

КОРЬ.КРАСНУХА.

Выполнили студентки 8 группы:
Савосина В.В., 12 группы
Картамышева Н.В.

КОРЬ

Корь — острая инфекционная вирусная антропонозная болезнь с воздушно-капельным путем передачи возбудителя. Характеризуется цикличностью течения, лихорадкой, интоксикацией, катарально-респираторным синдромом, наличием пятен Филатова—Коплика и пятнисто-папулезной сыпью.

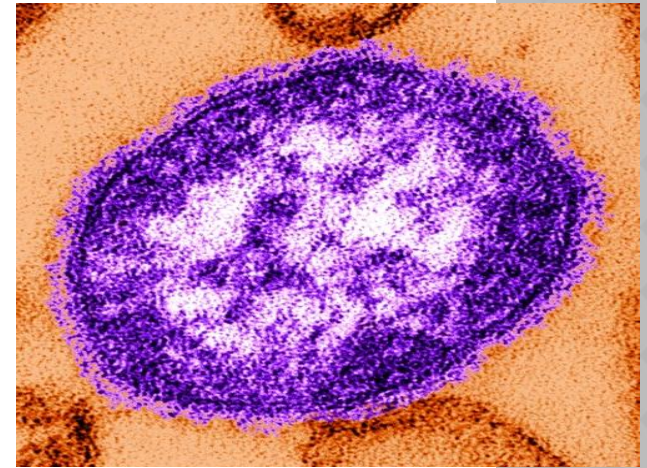
ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Корь известна со времён глубокой древности. Его подробное клиническое описание составили арабский врач Разес (IX век), англичане Т. Сиднэм и Р. Мортон (XVII век). С XVIII века корь рассматривают как самостоятельную нозологию. Вирусную этиологию заболевания доказали А. Эндерсон и Д. Гольдбергер (1911). Возбудитель выделили Д. Эндерс и Т.К. Пиблс (1954). Эффективную серопрфилактику кори разработал Р. Дегквитц (1916-1920). Живую вакцину, применяемую с 1967 г. для плановой вакцинации, разработали А.А. Смородинцев с соавт. (1960).



ЭТИОЛОГИЯ

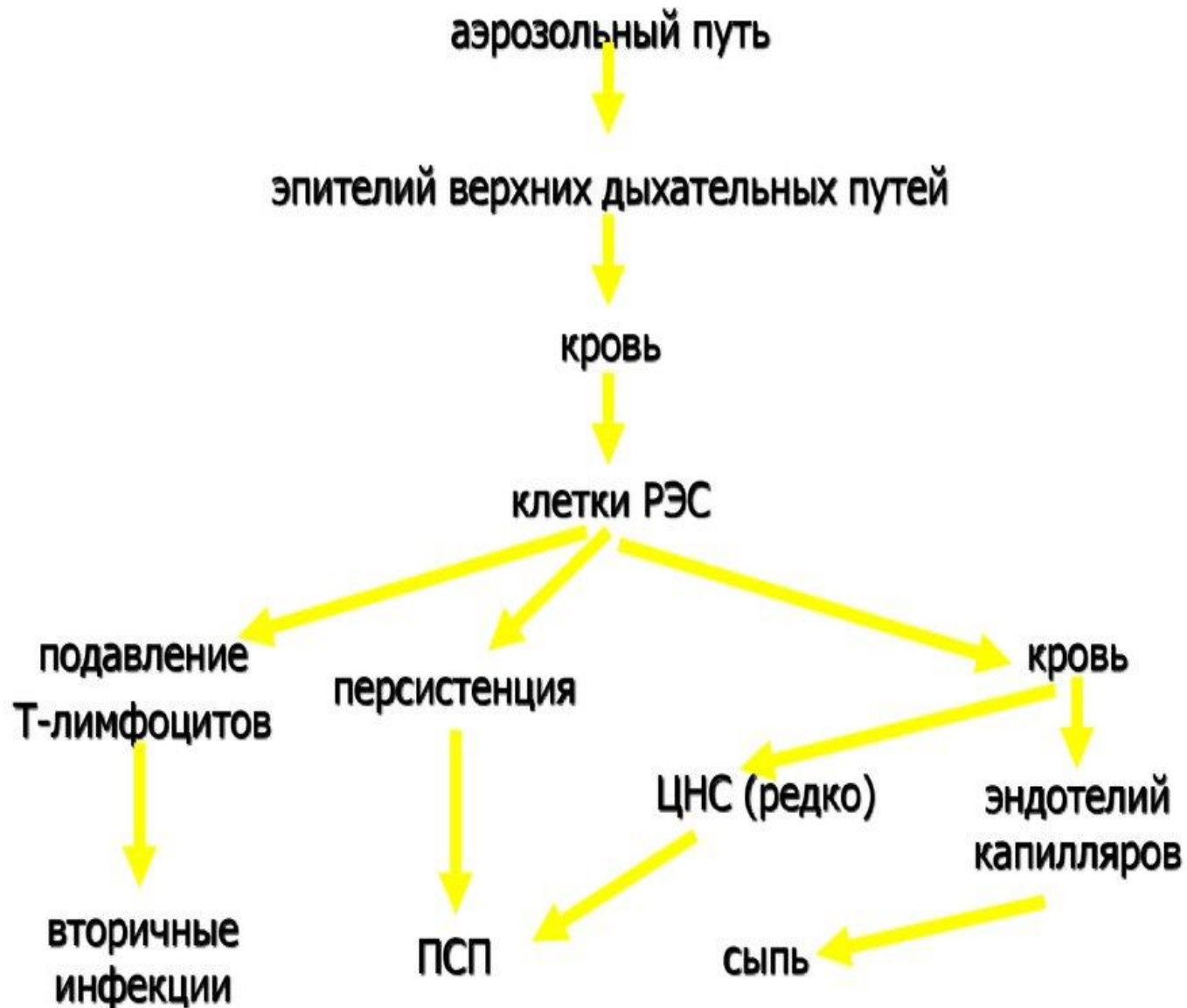
Вирус кори относится к роду *Morbillivirus* семейства парамиксовирусов. Вирион имеет сферическую форму, диаметр 120–250 нм, однонитевую РНК. Вирион окружен двухслойной липопротеиновой оболочкой. Вирус имеет 3 основных антигена — гемагглютинин, протеин F и нуклеопротеидный белок, причем антитела к гемагглютнину и протеину F проявляют цитотоксическое действие в отношении инфицированных вирусом клеток. Вирус кори является индуктором интерферона, антигенно однороден.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Единственным источником возбудителя является больной человек с последних дней инкубационного периода. Механизм передачи аэрогенный. Особенно заразны больные в катаральном периоде болезни, значительно меньше – в первые 4 дня периода высыпания.
- В настоящее время заболеваемость очень низкая, болеют лица любых возрастных групп, не охваченные вакцинацией, сезонность и периодичность четко не выражены.

Корь: патогенез



КЛИНИКА

- Выделяют следующие периоды болезни:
- 1) инкубационный (скрытый) - 9–17 дней.
Если производились переливания крови до или после контакта с больным корью, инкубационный период может удлиняться до 21 дня;
- 2) катаральный (начальный, продромальный) период - 3–4 дня;
- 3) период высыпания - 3–4 дня;
- 4) период пигментации - 7–14 дней.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

Характеризуется повышением температуры до фебрильных цифр, общей интоксикацией, слабостью, головной болью, выраженным катаром верхних дыхательных путей, конъюнктивы. Выделения из носа серозного характера, сухой кашель.



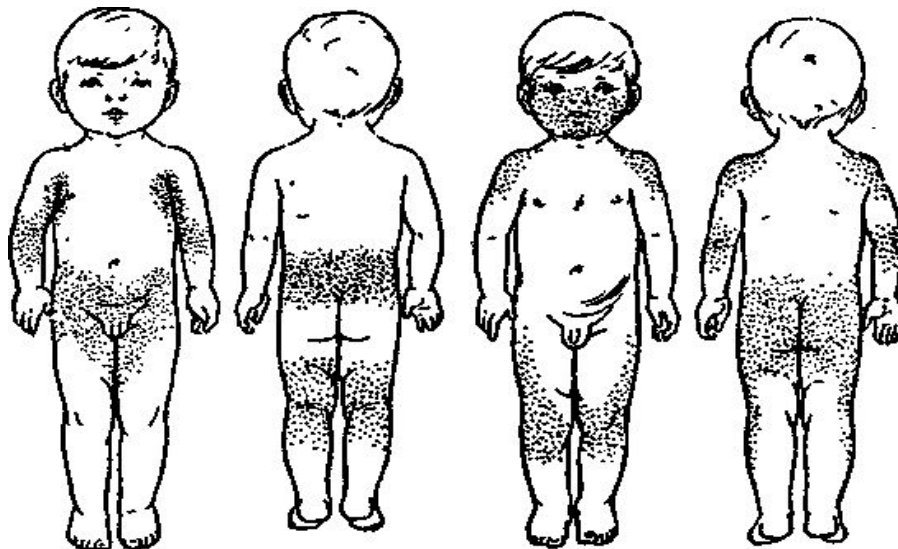


Патогномоничный симптом, возникающий за 1-2 дня до высыпаний - пятна Бельского-Филатова-Коплика - на слизистой оболочке щек у малых коренных зубов появляются мелкие серовато-беловатые точки, окруженные красным венчиком, величиной с маковое зерно. Они не сливаются, их нельзя снять шпателем, так как они представляют собой мелкие участки некротизированного эпителия. Этот симптом держится 2-3 дня.



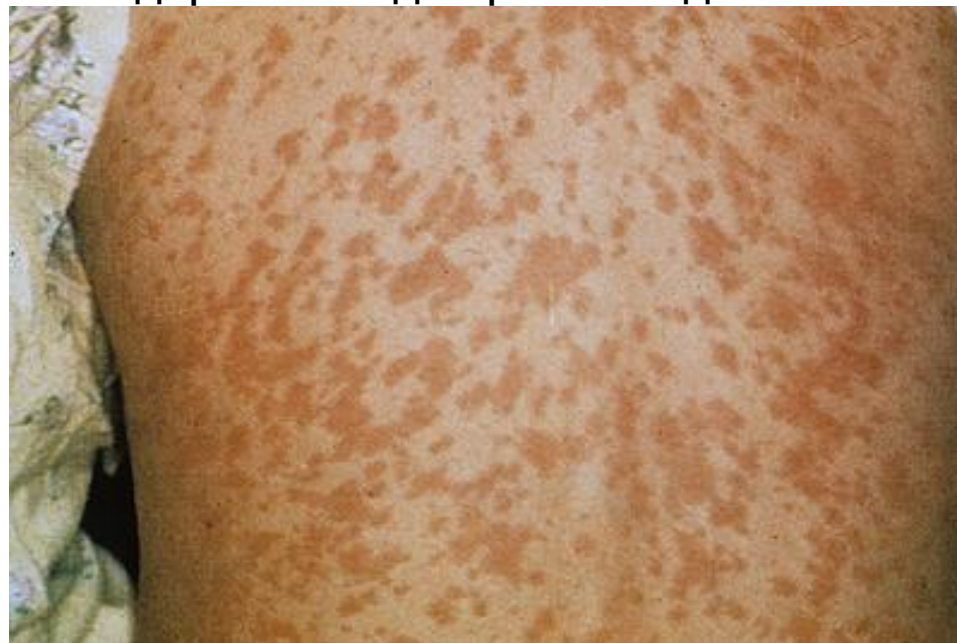
СИНДРОМ ВЫСЫПАНИЙ.

На 4-5 дне болезни начинаются высыпания, которые продолжаются 3 дня и характеризуются этапностью. Вначале сыпь появляется на лице, шее, верхней части груди, затем на туловище, и на третий день на конечностях. Элементы сыпи— крупные, яркие пятнисто-папулезные, не зудящие, 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. Корь протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах.



ПИГМЕНТАЦИЯ И ШЕЛУШЕНИЕ СЫПИ

Сыпь угасает в том порядке в каком появлялась. На месте где были папулы активно вырабатывается пигмент меланин, что приводит к появлению светло-пятен. Отмирание клеток верхнего слоя приводит к шелушению. Кожа покрывается мелкими белыми чешуйками, похожими на муку. Кожа приобретает здоровый вид через 7-10 дней.



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРИ

Проводится на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных. В анализе крови – лейкопения, эозинопения, моноцитопения. Точному распознаванию помогает серологическое исследование (РТГА). Для ранней диагностики применяется метод иммуноферментного анализа, с помощью которого в крови больного в остром периоде заболевания обнаруживают противокоревые антитела класса IG M, что указывает на острую коревую инфекцию, а антитела класса. IG G свидетельствуют о ранее перенесенном заболевании (вакцинации).

ЛЕЧЕНИЕ КОРИ

Специфическое лечение не разработано. В основе терапии - соблюдение постельного режима до нормализации температуры и соблюдение гигиены тела. Больные госпитализируются в случаях тяжелых форм заболевания, наличия осложнений, также госпитализируются дети до 1 года. Проводится посиндромная симптоматическая медикаментозная терапия. При осложнениях бактериальной природы - антибиотикотерапия.

ПРОФИЛАКТИКА КОРИ

Необходима вакцинация всех детей с 15–18-месячного возраста. Для этой цели используется живая коревая вакцина Ленинград-16. Разведенную вакцину вводят однократно подкожно ослабленным детям без возрастных ограничений, а также не достигшим 3-летнего возраста. Детям до 3-летнего возраста, имевшим контакт с больными корью, с профилактической целью вводится иммуноглобулин в количестве 3 мл. Заболевшие корью подвергаются изоляции не менее чем до 5-го дня с появления сыпи. Подлежат разобщению с 8-го по 17-й день дети, контактировавшие с больными и не подвергавшиеся активной иммунизации. Дети, подвергавшиеся пассивной иммунизации, разобщаются до 21-го дня с момента возможного заражения. Дезинфекцию не проводят.

КРАСНУХА.

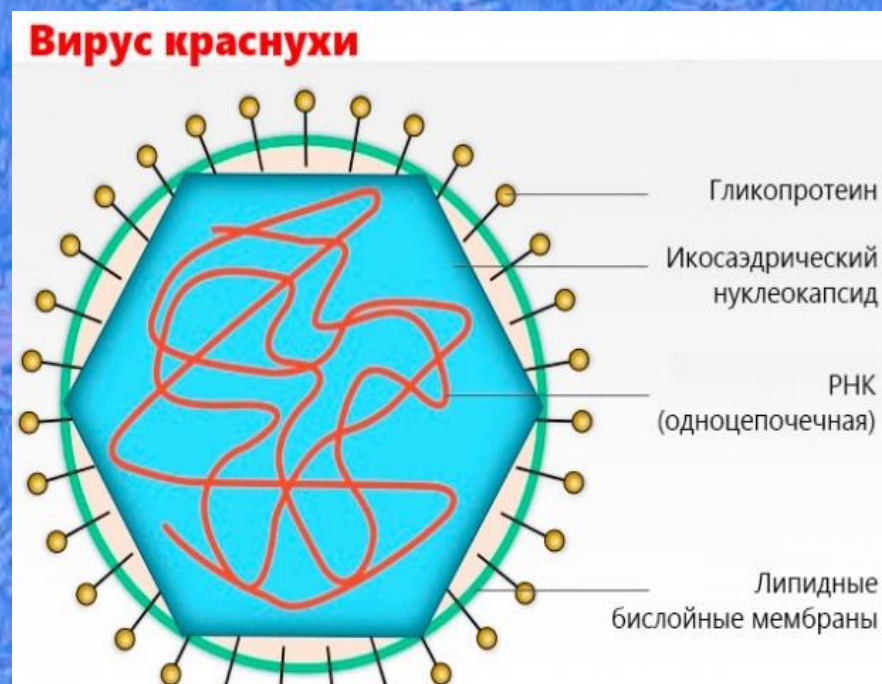
- Краснуха - острое вирусное заболевание с воздушно-капельным путем передачи, характеризуется кратковременным лихорадочным состоянием, пятнистой сыпью и увеличением заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Клинические отличия краснухи от скарлатины и кори впервые описаны И. Вагнером (1829); с 1881 г. краснуху считают самостоятельной нозологией. Вирусная природа инфекции доказана Хиро и Тасака (1938). Возбудитель выделен П.Д. Паркманом, Е.Х. Уэллером и Ф.А. Невой (1961). Тератогенное действие установили Н. М. Грегг (1941), Р.А. Канторович с соавт. (1973), О.Г. Анджапаридзе и Т.И. Червонский.

ЭТИОЛОГИЯ

Вирус содержит РНК, имеет сферическую форму, неустойчив во внешней среде, быстро погибает под действием высоких температур, ультрафиолетового облучения и эфира, длительно сохраняет активность при замораживании.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Путь распространения - воздушно - капельный с преимущественным поражением детей от 1 до 9 лет. Отмечается зимне - весенний пик заболеваемости. Источник инфекции - больной человек. Заразным больной бывает за 7 дней до появления сыпи и 5-7 дней после ее появления. После перенесенной краснухи вырабатывается стойкий, пожизненный иммунитет.

Краснуха: патогенез

- аэрозольный
- контактный

↓
лимфатические узлы
(увеличение, болезненность)

↓
лимфа

↓
кровь

← сыпь

↘ трансплацентарная передача

ВИРУС КРАСНУХИ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Вирус краснухи обладает тропизмом к эмбриональной ткани, значительно нарушает развитие плода. Частота поражений плода зависит от сроков беременности. Заболевание краснухой на 3-4-й неделе беременности обуславливает врожденные уродства в 60% случаев, на 9-12-й неделе — в 15% и на 13-16-й неделе — в 7% случаев. При заболевании беременных краснухой во время вирусемии вирус попадает в плаценту, там размножается и инфицирует плод. Инфекция вызывает нарушения митотической активности, хромосомные изменения, что приводит к отставанию в физическом и умственном развитии. При врожденной краснухе, несмотря на наличие в сыворотке крови антител к вирусу краснухи, возбудитель длительное время (до 31 мес) сохраняется в организме ребенка. Ребенок в течение всего этого времени может быть источником инфекции для других детей.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- **Инкубационный период** - 11-21 день. Продромальный период характеризуется появлением энантемы в виде мелких пятен на слизистой мягкого и твердого неба. В этот период появляется увеличение заднешейных, затылочных и других лимфатических узлов.
- **Интоксикационный синдром.** Больные отмечают слабость, недомогание, головную боль, боль в мышцах и суставах. Температура чаще поднимается до субфебрильных цифр.
- **Синдром высыпаний.** Характерная черта высыпаний в том, что они одновременно появляются по всему кожному покрову. Продолжительность высыпаний 2-4 дня. Высыпания вначале появляются на лице и в первые сутки распространяется на все кожные покровы. Сыпь мелкопятнистого характера, неяркая, розовая, обильная, с ровными очертаниями, не зудит, преимущественно локализуется на разгибательных поверхностях конечностей, на спине, пояснице, ягодицах. Элементы сыпи не имеют склонности к слиянию и исчезают через 2-3 дня, не оставляя пигментации.



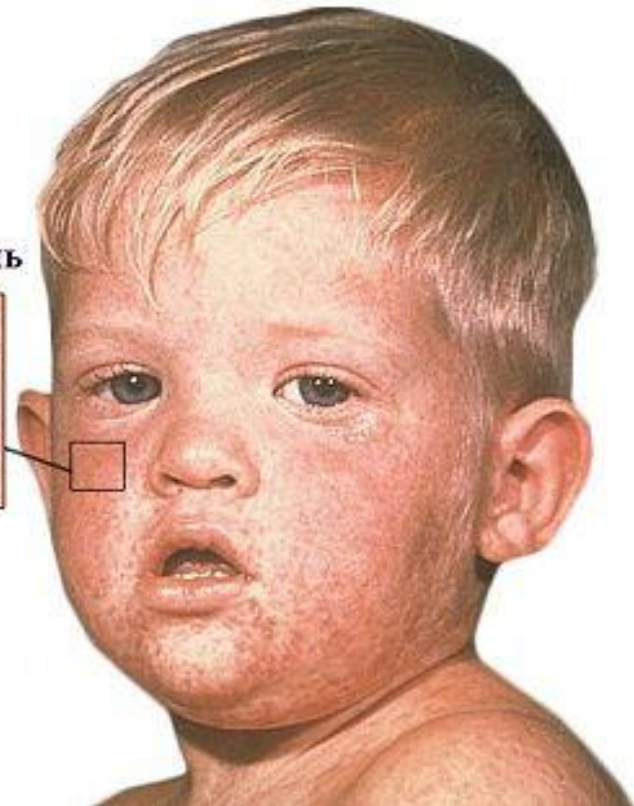
КРАСНУХА

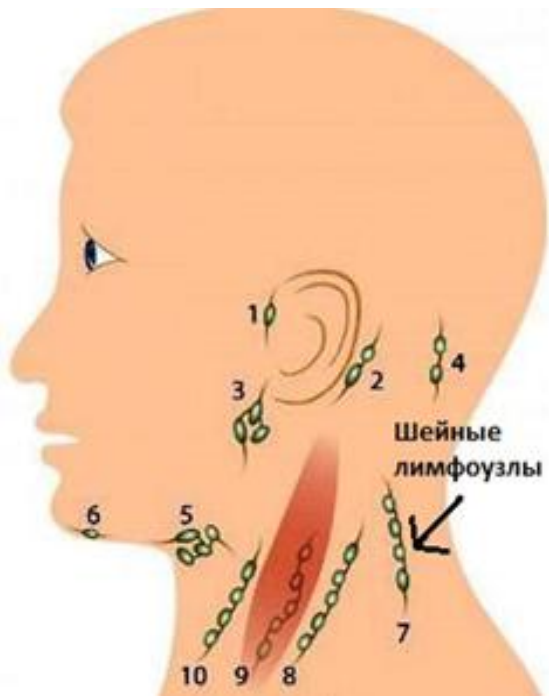
мелкая красная сыпь

на шее

бедрях

и туловище





ВРОЖДЕННАЯ КРАСНУХА

Течение болезни при внутриутробном заражении значительно отличается от обычной краснухи. К синдрому врожденной краснухи принято относить

пороки развития сердца – незаращение артериального протока, дефекты межжелудочковой перегородки, стеноз легочного ствола;

поражение глаз – помутнение роговицы, катаракты, хориоретинит
микрофтальмия

микроцефалия, умственная отсталость, глухота

Чем опасна краснуха?



катаракта



пороки сердца



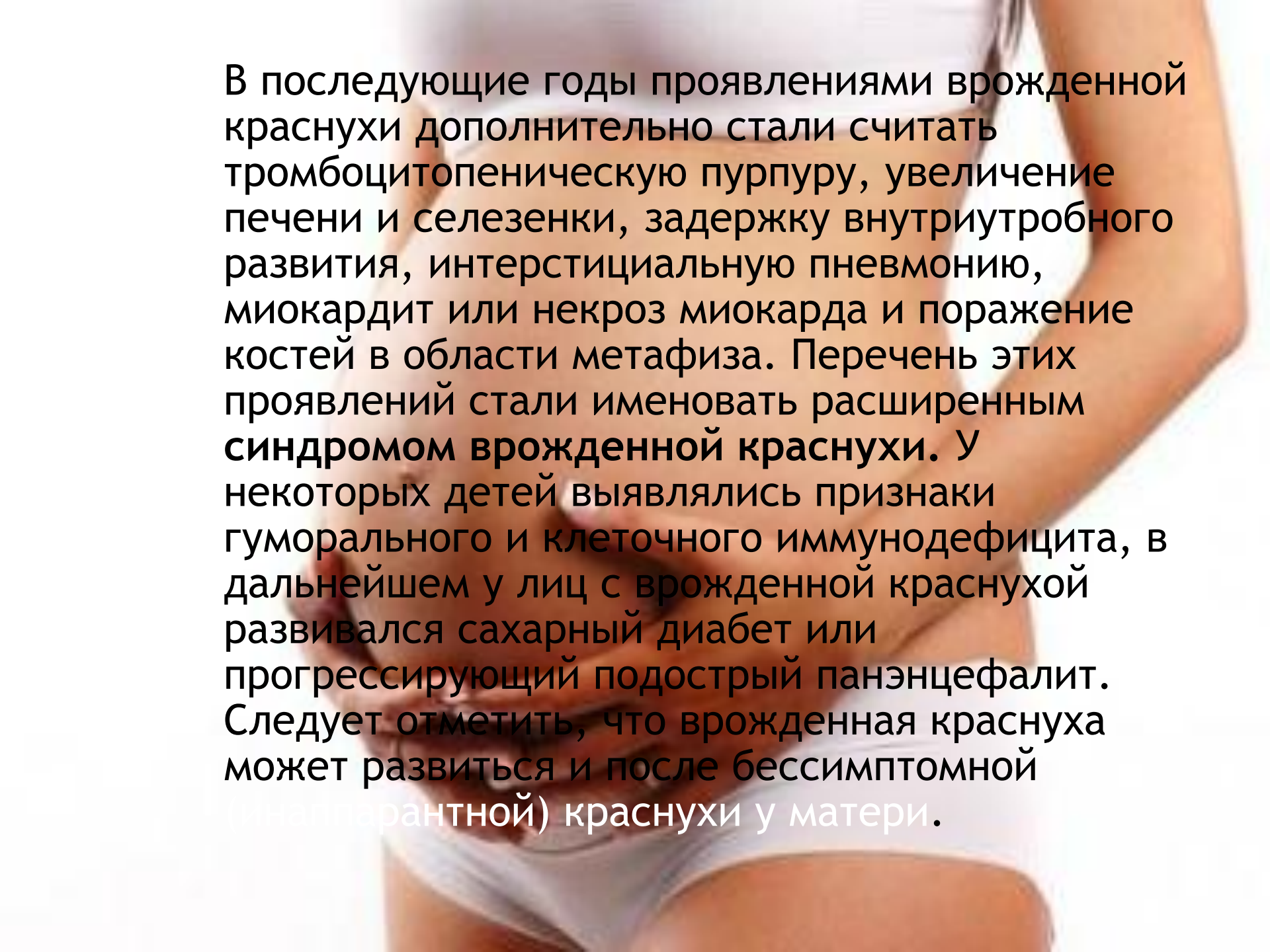
поражение ребенка
внутриутробно



микроцефалия



глухота

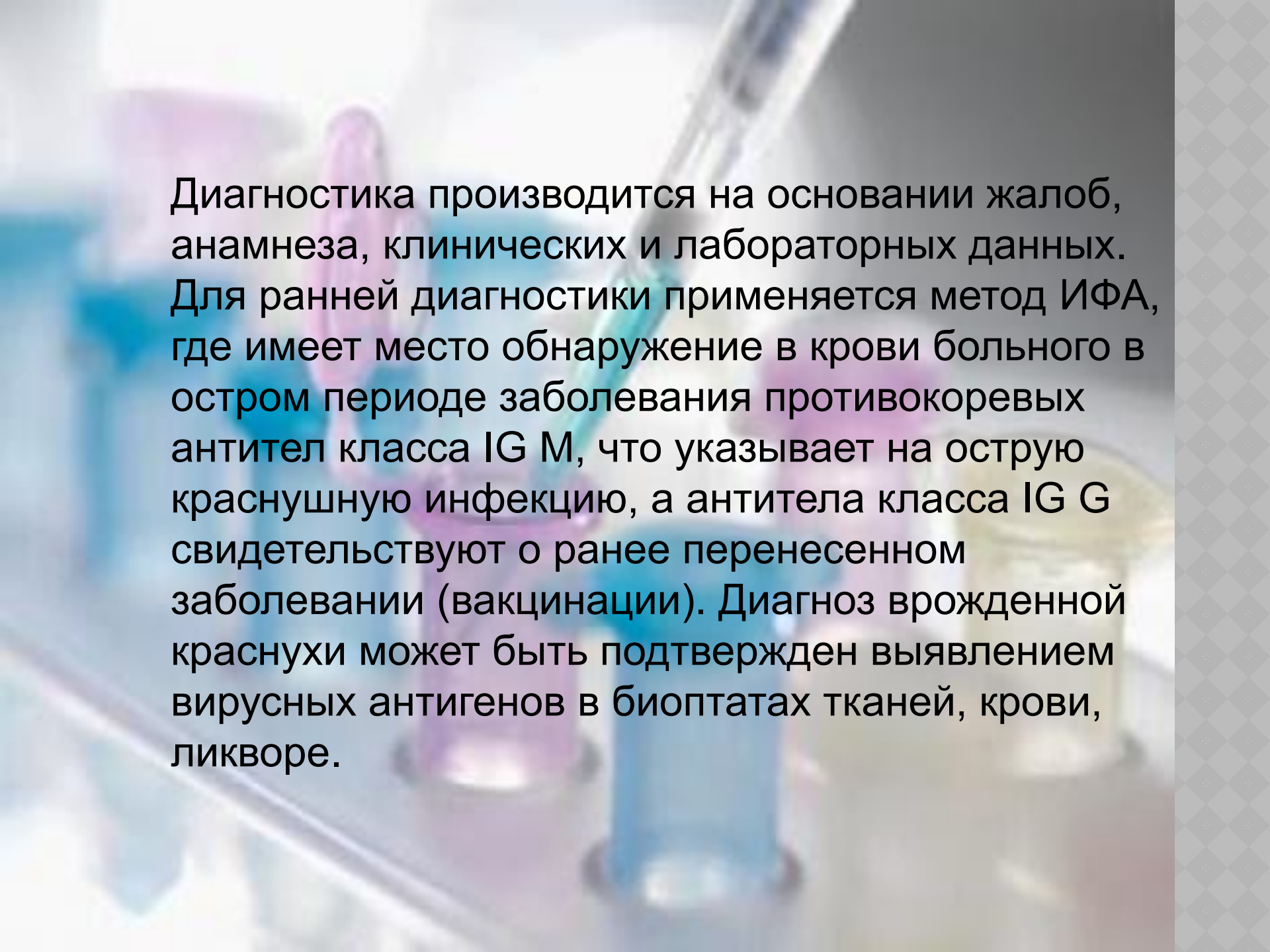


В последующие годы проявлениями врожденной краснухи дополнительно стали считать тромбоцитопеническую пурпуру, увеличение печени и селезенки, задержку внутриутробного развития, интерстициальную пневмонию, миокардит или некроз миокарда и поражение костей в области метафиза. Перечень этих проявлений стали именовать расширенным синдромом врожденной краснухи. У некоторых детей выявлялись признаки гуморального и клеточного иммунодефицита, в дальнейшем у лиц с врожденной краснухой развивался сахарный диабет или прогрессирующий подострый панэнцефалит. Следует отметить, что врожденная краснуха может развиваться и после бессимптомной (субклинической) краснухи у матери.



**Вероятность развития синдрома
врожденной краснухи при заболевании
матери в разные сроки беременности**

До 11 недель	90%
11-12 недель	30%
12-14 недель	20%
15-16 недель	10%
после 16 недель	5%



Диагностика производится на основании жалоб, анамнеза, клинических и лабораторных данных. Для ранней диагностики применяется метод ИФА, где имеет место обнаружение в крови больного в остром периоде заболевания противокоревых антител класса IG M, что указывает на острую краснушную инфекцию, а антитела класса IG G свидетельствуют о ранее перенесенном заболевании (вакцинации). Диагноз врожденной краснухи может быть подтвержден выявлением вирусных антигенов в биоптатах тканей, крови, ликворе.

ПРОФИЛАКТИКА КРАСНУХИ

Изоляция больного - не менее 7 дней от начала заболевания (появления сыпи). Изоляция контактных - на период с 11-го по 21-й день от момента контакта. Необходимо оберегать беременных женщин, не болевших краснухой, от общения с больными на срок не менее 3 недель. В случае контакта беременной женщины с больным краснухой рекомендуется ввести гипериммунный гамма-глобулин (до 20 мл). Заболевание женщины краснухой в первые 3 месяца беременности считают показанием для прерывания. Разработан метод активной иммунизации живой краснушной вакциной детей в возрасте 12–15 лет, а ревакцинацию проводят в возрасте 6 лет и девочкам в 13 лет.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение краснухи ограничивается патогенетическими и симптоматическими средствами. В остром периоде больной должен находиться на постельном режиме. Детям со склонностью к аллергическим реакциям и при зудящей сыпи назначают антигистаминные средства. При наличии симптомов поражения суставов используют анальгетики и местное тепло. Поражение центральной нервной системы требует немедленной госпитализации больного и экстренного комплексного лечения: дезинтоксикационной, дегидратационной, противосудорожной и противовоспалительной терапии. Специфического лечения при краснухе в настоящее время нет.