

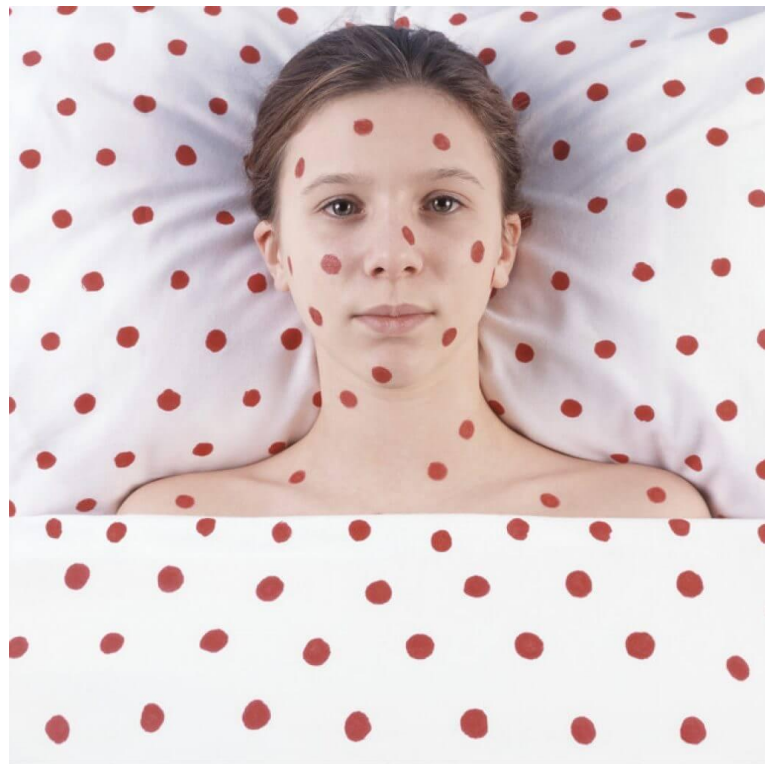
КОРЬ

этиология, патогенез и клиническая картина

Подготовили специалисты ГБУЗ
НО ИКБ №2 г.Нижнего Новгорода

Содержание:

1. определение
2. краткие исторические факты
3. этиология
4. эпидемиология
5. патогенез
6. клиническая картина
7. дифференциальная диагностика
8. лабораторная диагностика
9. осложнения
10. лечение
11. эпидемиологический надзор
12. профилактические мероприятия



Определение





Корь (лат. Morbilli) —

**острое вирусное антропонозное
заболевание с интоксикацией,
катаральным поражением
верхних дыхательных путей и
пятнисто-папулёзной
экзантемой.**

Краткие исторические сведения





Из истории

Заболевание известно со времён глубокой древности.

Его подробное клиническое описание составили арабский врач Разес (IX век), англичане Т.Сиднэм и Р. Мортон (XVII век).



Из истории

С XVIII века корь рассматривают как самостоятельную нозологию.
Вирусную этиологию заболевания доказали А. Эндерсон и Д. Гольдбергер (1911). Возбудителя выделили Д. Эндерс и Т.К. Пиблс (1954).





Из истории

Эффективную серопрофилактику кори разработал Р. Дегквитц (1916-1920). Живую вакцину, применяемую с 1967 г. для плановой вакцинации, разработали А.А. Смородинцев с соавт. (1960).



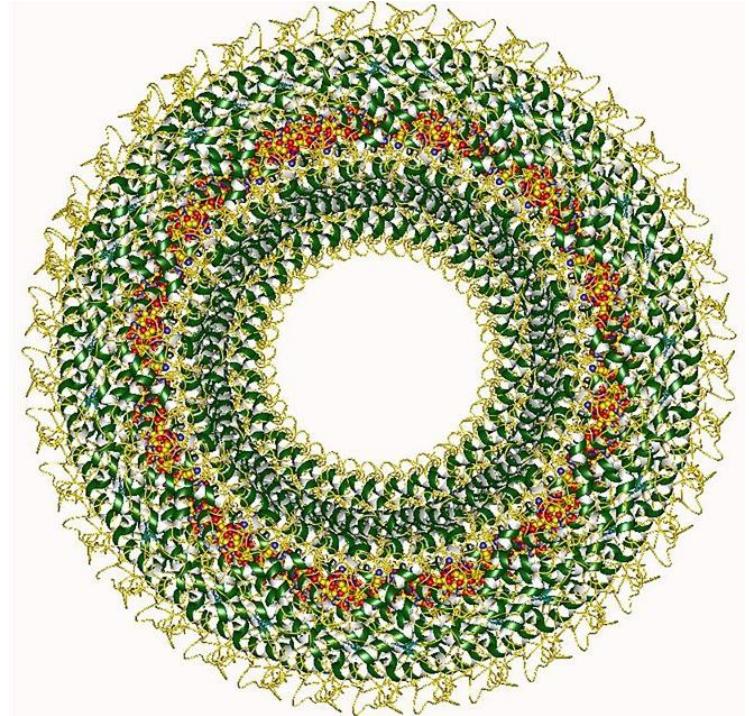
Этиология



Возбудитель

Возбудитель — РНК-геномный вирус рода **Morbillivirus** семейства **Paramyxoviridae**.

Все известные штаммы вируса принадлежат к одному серовару; антигенная структура сходна с возбудителями парагриппа и эпидемического паротита.



Нуклеокапсид вируса кори



Возбудитель

Наиболее важные Аг—гемагглютинин, гемолизин, нуклеокапсид и мембранный белок.

Вирус малоустойчив во внешней среде: быстро инактивируется под влиянием солнечного света, ультрафиолетовых лучей, при нагревании до 50 °С. При комнатной температуре сохраняет активность около 1—2 сут, при низкой температуре — в течение нескольких недель.

Оптимальная температура для сохранения вируса—(-15)-(-20) °С.

Эпидемиология





Резервуар и источник инфекции

больной человек, выделяющий вирус с последних 1 - 2 суток инкубационного периода, в течение всего продромального периода (за 3 - 4 дня до появления сыпи) и в первые 4 дня высыпаний.



Резервуар и источник инфекции

При осложнениях, иногда сопровождающих болезнь, возможно удлинение заразного периода до 10 сут с момента появления сыпи.

«Здоровое» носительство невозможно.





Механизм передачи

**Механизм передачи —
аэрозольный, путь передачи —
воздушно-капельный.**

**В составе носоглоточной слизи
вирус выделяется из организма при
кашле, чихании, разговоре и даже
при дыхании. С потоком воздуха
может разноситься на значительное
расстояние.**





Восприимчивость

Естественная восприимчивость людей очень высокая, постинфекционный иммунитет, как правило, пожизненный.

Повторные заболевания корью крайне редки.





Эпидемиология

Высокая и всеобщая восприимчивость к кори в сочетании с лёгкостью передачи возбудителя обуславливает её широкое распространение в первую очередь среди детей.

В довакцинальный период заболевание было распространено повсеместно и было одной из основных причин смертности детей раннего возраста.





Эпидемиология

В доиммунизационный период отмечали периодические подъемы заболеваемости с интервалом 2 - 4 года, высокую очаговость, зимне-весеннюю сезонность и преимущественное поражение детей дошкольного возраста.

Несмотря на то, что вакцинопрофилактику кори у нас в стране проводят с 1967 г., в последнее время на многих территориях страны отмечен рост заболеваемости.

Патогенез





Патогенез

Воротами инфекции служат слизистые оболочки верхних дыхательных путей и, возможно, конъюнктивы.

После первичной репликации в эпителиальных клетках и регионарных лимфатических узлах возбудитель проникает в кровь, первичная вирусемия развивается уже в инкубационном периоде.

В результате вирус диссеминирует, фиксируется в различных органах и вторично накапливается в клетках макрофагальной системы.



Патогенез

В инкубационном периоде количество вирусов в организме ещё сравнительно невелико и может быть нейтрализовано введением противокорьевого иммуноглобулина лицам, контактировавшим с больным корью, не позднее 5-го дня после контакта.





Патогенез

Появление катаральных симптомов заболевания совпадает с возникновением второй волны вирусемии. Максимальная концентрация вируса в крови сохраняется в течение всего катарального периода и первого дня высыпаний, затем резко падает. К 5-му дню высыпаний в крови появляются вируснейтрализующие АТ, а вирус уже не обнаруживают.





Патогенез

Обладая тропностью к эпителиальным клеткам слизистых оболочек и ЦНС, вирус в основном поражает верхние отделы дыхательных путей (иногда также бронхи и лёгкие), конъюнктиву, в незначительной степени ЖКТ.

Белковые компоненты вируса и биологически активные вещества, высвобождающиеся в ответ на циркуляцию вируса, придают катаральному воспалению в поражённых органах инфекционно-аллергический характер.



Патогенез

Специфический воспалительный очаговый процесс с аллергической реакцией, дистрофией эпителия, увеличением проницаемости сосудов, периваскулярной инфильтрацией и отёком лежит в основе формирования коревой энантемы, пятен Филатова-Коплика-Вельского на слизистой оболочке щёк и губ, а позже и экзантемы.

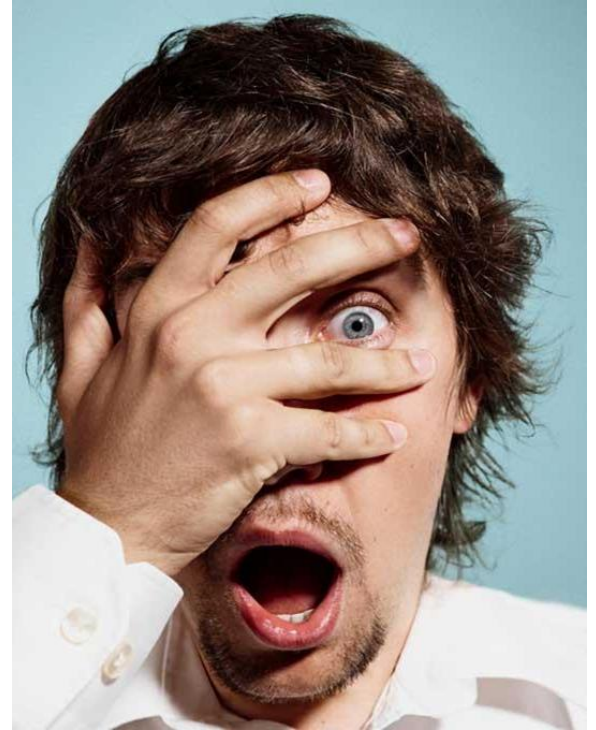




Патогенез

После выздоровления формируется иммунитет с пожизненным сохранением противокоревых АТ в крови.

Вместе с тем считают, что вирус может длительно оставаться в организме человека и быть виновником развития медленной инфекции в форме рассеянного склероза, подострого склерозирующего панэнцефалита, а также, возможно, некоторых системных заболеваний — системной красной волчанки, системной склеродермии, ревматоидного артрита.



Клиническая картина





Инкубационный период

Составляет в среднем 1-2 нед, при пассивной иммунизации иммуноглобулином он может удлиняться до 3-4 нед.

Существующие клинические классификации выделяют *типичную форму* кори различных степеней тяжести и *атипичную форму*.





Катаральный период

Острое начало — подъём температуры до 38-40 °С, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отёк век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зева и коревая энантема — красные пятна на твёрдом и мягком нёбе.





Период высыпания

Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4-й — 5-й день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывает разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы.

Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном и склонных к слиянию (в этом её характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается).





Период высыпания

Для кори характерна нисходящая последовательность высыпаний, что служит очень важным дифференциально-диагностическим признаком.

У взрослых сыпь бывает обильнее, чем у детей, она крупнопятнисто-папулёзная, часто сливная, при более тяжёлом течении заболевания возможно появление геморрагических элементов.





Период реконвалесценции

Период реконвалесценции (период пигментации) проявляется улучшением общего состояния больных: самочувствие становится удовлетворительным, нормализуется температура тела, постепенно исчезают катаральные симптомы.

Элементы сыпи бледнеют и угасают в том же порядке, в каком они появлялись, постепенно превращаясь в светло-коричневые пятна. В последующем пигментация исчезает за 5—7 дней.

После её исчезновения можно наблюдать отрубевидное шелушение кожи, в основном на лице. Пигментация и шелушение также служат диагностически важными, хотя и ретроспективными признаками кори.



Митигированная корь

Атипичная форма, развивающаяся у лиц, получивших пассивную или активную иммунизацию против кори или ранее переболевших ею.

Отличается более длительным инкубационным периодом, лёгким течением с мало выраженной или совсем не выраженной интоксикацией, сокращённым катаральным периодом. Пятна Филатова—Коплика—Вельского чаще всего отсутствуют.

Сыпь типична, но высыпание может возникнуть одновременно по всей поверхности туловища и конечностей или иметь восходящую последовательность.



Абортивная корь

Также относится к атипичным формам заболевания.

Начинается как типичная форма, но прерывается через 1-2 дня от начала болезни. Сыпь появляется только на лице и туловище, повышение температуры тела наблюдают обычно только в первый день высыпаний.

Также встречаются субклинические варианты кори, выявляемые только при серологическом исследовании парных сывороток крови.

Дифференциальная диагностика

The background is a solid teal color. It features several decorative elements: a large, semi-transparent pie chart in the upper right quadrant; several smaller, semi-transparent pie charts scattered in the upper right and middle right areas; and a semi-transparent bar chart in the bottom right corner with four bars of increasing height.



Дифференциальная диагностика

В гемограмме при неосложнённой кори отмечают лейкопению или нормоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфоцитоз, появление плазматических клеток, увеличение СОЭ. У взрослых возможны нейтрофилия, лимфопения и анэозинофилия.

Выделение вируса из носоглоточных смывов и постановку серологических реакций (РТГА, РСК и РН в парных сыворотках) в клинической практике применяют редко, поскольку их результаты носят ретроспективный характер.



Осложнения





Осложнения

Наиболее частое осложнение кори — пневмония. Ларингиты и ларинготрахеобронхиты у детей младшего возраста могут вести к развитию ложного крупа. Встречают стоматиты. Менингиты, менингоэнцефалиты и полиневриты чаще наблюдают у взрослых, эти состояния обычно развиваются в периоде пигментации.

Наиболее грозным, но, к счастью, редким осложнением (чаще у взрослых) бывает коревой энцефалит.



Лечение





Лечение

Неосложнённые формы чаще лечат на дому. Госпитализируют больных с тяжёлыми и осложнёнными формами, а также по эпидемиологическим показаниям.

Длительность постельного режима зависит от степени интоксикации и её длительности. Специальной диеты не требуется. Этиотропная терапия не разработана.





Лечение

С интоксикацией борются назначением большого количества жидкости. Проводят уход за полостью рта и глазами.

Исключают раздражающее воздействие прямого солнечного и яркого искусственного света.

Также назначают антигистаминные и симптоматические препараты.



Эпидемиологический надзор





Эпидемиологический надзор

Один из принципов эпидемиологического надзора за корью — использование классификации случаев этой инфекции.

- **Случай острого заболевания, при котором отмечен один или несколько типичных клинических признаков кори, классифицируют как «подозрительный».**
- **Случай острого заболевания, при котором выявлены клинические признаки, отвечающие «стандартному определению» случая кори, и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтверждённым случаем данной болезни классифицируют как «вероятный».**
- **Случай кори, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза реклассифицируют как «подтверждённый».**

Профилактические мероприятия



Профилактика

Для активной иммунопрофилактики кори применяют живую коревую вакцину (ЖКВ). Её готовят из вакцинного штамма Л-16, выращенного в культуре клеток эмбрионов японских перепелов.

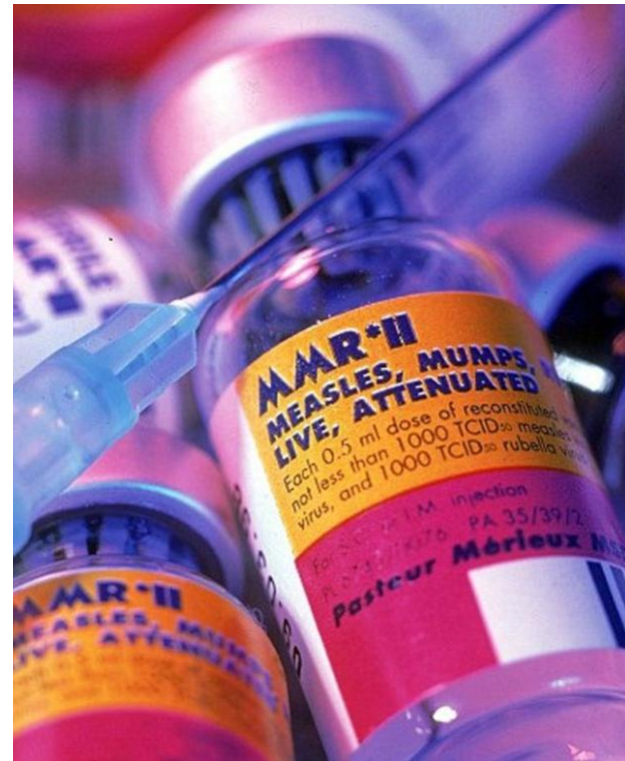
В Российской Федерации разрешено применение ЖКВ «Рувакс» (Авентис-Пастер, Франция), комплексной вакцины против кори, краснухи и паротита ММР (Мерк Шарп Доум, США).



Профилактика

Живую коревую вакцину прививают детям, не болевшим корью, с 12-15-месячного возраста. Ревакцинацию проводят так же, как и вакцинацию, однократно в 6 лет, перед поступлением в школу. Её цель — защита детей, у которых по той или иной причине иммунитет не сформировался.

Иммунизация не менее 95% детей обеспечивает хороший защитный эффект.



Спасибо за внимание!

The background is a solid teal color. It features several faint, semi-transparent graphics: a large pie chart in the upper right, a bar chart in the bottom right, and several smaller pie charts scattered throughout the right side.

Источники:

1. В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин “Инфекционные болезни и эпидемиология” 2007 г.
2. С.Г.Пак, Б.К.Данилкин, Е.В.Волчкова, М.Н.Алленов “Инфекционные болезни” 2008 г.
3. <https://ru.wikipedia.org>

