуда, гнездно-инфильтративного характера.
- 
- Пятна Бельского-Филатова-Коплика – это поверхностный некроз эпителия слизистой полости рта.
  - Этапность высыпания при кори связана с максимальной концентрацией вируса у ворот инфекции, с обилием кровеносных сосудов в этой области, что обуславливает появление сыпи сначала на лице, слизистой полости рта, затем на туловище и затем на конечностях.
  - В периоде высыпания вирус воздействует на нервную, эндокринную системы, что проявляется нарастанием интоксикации.
- 

# ПАТОГЕНЕЗ ВАКЦИНАЛЬНОГО ПРОЦЕССА

---

- При вакцинации живой коревой вакциной вирус попадает в организм парентеральным путем и размножается в лимфоидной ткани, а не в эпителиях дыхательных путей.
- Иммунитет зависит от исходного состояния иммунологической реактивности организма, качества и дозы вакцины, правильного ее хранения.
- Больные вакцинальной корью не заразны.

# КЛАССИФИКАЦИЯ. МКБ X

V05 Корь

---

V05.0 Корь, осложненная энцефалитом (G05.1)

V05.1 Корь, осложненная менингитом (G02.0)

V05.2 Корь, осложненная пневмонией (J17.1)

V05.3 Корь, осложненная средним отитом (H67.1)

V05.4 Корь с кишечными осложнениями

V05.8 Корь с другими осложнениями

V05.9 Корь без осложнений

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ.

По типу:

1. Типичная

---

2. Атипичная:

- Митигированная (вакциноассоциированная);
- Abortивная;
- Стертая;
- Бессимптомная.
- Геморрагическая

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

По тяжести:

1. Легкой степени тяжести
  2. Средней степени тяжести
  3. Тяжелой степени тяжести
- 

По течению:

1. Гладкое
2. Негладкое:
  - с осложнениями
  - с наслоением вторичной инфекции
  - с обострением хронических заболеваний

# ПРИМЕР ДИАГНОЗА

---

Диагноз основной: Корь, типичная форма, тяжелой степени тяжести.

Осложнения: Пиодермия. Острый средний двухсторонний катаральный отит, средней степени. Острый простой бронхит, ДН 0-1

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

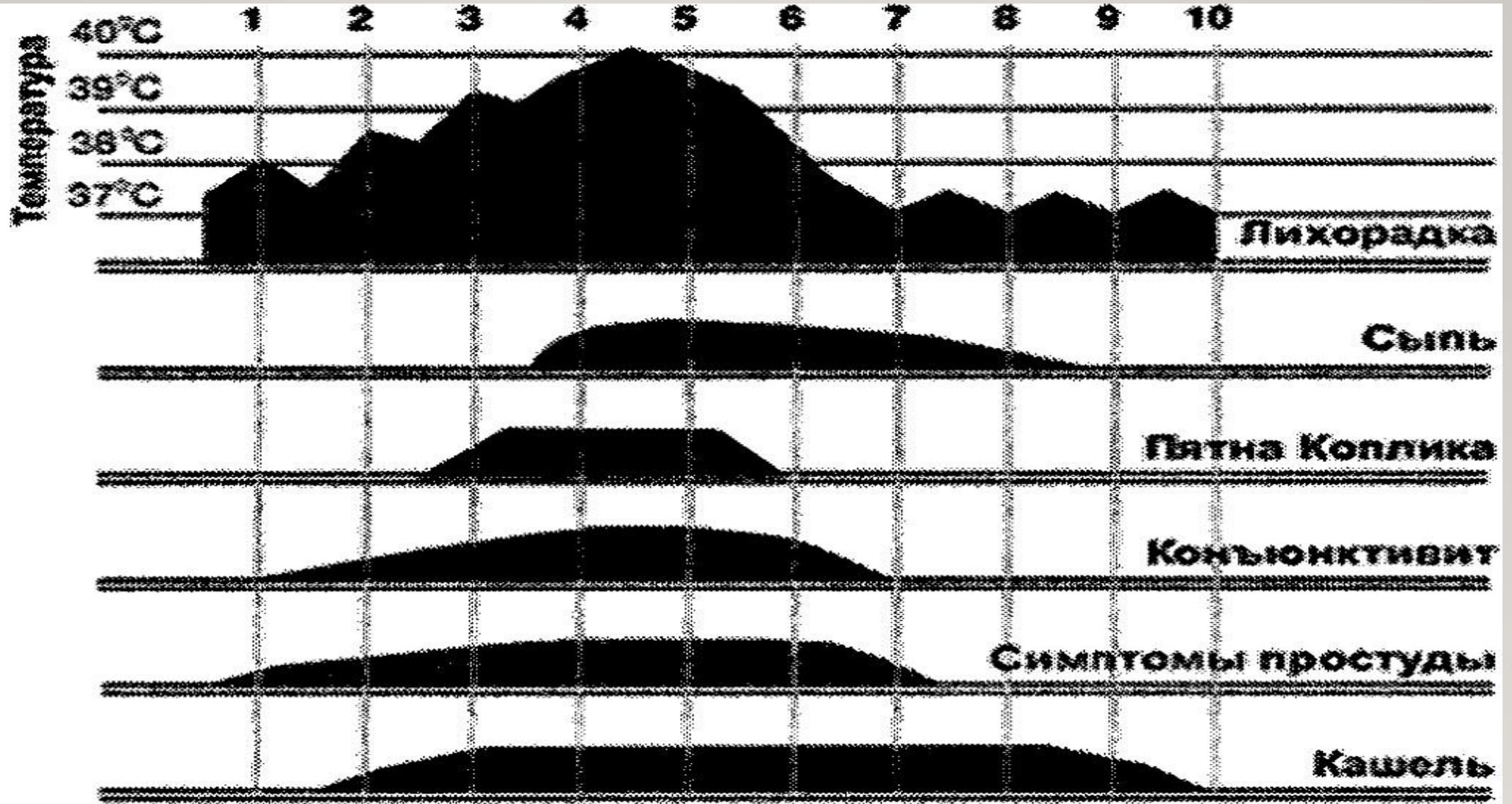
Периоды болезни:

1. Инкубационный (продолжительность его составляет в среднем 9-14. дней, однако при профилактическом введении иммуноглобулина может удлиниться до 21 дня.);
2. Продромальный (катаральный) период, продолжительность 3-4 дня
3. Период экзантемы( высыпаний) : развивается с 4-5 дня болезни и продолжается 3-4 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов.
4. Период пигментации: продолжительностью 7-14 дней
5. Период реконвалесценции

# СХЕМА ПЕРИОДОВ

День

болезни



10-12 дней  
инкубационного  
периода

Продро-  
мальный  
период

Период сыпи

Период  
выздоровления

# ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАРАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ

- Повышение температуры до 38°C, появлением катаральных симптомов и конъюнктивита

---

- Выделения из носа обильные, слизистые, слизисто-гнойные.
- Голос становится хриплым, осиплым.
- Кашель – сухой навязчивый, иногда в начале болезни синдром крупа.
- Отмечается светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктив, отечность век, инъекция сосудов склер.



# ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАРАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ

- Патогномоничным симптомом является разрыхленность слизистой полости рта, десен.
- 
- Появляются пятна Бельского-Филатова-Коплика- на слизистой щек, напротив коренных зубов серовато- белые точки, окруженные венчиком гиперемии.
  - На мягком и твердом небе появляется коревая энантема- мелкие розовато- красные пятна
- 

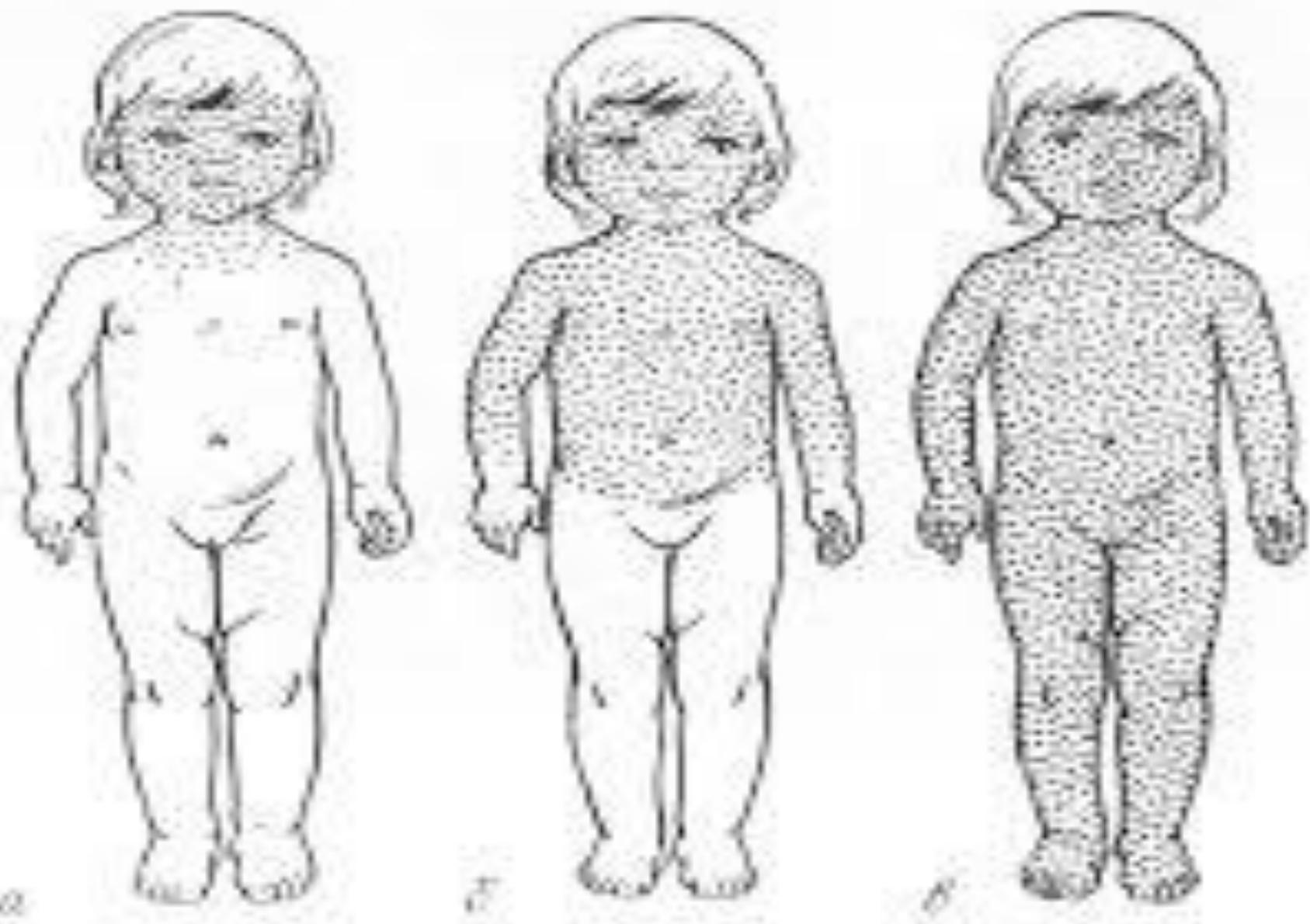


# ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДА ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ

- Начинается с 4-5 дня болезни и характеризуется появлением пятнисто-папулезной сыпи.

---

- Первые элементы сыпи появляются за ушами, на спинке носа, на лбу в виде мелких розоватых пятен, которые очень быстро увеличиваются, сливаются друг с другом, имеют неправильную форму.
- На 2-день сыпь полностью покрывает все тело и верхнюю часть рук, на 3-день сыпь распространяется на конечности- руки и ноги.
- Температура высокая, до 39,0-39,5С ;катаральные симптомы усиливаются.
- Общее состояние больных тяжелое, отмечается беспокойство, бред, сонливость, могут быть носовые кровотечения.
- Характерен вид больного- лицо одутловатое, веки пастозные, нос и губы отечные, глаза красные, обильные выделения из носа.



Корь. Динамика высыпания.  
а—1-й день высыпания, б—2-й день высыпания, в—3-й день высыпания.

# ПЕРИОД ПИГМЕНТАЦИИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ

- Приходится на 6-7 день болезни.
- 
- Коревая сыпь начинает темнеть, буреть, принимает коричневый цвет. Пигментация начинается в таком же порядке как появляется сыпь. Может быть отрубевидное шелушение
  - Температура литически снижается до нормальных цифр.
  - Катаральные симптомы уменьшаются и исчезают.
  - Общее состояние медленно восстанавливается.
  - В периоде пигментации длительное время остается состояние астении и анергии.
- 

# Период пигментации



*Корь, период пигментации.  
Мелкое отрубевидное  
шелушение на лице и шее.*

- 1. На месте сыпи  
пигментные пятна**
- 2. Отрубевидное  
шелушение**
- 3. Исчезновение  
катаральных  
явлений**

# ЛЕГКАЯ ФОРМА КОРИ

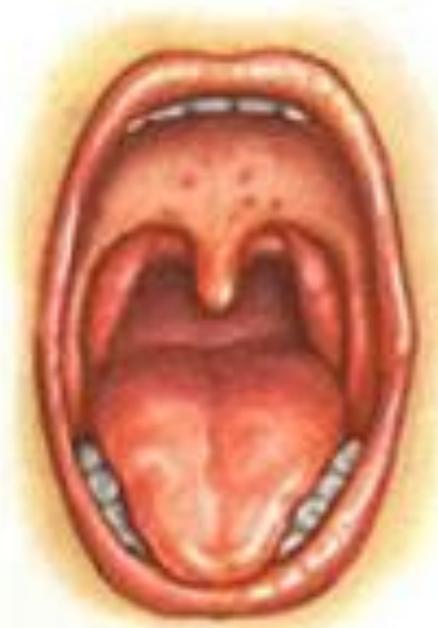
---

- Проявляется умеренно или слабо выраженными катаральными симптомами и интоксикацией, состояние больного удовлетворительное, температура тела не выше 38,5.
- Сыпь может быть пятнистого характера, со слабой тенденцией к слиянию и бледной пигментацией

# СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА КОРИ

---

- Интоксикация достаточно выражена, самочувствие больного нарушено значительно, может быть бред, рвота, температура тела повышается до 39°С.
- Сыпь обильная, яркая, макуло-папулезная на неизменном фоне кожи, склонная к слиянию.



# ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА КОРИ

- Характеризуется резко выраженными симптомами интоксикации, в виде судорог, потери сознания, повторной рвотой, повышением температуры тела до  $40^{\circ}\text{C}$  и выше.
- Сыпь обильная, с геморрагическая синюшным оттенком, местами сливная.
- Резко выражены катаральные симптомы: лицо одутловато, веки пастозные, явления гнойного конъюнктивита, ринита, влажный частый кашель.
- Частые присоединения различных гнойных осложнений

# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ КОРИ

---

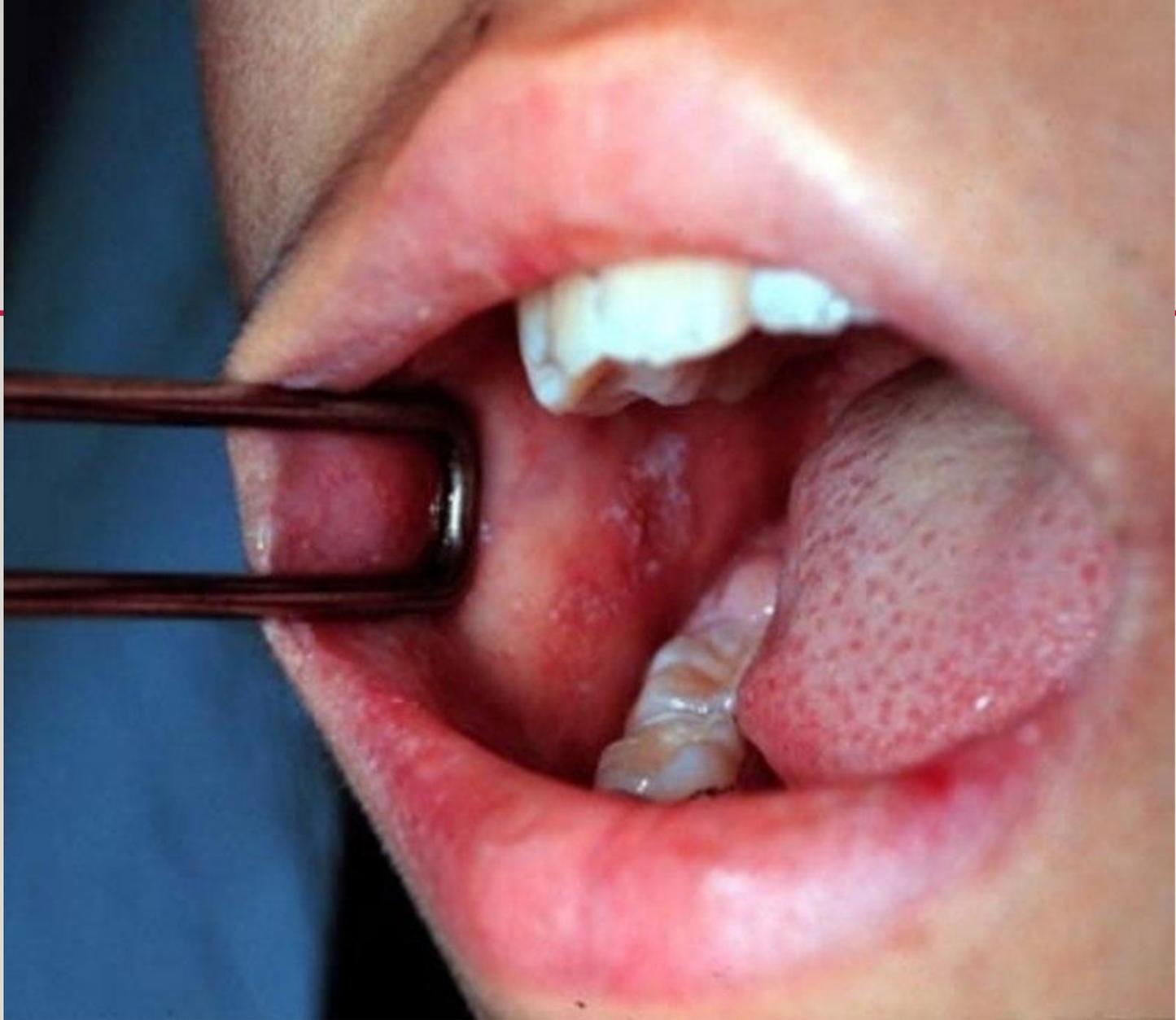
- Обычно возникают у лиц, получивших активную (вакциной) или пассивную (человеческим иммуноглобулином) иммунопрофилактику, а также у детей, находящихся на естественном вскармливании или в возрасте до шести месяцев (имеющих пассивный естественный иммунитет)

# ОСОБЕННОСТИ МИТИГИРОВАННОЙ КОРИ

- Она может быть у получивших иммуноглобулин, препараты крови, вакцинированных.
- 
- Характерно удлинение инкубационного периода до 21 дня.
  - Укорочение катарального периода до 1 дня со слабо выраженными катаральными симптомами, отсутствием энантемы и пятен Бельского – Филатова.
  - Период высыпания укорочен до 1-2 дней, сыпь неяркая, мелкая с нарушением этапности высыпания.
  - Пигментация кратковременная, бледная
- 

# ОСОБЕННОСТИ АБОРТИВНОЙ КОРИ

- Процесс, начинаясь типично как бы обрывается после 1-2 дня от появления высыпания.
- Сыпь мелкая, необильная, появляется только на лице и туловище, а конечности остаются свободными от сыпи.
- Пигментация бледная, кратковременная (1-3 дня). Температура тела может быть повышенной лишь в 1 день высыпания.



# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- Катаральные явления резко выражены, жидкий стул до 3- 5 раз в сутки.

---

- У них возможен абдоминальный синдром с локализацией болей в правой подвздошной области из-за вовлечения в процесс мезентериальных лимфоузлов, катаральных изменений слизистой оболочки ЖКТ и усиления перистальтики, обусловленного ваготонией.
- В целом у детей первого года жизни заболевание протекает тяжелее, чаще развиваются осложнения (как ранние, так поздние).

# ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ

- Имеет высокий удельный вес.
- Протекает с преобладанием тяжелых и среднетяжелых форм 

---

болезни.
- Выражена интоксикация (высокая температура, головные боли, головокружение, обмороки, рвота, носовые кровотечения, потеря сознания).
- Выражен кашель, конъюнктивит.
- Период высыпания удлинен до 4-5 дней, сыпь крупная, яркая, обильная.
- Осложнения редки

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- Как правило, на ранних стадиях ВИЧ-инфекции течение кори не отличается от такового у лиц с нормальным иммунитетом.
- У тяжелых пациентов чаще развиваются осложнения, могут отсутствовать те или иные характерные для болезни симптомы.
- Посткоревой энцефалит регистрируют в 1-4 случаях на 100 000 заболеваний корью, а подострый склерозирующий панэнцефалит, развивающийся через несколько лет после болезни (1 случай на 10-100 000 населения).
- Тяжелое осложненное течение кори у детей, инфицированных ВИЧ, приводит к высокой смертности
- Новорожденные, родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей, имеют повышенную степень риска заболевания корью начиная с возраста 9 месяцев

# ОСОБЕННОСТИ КОРИ У БЕРЕМЕННЫХ

- Вероятность заражения корью во время беременности мала, но в случае заражения женщины заболевание отличается более тяжелым течением с более частым возникновением различных осложнений, в том числе и осложнений беременности: самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды и внутриутробная гибель плода.
- Из пороков развития плода при инфицировании корью в I триместре беременности возможны пороки сердца, глухота, синдром Дауна и т.д.
- При заражении корью накануне родов возможно рождение ребенка с симптомами коревой инфекции. Перинатальная смертность составляет 30-33% и является следствием коревой пневмонии.

# РЕДКИЕ ФОРМЫ

---

- При **геморрагической форме** заболевание сопровождается множественными кровоизлияниями на коже, в слизистые оболочки, примесью крови в моче и стуле. Возможен летальный исход.
- **Гипертоксическая форма** кори сопровождается выраженной интоксикацией, проявляется лихорадкой до  $40^{\circ}$  C и выше, симптомами менингоэнцефалита сердечной и дыхательной недостаточностью.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ЭТИОЛОГИИ



# ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ

## РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1. ложный круп (острый ларингит, ларинготрахеит с отеком гортани) – асфиксия
- 2. бронхиолит, ранняя коревая пневмония

## ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1. вторичная бронхолегочная инфекция: пневмонии, некротический панбронхит, бронхоэктазы, абсцессы, гнойный плеврит, пневмосклероз
- 2. вторичные инфекции внелегочной локализации:
- отиты, пиодермии, флегмоны, нома, пиелонефриты, энтериты, колиты, энцефалиты, менингиты
- 3. обострение предсуществующих процессов – туберкулеза
- 4. подострый склерозирующий панэнцефалит (менингоэнцефалит) – через 2-7 лет

# ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

- бронхит, пневмония, ларингит, ларинготрахеит, ложный крут бронхиолит;
- отит, евстахеит, мастоидит;
- стоматит, энтерит, колит;
- блефарит, кератит, кератоконъюнктивит;
- менингоэнцефалит, менингит, миелит, энцефалит; ПСП – подострый склерозирующий панэнцефаили
- пиодермия, абсцесс, флегмона.



# ДИАГНОСТИКА

- Жалобы, Эпидемиологический анамнез: контакт с больным, завоз из неблагоприятных регионов, Клиника

---

- Гематологические данные (ОАК: лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена или умеренно увеличено; Б/х крови: СРБ, прокальцитонин).
- Молекулярно-биологический метод – ПЦР имеет значение для генотипирования вируса
- Вирусологический метод – обнаружение вируса методом иммунофлюоресценции.
- Серологический метод – РПГА,РТГА ( обнаружение специфических коревых антител методом парных сывороток).

# ДИАГНОСТИКА

- Иммуноферментный анализ (ИФА) определение антител к вирусу кори класса IgM, IgG. Взятие крови для исследований осуществляется на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка).
- Rg-граммы груди, придаточных пазух носа
- ЭКГ, ЭхоКГ,
- УЗИ ОБП

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРИ

---

Проводится со следующими заболеваниями:  
краснуха, ветряная оспа, парвовирусная инфекция (пятая  
болезнь), клещевые риккетсиозы, менингококцемия,  
лихорадка Денге, скарлатина, энтеровирусная экзантема,  
иерсиниоз, аллергический дерматит и др

Признак	Скарлатина	Корь	Краснуха	Энтеровирусная экзантема	Менингококцемия	Псевдотуберкулез
Начальные симптомы	Лихорадка, интоксикация, синдром острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом	Катаральные явления и интоксикация, усиливающиеся в течение 2-4 дней	Сыпь, незначительные катаральные явления	Интоксикация, возникающая остро в течение первых часов болезни	Лихорадка, интоксикация, возникающие остро, часто бурно	Лихорадка, интоксикация, полиморфизм клинических симптомов
Время появления сыпи	1-2-е сутки	На 4-5 й день болезни	1-й день болезни (очень редко — 2-й)	3-5-й день болезни при снижении температуры тела и улучшении общего состояния, редко — на 1-2-й день	Первые сутки заболевания	В разные сроки: от 3-го до 21-го дня и позднее
Морфология сыпи	Мелкоточечная	Крупнопятнистая, пятнисто-папулезная	Мелкопятнистая	Пятнистая, пятнисто-папулезная	Пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре	Полиморфная (мелкоточечная, мелкопятнистая, папулезная, геморрагическая, эритематозная и др.)
Размеры сыпи	До 2 мм	Средней величины и крупная (10-20 мм), склонная к слиянию	Мелкая (5-10 мм)	Средней величины и мелкая, реже — крупная	От петехий до обширных экхимозов	Мелкая, средней величины, крупная, сливная
Порядок высыпания	Одновременное по всему телу	Этапно, начиная с лица в течение 3-4 дней	Одновременное	Одновременное	Постепенное, с быстрой (в течение часов) динамикой элементов сыпи	Одномоментное, с возможным подсыпанием
Локализация сыпи	Сгибательная поверхность конечностей, боковая поверхность туловища, места естественных складок	В зависимости от дня высыпания (1-й день — на лице, 2-й — лице и туловище, 3-4-й — лице, туловище и конечностях)	По всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах, лице	Преимущественно на лице и туловище	Ягодицы, нижние конечности, реже — руки, лицо	Чаще на внутренних поверхностях конечностей, характерны симптом «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение вокруг суставов
Яркость сыпи	Яркая	Яркая или очень яркая	Бледно-розовая	Розовая, иногда яркая	Очень яркая, иногда с синюшным оттенком	Очень яркая

# ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

---

- Тяжелое/осложненное течение;
- Дети I-года жизни;
- Дети и взрослые из закрытых коллективов, ассоциальных семей

# ЛЕЧЕНИЕ

- мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя;
  - мероприятия, направленные на дезинтоксикацию;
- 
- мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма.
- 
- Лечение кори этиотропное не специфическое, патогенетическое и симптоматическое, специфическая противовирусная терапия не разработана

Для этиотропной терапии – рекомбинантные интерфероны, иммуноглобулины

# ЛЕЧЕНИЕ

- В течение всего лихорадочного периода и в первые двое суток апирексии - строгий постельный режим.
- Рекомендуется обильное питье, молочнорастительная диета
- При повышении температуры тела выше  $38,5^{\circ}\text{C}$  назначаются жаропонижающие средства (ибупрофен, парацетамол.)
- Необходимо каждые 2-3 часа промывать глаза Офтальмоферон, Тауфон. Показано полоскание ротоглотки отварами трав.
- При кори часто возникает дефицит витамина А
- Ретинол суточная доза которого зависит от возраста: детям в возрасте 1- 6 мес. - 50 тыс. МЕ, 7-12 мес. - 100 тыс. МЕ , старше 1 года - 200 тыс. МЕ.

# ЛЕЧЕНИЕ

- При сухом навязчивом кашле используют противокашлевые препараты (ренгалин, бромгексин, геделикс, коделак фито).
- В случаях присоединения осложнений бактериальной этиологии (бронхит, пневмония, отит и др.) назначают антибиотики. Препаратами выбора являются макролиды (азитромицин и др.), бета-лактамы пенициллины (амоксциллин, амоксициллин-клавуланат), цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим).
- При коревом крупе дополнительно к перечисленному выше лечению добавляются парощелочные ингаляции, при тяжелом его течении – ингаляции будесонида, преднизолон из расчета 1—2 мг/кг/сут. внутримышечно или внутривенно.
- При коревом энцефалите, менингоэнцефалите рекомендуется применение рекомбинантных ИНФ, назначают преднизолон 80-120 мг/сут.

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
3. Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента.
4. Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).



# КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- купирование катаральных симптомов;
- угасание сыпи, пигментации.

Применяется основной вариант стандартной диеты в зависимости от возраста, наличия пищевой аллергии. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

---

- Педиатр 1 раз/1 мес – 3 месяца, после коревого энцефалита 2 года
- ОАК, ОАМ 1 раз/мес
- Медотвод от вакцинации 1 мес;
- По показаниям врач-инфекционист, отоларинголог, кардиолог, нефролога, невролог.
- Допускается в учреждения после клинического выздоровления

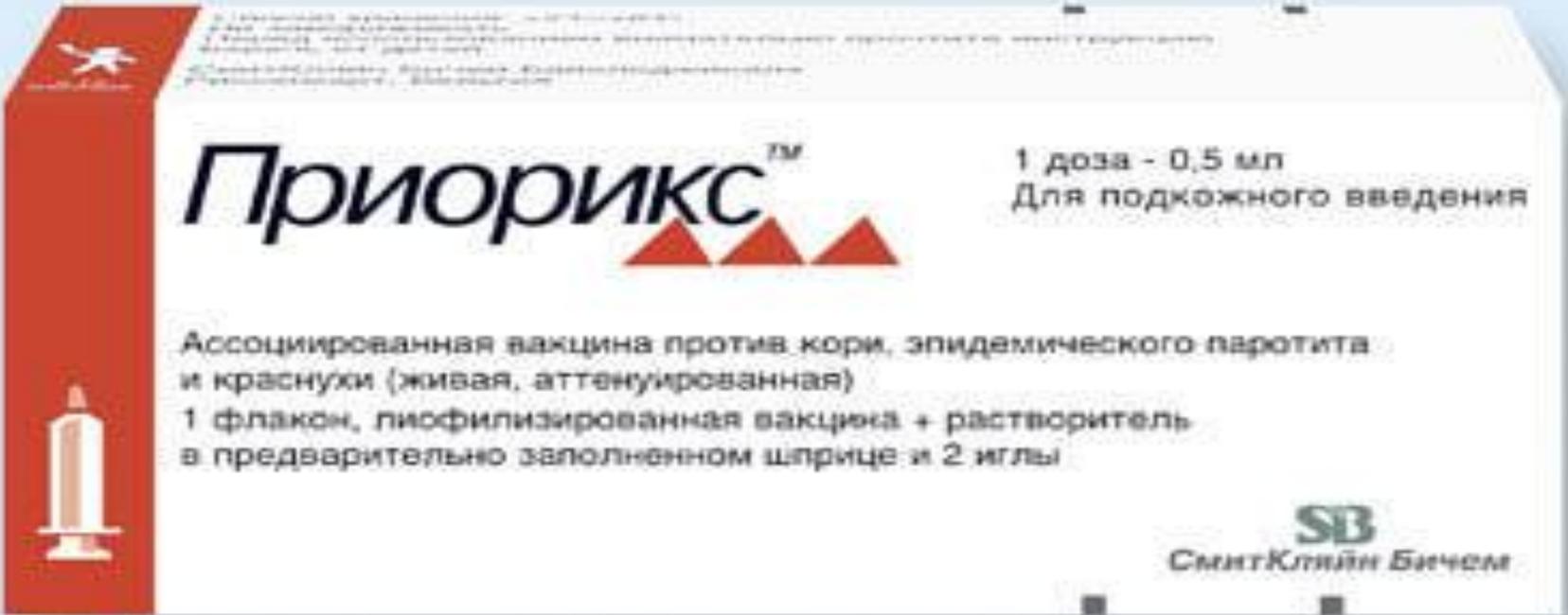
# ПРОФИЛАКТИКА

## Противопоказания к введению вакцины

- сильные реакции и осложнения на предыдущую дозу вакцины;

---

- иммунодефицитные состояния ;
- аллергическая реакция немедленного типа на яичный белок, аминогликозиды;
- беременность (ввиду теоретического риска для плода), при этом женщинам следует рекомендовать избегание беременности в течение трех месяцев после вакцинации ЖКВ; наступление беременности в этот период не требует ее прерывания;
- острые заболевания и обострения хронических; при нетяжелых ОРВИ и ОКИ вакцинация возможна сразу после выздоровления;



**Приорикс™**

1 доза - 0,5 мл  
Для подкожного введения

Ассоциированная вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (живая, аттенуированная)

1 флакон, лиофилизированная вакцина + растворитель  
в предварительно заполненном шприце и 2 иглы

**SB**  
СмитКлайн Бичем

# ПРОФИЛАКТИКА

- Для вакцинопрофилактики кори применяются лиофилизированные живые аттенуированные вакцины, в том числе комбинированные (краснуха, эпидемический паротит).
- Отечественные коревой и паротитный штаммы культивируют на фибробластах эмбрионов японских перепелов, зарубежные — на куриных эмбрионах, краснушный- на диплоидных клетках человека.
- Все вакцины выпускают в комплекте с растворителем, хранят при температуре 2-8<sup>0</sup>С или в морозильной камере, растворитель хранят при температуре 2-25<sup>0</sup> С, замораживание его не допускается.

# ВИДЫ ВАКЦИН НА ТЕРРИТОРИИ РФ

- Корева вакцина (ФГУП «НПО «Микроген», Россия)
- Дивакцина паротитно-корева (ФГУП «НПО «Микроген», Россия)

---

- Вакцина против кори, паротита и краснухи, живая аттенуированная («Серум Инститьют», Индия)
- «Приорикс» вакцина против кори, паротита и краснухи живая культуральная («ГлаксоМитКляйн», Бельгия),
- «ПРИОРИКС-ТЕТРА» вакцина против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы живая аттенуированная) ЗАО «ГляксоСмитКляйн Трейдинг», Россия
- «ММР-П» вакцина против кори, краснухи и паротита, живая («Мерк, Шарп и Доум», Нидерланды)



# МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ

- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 июля 2011 г. N 108 г. Москва "Об утверждении СП 3.1.2952-11 "Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита""

---
- Каждый случай кори, краснухи, эпидемического паротита подлежит регистрации и учету в "Журнале учета инфекционных заболеваний" (форма N 060/у) по месту их выявления
- В случае выявления больного корью, краснухой или эпидемическим паротитом или лиц с подозрением на эти заболевания медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/у)

# МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

---

- Кроме того, по эпидемическим показаниям все контактные с больным корью (не привитые, однократно привитые, лица с неизвестным прививочным анамнезом) должны быть привиты против нее без ограничения возраста (в течение первых 72 часов).
- При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

# ЛИТЕРАТУРА

- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ КОРЬЮ -  
<http://niidi.ru/dotAsset/eed9b132-1dc0-4adc-8833-092e5e36fa66.pdf>
- Корь: эпидемиологические особенности в период элиминации, современные возможности профилактики, диагностики и лечения. Значение серологического исследования популяционного иммунитета населения. МР № 74 МОСКВА 2020
- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 июля 2011 г. N 108 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» -  
<https://rg.ru/2011/12/09/kor-dok.html>
- <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/measles> -ВОЗ
- «БОЛЕЗНЬ БОЛЬШОГО ГОРОДА» – КОРЬ: ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ И ПОИСКА РЕШЕНИЙ В XX ВЕКЕ -  
<https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1483041432-bulletin-2016-2-2785.pdf>
- ГУГЛ картинки



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**