



К о р ь

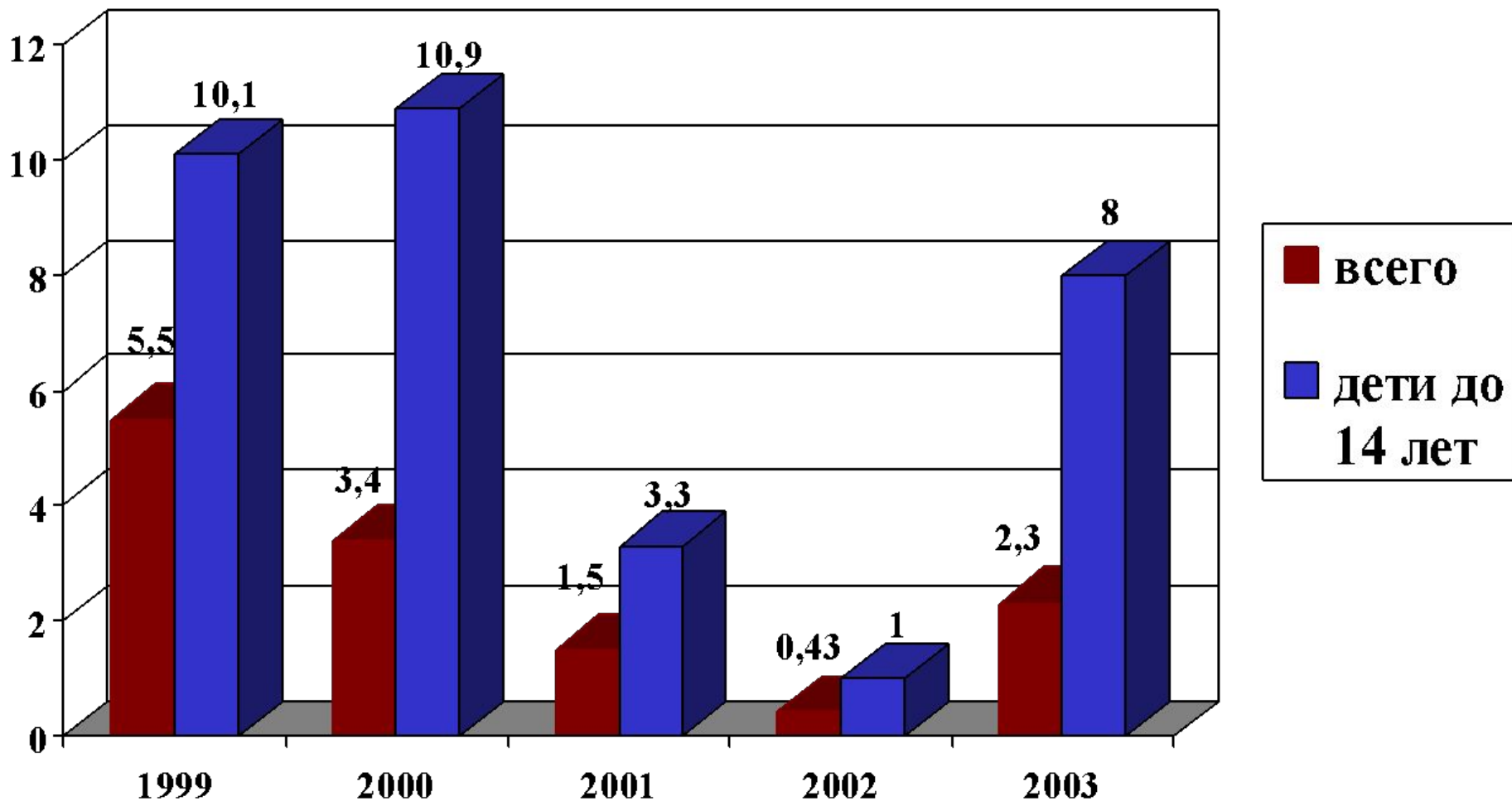
Корь – острое вирусное заболевание,
передающееся воздушно-капельным путем,
характеризующееся
лихорадкой, интоксикацией,
катаральным синдромом,
типичной энантемой,
макулопапулезной сыпью

В мире

Ежегодно регистрируется около 30 млн. случаев заболевания корью преимущественно в Африке

Ежегодно регистрируется более 800 000 случаев смерти – 85% в Африке и Юго-Восточной Азии
Летальные исходы преимущественно в возрасте до 5 лет (особенно 4-12 мес.) и среди иммунокомпрометированных детей (ВИЧ-инфекция, лейкемия и другие)

Показатели заболеваемости корью в РФ (на 100тыс.населения)



Семейство – парамиксовирусы род - Morbillivirus

РНК-содержащий

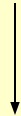
Неустойчивый, инактивируется при нагревании, действии УФО, дезинфицирующих средств.

Эпидемиологические особенности

- Источник больной человек последние 2 дня инкубации и до 4 дня появления сыпи
- Путь передачи – воздушно-капельный
- Высококонтагиозное заболевание – восприимчивость 98-99% (не болевшие, не привитые, утратившие иммунитет)
- Любой возраст
- Повторные случаи у 2-6%
- Сезонность – зима-весна

Патогенез

- Внедрение через эпителий ВДП
- Репликация в эпителии трахеи, бронхов
- Внедрение в регионарные л/у
- Внедрение в кровь – вирусемия



- Поражение органов
- Иммуносупрессия → бактериальные осложнения

летальный исход

Факторы риска развития тяжелой кори и летального исхода

- о Недоедание
- о Иммунодефицитное состояние
- о Беременность
- о Недостаточность витамина А

Клиника кори

- **Инкубационный период** -
9-10 дней (7 - 21дн.)

- **Продромальный период** -
3-4дн. – 5-7дн.

интоксикация, лихорадка

ларинготрахеит

конъюнктивит

внешний вид

коревая энантема

пятна Бельского-Филатова-Коплика

Пятна Бельского-Филатова-Коплика



Клиника кори

- **Период сыпи**

- макулопапулезная
- этапность (в течение 3-х дней)
- нормальный фон кожи
- легкий зуд
- склонность к слиянию
- яркий багрово-красный цвет

Усиление интоксикации, катаральных явлений, повышение Т, лимфаденопатия

Экзантема с 4 дня угасает, пигментация (1-2нед.), отрубевидное шелушение (5-7дн.).

Макулопапулезная сыпь при кори



Макулопапулезная сыпь при кори



Клиника кори

- Поражения других органов:
 - легкие – гиперплазия лимф. узлов, стаз ЖКТ
 - почки – олигурия
 - нервная система – энцефалит
 - менингоэнцефалит
- Кровь – лейкопения
- нейтропения
 - эозинопения
 - лимфоцитоз
 - тромбоцитопения

Классификация

- Течение – типичное
 - атипичное (митигированная)
- Формы: легкая
 - среднетяжелая
 - тяжелая
- Осложнения:
 - Бронхопневмония
 - Отит средний
 - Ларинготрахеобронхит
 - Стеноз гортани
 - Менингоэнцефалит, энцефалит (0,1%)
 - Гепатит (повышение АлАТ)
 - Энцефаломиелит
 - Тромбоцитопения
 - Миокардит

Подострый склерозирующий панэнцефалит (ПСПЭ) – медленная вирусная инфекция

- Инкубационный период – от 4-5 до 10-15 лет
- После перенесенной кори, возможно после вакцинации против кори
- Тяжелое, медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание нервной системы
- Стадии:
 1. Нарушение интеллекта
 2. Эпилептические приступы, миоклонические судороги
 3. Прогрессивная церебральная дегенерация
 4. Декортикация
- Летальный исход через 1-3 года
- Острые формы 1-3мес (10%)
- Затяжные формы 4-8 лет (10%)

Гистология

- Биопсия кожи (сыпь), пятна Коплика, легочная ткань, лимфоидная ткань – лимфоидные многоядерные гигантские клетки
- Биопсия мозга у больных с коревым энцефалитом выявляет демиелинизацию, пролиферацию микроглии, астроцитов, инфильтрацию макрофагов, гигантские клетки

Диагностика кори

- ИФА IgM

Антитела могут не определяться первые 2 дня периода сыпи.

У 77% результат (+) на 1- 3 день сыпи, у 100% на 4-11 день

У большинства больных IgM могут сохраняться до 30-60 дней

У некоторых не более 4 недель после появления сыпи

Диагностика кори

- При получении сомнительных результатов – ставится ИФА IgG (в 2-х сыворотках: 4-5 день болезни и через 1-2 недели, увеличение титра в 4 раза)
- Больные с **подострым склерозирующим панэнцефалитом** часто имеют высокие титры антител в крови и в СМЖ
- Культуральный метод (кровь, носоглоточный секрет, моча и др.)
- РТГА, РНГА – 2 сыворотки, нарастание титра в 4 раза

Лечение кори

Госпитализация – тяжелые формы, эпид. показания

- Патогенетическая, симптоматическая терапия
- Антибактериальная терапия при развитии бактериальных осложнений
- Витамин А
- Рибавирин (экспериментально) – при иммунодефиците, тяжелой кори, ПСПЭ
20-35 мг/кг/сутки в/венно 7 дней

- Выявлена корреляционная зависимость между недостатком витамина А с одной стороны и коревыми осложнениями и летальным исходом – с другой.
- При недостатке витамина А – развивались тяжелые формы болезни.

Профилактика кори

- Живая коревая вакцина
 - В соответствии с календарем прививок:
 - вакцинация в 12 мес. – у 95% иммунитет
 - ревакцинация в 6 лет – развитие иммунитета у 95% из 5% не ответивших на вакцинацию
 - Взрослым и детям при отсутствии иммунитета
- Нормальный человеческий иммуноглобулин в первые 5 дней после контакта детям с 3-12 мес., беременным и ВИЧ-инфицированным детям и взрослым независимо от наличия противокоревых антител

Изоляция источника инфекции (до 4 дня высыпаний)