

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.
ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО ПСПБГМУ ИМ. И.П.ПАВЛОВА МИНЗДРАВ РОССИИ)
ИНСТИТУТ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ**

Презентация на тему:
КОРЬ

Выполнила
Ст-ка 4 курса
45 гр. 2 бригада
Ольшанникова Д.С

2018г.

Определение

Корь (morbilli) — острая высококонтагиозная антропонозная вирусная болезнь, характеризующаяся циклическим течением, проявляющаяся общей интоксикацией, пятнисто-папулёзной сыпью на коже, характерными высыпаниями на слизистой оболочке рта, воспалением верхних дыхательных путей и конъюнктив.

История и распространение

- Болезнь известна с древних времен. В IX в. была описана арабским врачом Разесом, который считал ее легкой формой натуральной оспы, поэтому она получила название — «morbilli» — «малая болезнь» в отличие от «morbus» — оспа (большая болезнь).
- В XVII в. подробное описание клиники кори в Англии дали Т.Сиденхем и Т.Мортон во Франции.
- Вирусную этиологию кори в 1911 г. доказали Т.Андерсон и Й.Голдбергер путем заражения обезьян фильтратом крови и носоглоточной слизи больных людей, однако культура возбудителя была выделена только в 1954 г. И.Эндерсом.
- В начале XX в. корь была одной из самых распространенных детских инфекционных болезней и характеризовалась тяжелым течением. Летальность среди детей до 3 лет достигала 40 %. При заносе кори на изолированные территории (Фарерские острова, Фиджи) переболели до 80 % населения.
- Снижение летальности было достигнуто благодаря разработке метода серопротекции в 1916—1921 гг. Ш.Николем, Е.Консейлом и Р. Дегквитцем. Разработка и широкое применение противокоревой вакцины привели к резкому снижению заболеваемости и даже ее ликвидации в ряде стран.

ЭТИОЛОГИЯ

- ▣ Возбудитель – РНК-содержащий вирус из семейства парамиксовирусов, быстро инактивируется во внешней среде, имеет неправильную форму. Неустойчив во внешней среде, быстро погибает под действием высоких температур, ультрафиолетового облучения, эфира, при высушивании. Он длительное время сохраняет активность при низких температурах и не чувствителен к антибиотикам. При комнатной температуре сохраняется в течение 3 – 4 ч.

Эпидемиология

- Источник инфекции – больной корью человек. Вирусосительство при кори не установлено.
- Больной заразен в последние 2 дня инкубационного периода, весь катаральный период и в первые 4 дня после появления сыпи.
- Передача инфекции производится воздушно-капельным путем (мех-м передачи аэрогенный).
- После перенесенной реактивной коревой инфекции вырабатывается стойкий.

Патогенез

- ▣ Вирус проникает в организм человека через слизистую оболочку верхних дыхательных путей, размножается в эпителии респираторного тракта и в регионарных лимфатических узлах. Наблюдается кратковременная вирусемия (на 3 – 5-й день инкубационного периода). Вирус гематогенно разносится по всему организму, фиксируется и накапливается в ретикулоэндотелиальной системе. Воздействие иммунной системы организма на вируссодержащие клетки приводит к их цитолизу, высвобождению вирусов и развитию второй волны вирусемии. В силу тропности к эпителиоцитам вирус внедряется в слизистые оболочки респираторного тракта, полости рта, конъюнктиву. Аллергические реакции с участием компонентов вируса обуславливают повреждение стенок сосудов, отёк тканей и некротические изменения в клетках и тканях.
- ▣ *Элемент коревой сыпи – это очаг воспаления вокруг сосуда, в формировании которого немаловажную роль играет повреждение эндотелия сосуда.*
- ▣ Обладая тропностью к клеткам центральной нервной системы, вирус кори может обусловить развитие коревого энцефалита.

Клиника

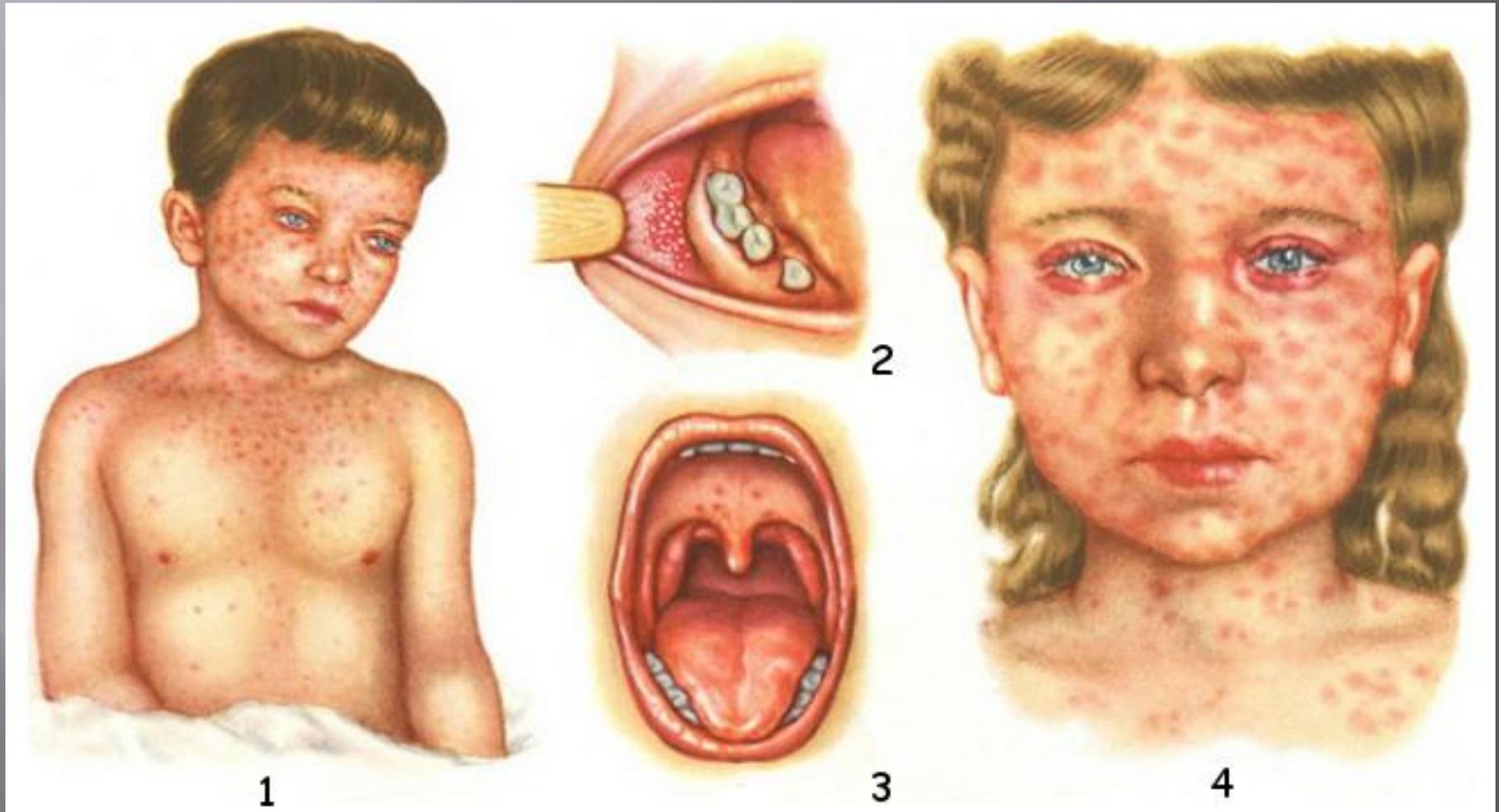
Выделяют следующие периоды болезни:

- 1) инкубационный (скрытый) – 9 – 17 дней.
Если ребенку вводился иммуноглобулин (или препараты крови) до или после контакта с больным корью, инкубационный период может удлиниться до 21 дня;
- 2) катаральный (начальный, продромальный) период – 3 – 4 дня;
- 3) период высыпания – 3 – 4 дня;
- 4) период пигментации – 7 – 14 дней.

Катаральный (начальный) период

- ▣ Этот период длительносья 3 – 4 дня, характеризуется повышением температуры тела до фебрильных цифр, общей интоксикацией, выраженным катаральным воспалением верхних дыхательных путей и конъюнктивы. Выделения из носа обильные, серозного характера, затем появляется сухой, резкий, навязчивый кашель. Отмечаются гиперемия конъюнктивы, светобоязнь, слезотечение, отек век. Патогномоничный симптом, возникающий за 1 – 2 дня до высыпания, – пятна Бельского – Филатова – Коплика: на слизистой оболочке щек у малых коренных зубов (реже – губ и десен) появляются мелкие серовато– беловатые точки, окруженные красным венчиком, величиной с маковое зерно. Они не сливаются, их нельзя снять шпателем, так как они представляют собой мелкие участки некротизированного эпителия. Этот симптом держится 2 – 3 дня.

1-4 сыпь; 2 – симптом Бельского-Филатова-Коплика; 3 –
энантема в продромальный период



Период высыпаний

- На 3-5-й день болезни с характерной этапностью появляется сыпь. В 1-е сутки сыпь возникает за ушами, на лице, шее, в верхней части груди, на 2-й день — на всём туловище, на 3-й день — на конечностях. Сыпь носит пятнисто-папулёзный характер, склонна к слиянию, возникает на фоне неизменённой кожи. Исчезновение сыпи происходит в порядке её появления; после сыпи остаётся пигментация, иногда с отрубевидным шелушением.
- Температура тела повышена в течение всего периода высыпания. Если ход неосложнённый, она нормализуется на 3-4-й день от возникновения сыпи. Период высыпания тяжёлый в течении болезни, характеризуется выраженными симптомами общей интоксикации, раздражительностью, головной болью, нарушением аппетита и сна, иногда наблюдаются

Период пигментации

- ▣ Элементы сыпи – крупные, яркие пятнисто-папулезные, незудящие, сопровождаются ухудшением общего состояния больного, могут сливаться между собой и после угасания оставляют пятнистую пигментацию в том же порядке, как и появлялись. Сыпь держится 1 – 1,5 недели и заканчивается мелким отрубевидным шелушением. В период пигментации температура тела нормализуется, улучшается самочувствие, катаральные явления постепенно исчезают.

Осложнения

- ▣ Осложнения кори многочисленны и очень тяжелы, обусловлены тропизмом вируса кори к эпителиоцитам и клеткам ЦНС, а также его способностью вызывать иммунодепрессию.
- ▣ *Пневмонии* остаются самым частым осложнением кори
- ▣ *Ларингиты (ларинготрахеобронхиты)* при присоединении вторичной условно-патогенной флоры из обычного проявления кори могут превратиться в ее грозное осложнение из-за развития язвенно-некротического или пленчатого процесса. Клинически это проявляется в форме коревого крупа, напоминающего по течению и ложный (как при ОРЗ), и истинный (как при дифтерии) круп.
- ▣ *Энцефалит, менингит, менингоэнцефалит* – наиболее тяжелые осложнения кори, именно они обуславливают большую часть летальных исходов при этом заболевании. У взрослых они протекают особенно тяжело.

Диагностика

При наличии характерного симптома кори – пятен Бельского – Филатова – Коплика окончательный диагноз заболевания может быть установлен уже в продромальный (катаральный) период. Нетруден диагноз кори и при типичном ее течении в период высыпаний, особенно при хорошо собранном эпидемиологическом анамнезе. 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 с использованием парных сывороток. Четырехкратное нарастание титра антител в РПГА позволяет подтвердить (ретроспективно) диагноз.

Госпитализация

- ▣ Лечение больных неосложненной корью проводится, как правило, в домашних условиях. Госпитализация необходима при тяжелом течении болезни, наличия осложнений и в тех случаях, когда домашние условия не позволяют организовать соответствующий надзор за больным. Обязательно госпитализируют детей из закрытых детских учреждений и в возрасте до года; по эпид. показаниям.
- ▣ Помещают больных в боксы

Особенности ухода

- ▣ Во время лихорадочного периода – постельный режим
- ▣ Приглушенный свет
- ▣ Регулярные проветривания и влажная уборка
- ▣ Диета без ограничений, в соответствии с желаниями больного
- ▣ Тщательный туалет кожи (умывание, подмывание)
- ▣ Уход за полостью рта (полоскание кипяченой водой, р-ом фурацилина 1:5000, 2% р-ом соды)
- ▣ Уход за глазами (гигиена, закапывание 20% р-ом сульфацил-натрия 3-4 раза в день)
- ▣ Этиотропной терапии нет
- ▣ Ослабленным больным вводят нормальный человеческий (противокоревой) иммуноглобулин

Профилактика

- ▣ Больного изолируют с 5-го дня от начала клинических проявлений.
- ▣ Все контактные, не больные корью, подлежат разобщению на 17 дней (если они с профилактической целью не получали иммуноглобулин) или на 21 день (если они получили пассивную профилактику иммуноглобулином).
- ▣ В помещении, где находится больной, текущую дезинфекцию не проводят, но обеспечивают систематическое проветривание и тщательную влажную уборку. Заключительной дезинфекции (в случае госпитализации больного) также не требуется, ее заменяют влажной уборкой помещения и проветриванием.

Основной способ профилактики этой инфекции — активная иммунизация. В России вакцинация против кори проводится детям в возрасте 12-15 месяцев, ревакцинация — в шесть лет. Иммунизация против кори также проводится ранее не привитым и не болевшим корью подросткам в возрасте 15-17 лет и взрослым в возрасте до 35 лет.

Тому, кто контактировал с больным корью, и при этом ранее не болел и не привит против этой инфекции, возможно проведение пассивной иммунизации.

Введение иммуноглобулина в течение первых дней после контакта может защитить от болезни или обеспечить более легкое ее течение (митигированная корь).

В детских дошкольных учреждениях карантин устанавливается для ранее не болевших корью и не привитых детей на 17 дней от начала контакта.