

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.и профессор Тихонова Е.П.
Руководитель ординатуры: к.м.и. доцент Кузьмина Т.Ю.

Реферат на тему
"КОРЬ"

*Реферат
проверен
доц. Т.Ю. К.*

Выполнил ординатор 1 года

Попов И. А.

2020год.

Содержание:

1. Определение
2. Этиология
3. Эпидемиология
4. Патогенез
5. Клиника
6. Диагностика
7. Лечение
8. Профилактика
9. Список литературы

Корь – высоко контагиозное острое вирусное инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемое РНК-содержащим вирусом кори. Протекает с характерной лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек глаз, носоглотки и верхних дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже

Этиология

Возбудитель – вирус polynosa morbillarum из семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus, содержит РНК, обладает гемоагглютинирующей, гемолизирующей и комплементсвязывающей активностью. Вирус нестойк во внешней среде, но отличается высокой летучестью.

Эпидемиология

Корь на современном этапе относят к вакцинозависимым инфекциям. До внедрения массовой иммунизации чаще болели дети в возрасте от 2 до 5 лет, реже до 1 года в связи с наличием специфических антител, полученных трансплацентарно от матери с прочным постинфекционным иммунитетом. Вакцинация живой противокоревой вакцины Л-16 привела к резкому снижению заболеваемости во всех возрастных группах, кроме детей в возрасте 10-14 лет и взрослых.

Источник инфекции – больной человек. Продолжительность заразного периода составляет 10 дней (с последних двух дней инкубационного периода и до 5 дня от начала высыпания).

Путь передачи вируса – воздушно-капельный, с потоком воздуха. Корь отличается высокой заразительностью, индекс контагиозности составляет 95-96% среди неиммунного населения. Входные ворота – верхний отдел дыхательных путей – нос, носоглотка, возможно конъюнктив глаз.

Сезонность характерна осенне-зимняя. Периодические подъемы заболеваемости после введения массовой вакцинации и ревакцинации удлинились с 2-4 до 8-9 лет.

После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий иммунитет, повторные заболевания встречаются в 0.3% случаев. Длительность и напряженность поствакцинального иммунитета окончательно не изучена.

Патогенез

Входными воротами инфекции при кори являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей, возможно конъюнктив глаз, где вирус оседает, проникает в подслизистую оболочку и регионарные лимфатические узлы. В них происходит первичная репродукция вируса. Вирус обнаруживается в крови с 3-го дня инкубационного периода. Далее происходит фиксация и репродукция вируса в клетках ретикуло – эндотелиальной системы. Концентрация вируса продолжает нарастать и достигает максимума к первому дню высыпания. Наряду с поражением ретикуло эндотелиальную в патологический процесс вовлекаются слизистые оболочки трахеи, гортани, бронхов, кишечника, центральная нервная система. Системное поражение лимфоидной ткани, слизистых дыхательных путей, пищеварительной системы и кожи приводит к нарушению локальных барьеров, снижению иммунитета. Способность вируса кори вызвать состояние анергии (вторичного иммунодефицита) способствует развитию бактериальных осложнений.

Основные клинические симптомы

- *Инкубационный период* колеблется от 9 до 17 дней, у детей, получивших, по контакту иммуноглобулин его срок удлиняется до 21 дня, в отдельных случаях – до 28 дней.

- *Продромальный или катаральный период* длится 3-4 дня (с колебаниями от 1 до 6 дней), характеризуется острым началом с повышения температуры, озноба, головной боли, появления катаральных симптомов (ринит, кашель, склерит, конъюнктивит, светобоязнь), симптомов интоксикации. Температура на 2-3 день болезни может снижаться, к началу периода высыпания вновь повышается до максимальных цифр. Катаральный и интоксикационный синдром нарастает. За 1-2 дня

до появления сыпи на слизистой мягкого и твердого неба выявляется коревая энантема - неправильной формы розовато-красного цвета небольшие пятна . Одновременно на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, на деснах и губах появляется патогномоничный симптом кори – пятна Бельского – Филатого – Коплика в виде мелких серовато-белесоватых папул, окруженных узкой каймой . Пятна не снимаются тампоном, не сливаются, держатся 2-3 дня, иногда обнаруживаются на 2-3 день высыпания на коже. Слизистая оболочка рта – рыхлая, шероховатая, гиперемированная.

- *Симптомы интоксикации* характеризуются повышением температуры от субфебрильной до высоких цифр, недомоганием, вялостью, нарушением сна, снижением аппетита, появлением рвоты.

- *Период высыпания* начинается на 3-4 дни болезни, сопровождающееся новым подъемом температуры, усилением симптомов интоксикации и катаральных явлений, продолжается 3 дня. Сыпь носит пятнисто-папулезный характер, ярко-розовая или красная, имеет тенденцию к слиянию . Может быть с геморрагическим компонентом, распространяется на неизменном фоне кожи. Для коревой сыпи характерна этапность высыпания на коже: 1 день – спинка носа, шея, за ушами, лицо, частично верхняя часть груди, 2 день – туловище, верхняя часть рук, 3 день – конечности (рис.4-6)

- *Период пигментации* длится от 5-7 дней, до 2-х недель после периода высыпания. Сыпь начинает бледнеть и угасать в том же порядке, как и появляется, становится менее яркой, плоской, с синюшным оттенком, затем светло-коричневой. Пятна не исчезают при надавливании. Возможно отрубевидное шелушение кожи (чаще на лице, не бывает на ладонях и стопах). Симптомы интоксикации угасают, исчезают катаральные явления, нормализация температуры происходит на 4-6 дни высыпания.

Классификация

Тип

1. Типичная Типичность кори определяют периодичностью в развитии заболевания, наличием патогномоничных пятен Бельского – Филатого – Коплика на слизистой рта, этапностью появления пятнисто-папулезной сыпи, пигментацией элементов, катаральными явлениями и симптомом интоксикации.

2. Атипичная

- | | |
|------------------|--------------------|
| - стертая | - гипертоксическая |
| - митигированная | - геморрагическая |
| - бессимптомная | - злокачественная |

Тяжесть: (типичная форма)

1. Легкую

2. Среднетяжелую

3. Тяжелую

Течение

- **Гладкое**
- **Осложненное**

Показателями тяжести при кори, являются:

- выраженность симптомов интоксикации
- обилие сыпи с геморрагическим компонентом
- развитие острой сосудистой недостаточности, геморрагического синдрома
- развитие осложнений в ранние сроки болезни

При легкой форме кори:

- субфебрильная температура не более 3-4 дней
- слабо выраженные симптомы интоксикации
- умеренно выраженные катаральные явления
- 2-3 дневный период высыпания

При среднетяжелой форме кори:

- повышение температуры до 38-39° С в течение 4 дней
- нарушение общего состояния (вялость, снижение аппетита, нарушения сна)
- выраженные катаральные явления, 3-4 дня
- обилие пятнисто-папулезной сыпи
- продолжительность периода высыпания до 4 дней

При тяжелой форме кори:

- выраженные симптомы интоксикации (адинамия, гипертермия, судороги, нарушение сознания, частая рвота, развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности, геморрагического синдрома)

- сыпь обильная, может быть с геморрагическим компонентом

- раннее развитие осложнений

● *Атипичные формы кори:*

- стертая форма может встречаться у детей 1-го года жизни т.к. заболевание развивается на фоне остаточного пассивного иммунитета, полученного от иммунной матери. Протекает в виде легчайшей формы с укороченным катаральным и периодом высыпания, сыпь оставляет после себя бледную пигментацию.

- симптомы интоксикации отсутствуют

- температура субфебрильная

- катаральные явления слабо выражены или отсутствуют

- другие симптомы могут отсутствовать

● *Митигированная корь* развивается у больных, получавших в инкубационном периоде заболевания иммуноглобулин или другие препараты крови, характеризуется:

- удлинением инкубационного периода до 21 дня, иногда до 28 дней

- сокращением продолжительности катарального периода до 1 дня или его отсутствием

- слабой выраженностью катаральных явлений

- незначительной интоксикацией

- укорочением периода высыпания до 1-2 дней

- мелко - пятнистой или узелковой необильной, неяркой сыпью

- нарушением этапности высыпания

- кратковременностью пигментации

- отсутствием симптома Бельского – Филатова – Коплика

- отсутствием изменений слизистой щек

- *Бессимптомная форма* диагностируется в очаге на основании лабораторных данных.

Гипертоксическая, геморрагическая, злокачественная, атипичные формы встречаются крайне редко.

- *Геморрагическая форма, характеризуется:*

- выраженность симптомов интоксикации
- наличием множественных кровоизлияний в кожу и слизистые оболочки
- кровавым стулом
- гематурией
- тяжестью течения
- возможностью летальных исходов

Осложнения кори

По этиологии

- собственно коревые (вызванные вирусом кори)
- вторичные (при наложении бактериальной инфекции)

По срокам развития

- ранние (в остром периоде кори)
- поздние (в периоде пигментации)

В соответствии с пораженными органами и системами

- органы дыхания (ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, бронхиолиты, крупы, пневмонии, плевриты)
- органы пищеварения (стоматиты, энтериты, колиты)
- нервная система (энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингиты, миелиты)
- органы зрения (конъюнктивит, блефарит, кератит, кератоконъюнктивит)
- органы слуха (отиты, мастоидиты)
- мочевыделительная система (циститы, пиелонефриты)

- кожа (пиодермия, абсцессы, флегмоны)

Диагностика

Согласно приказу МЗ РФ №117 от 21.03.2003 г., "О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010г" и санитарным правилам СП 3.12. 1176-02 от 2002 г. "Профилактика кори, краснухи, и эпидемического паротита" вводится стандартное определение случаев кори и эпидемиологическая классификация диагноза:

По санитарным правилам СП 3.12. 1176-02 от 2002 г. "Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита". Корь представляет собой острое инфекционное заболевание, характеризующееся в типичной манифестной форме совокупностью следующих клинических проявлений:

Корь представляет собой острое инфекционное заболевание характеризующееся в типичной манифестной форме *совокупностью следующих клинических проявлений:*

- с 4-5 дня поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи (в 1 день – лицо, шея, на 2 день – туловище, на 3 день – ноги, руки).

- температура 38°C и выше

- кашель или насморк

- конъюнктивит

- общая интоксикация

Лабораторная диагностика кори

1. ОАК (лейкопения, лимфоцитоз, умеренно ускоренное СОЭ)

2. ИФА – иммуноферментный анализ (Ig M, Ig G)

3. ПЦР (обнаружение РНК вируса кори)

4. Цитологический метод (обнаружение многоядерных гигантских клеток в смывах из носа)

5. РИФ (вирусологический метод)

6. РНГА

Дифференциальная диагностика

- ОРВИ (в периоде продромы)
- краснухой
- энтеровирусной экзантемой
- иерсиниозной инфекцией
- скарлатиной
- менингококциемией
- клещевым сыпным тифом
- аллергической сыпью

Симптомы	Скарлатина	Псевдо- туберкулез	Корь	Краснуха	Менингоко- к- цемия	Ветряная оспа
Наличие продрома	нет	нет	есть, 3-4 дня	отсутствует или 1-2 дня	нет	отсутствует
Температура тела	фебрильная 3-5 дней	фебрильная 4-6 дней	субфебриль- ная 3-4 дня, затем фебрильная 3 дня	нормальная или субфебр. 2- 3 дня	фебрильная 5-7 дней	субфебриль- ная или фебрильная 3-5 дней
Катар верхних дыхательны х путей	отсутствует	выражен	выражен	слабо выражен	отсутствует	отсутствует
Ангина	характерна (катаральная, лакунарная, некротическа я)	катаральная	катаральна я	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Конъюнктив ит	отсутствует	склерит	характерен	очень редко	отсутствует	отсутствует
Интоксикац ия	выражена умеренно, сохраняется 3-5 дней	выражена умеренно	сильно выражена сохраняетс я 6-8 дней	выражена слабо или отсутствует	сильно выражена, сохраняется 3-5 дней	слабо выражена, сохраняется 3-5 дней
Время появления сыпи	на 1-2 день	На 2-3 день	на 4-5 день	На 1-2-й день	на 1-2 день	на 1 день
Продолжите ль- ность нарастания сыпи	1 день	1-2 дня	3 дня этапно: лицо- туловище- конечности	1-2 дня	1-2 дня	3-5 дней толчкообраз но

Характер сыпи	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемизированном фоне	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемизированном фоне	пятнисто-папулезная, склонная к слиянию	преимущественно пятнистая	геморрагическая, неправильной формы, с центральным некрозом	"ложный полиморфизм": пятно-папула-везикул-корочка
Преимущественная локализация сыпи	естественные складки, боковые поверхности туловища, сгибательные поверхности конечностей; отсутствие в области носогубного треугольника	симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	излюбленной локализации нет	наибольшее количество в области ягодиц, разгибательных поверхностей конечностей	преимущественно в области ягодиц, ног	излюбленной локализации нет
Пигментация	отсутствует	отсутствует	характерна	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Шелушение	Крупнопластинчатое на ладонях, подошвах, отрубевидное на туловище	Крупнопластинчатое на ладонях, подошвах, отрубевидное – на туловище	отрубевидное	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Энантема	точечная, розового цвета на мягком и твердом небе, появляется одновременно с экзантемой	Пятнистая энантема на слизистой рта	1) на слизистой щек, десен, губ – белесоватые папулы: пятна Бельского-Филатова-Коплика, появл. на 2-3 день болезни, сохр. 2-3 дня 2) на слизистой тв. и мяг. неба – розовые пятнышки, появляются однов-	может быть на слизистой оболочки мягкого и твердого неба, появляются одновременно с экзантемой	отсутствует	эрозии на слизистой ротовой полости

			ременно с экзантемой			
Состояние языка	обложенный первые 1-2 дня, затем «малиновый»	с 1-2 дня обложен белым налетом, к 5-7 дню очищается	без особенностей	без особенностей	без особенностей	без особенностей
Поражение ССС и других органов	1-я нед. - симпатич. фаза: тахикардия, склонность к повышению АД; 2-я нед.-вагус –фаза; брадикардия, сниж. АД, расшир. границ сердца	диарея, непродолжительная желтуха, реактивный гепатит, артралгии	без особенностей	без особенностей	частое развитие инфекционно-токсического шока, гнойного менингита	без особенностей
Лимфатические узлы	увеличение подчелюстных ЛУ	увеличение периферических ЛУ	без особенностей	увеличение затылоч. и заднешейных ЛУ	без особенностей	без особенностей

Лечение

Лечение больных корью может проводиться на дому и в стационаре.

Показания для госпитализации:

Клинические - (тяжелые и среднетяжелые формы кори, развитие осложнений, тяжелые сопутствующие заболевания)

Ранний возраст больных - (дети первых 2-х лет жизни)

Эпидемиологические- (случаи кори в многодетных семьях, закрытых детских учреждениях, общежитиях)

Социальные -(неблагоприятные жилищные и материальные условия, асоциальные личности)

Лечение в амбулаторных условиях

- постельный режим на период лихорадки +2-3 дня нормальной температуры
- диета молочно - растительная, витаминизированная
- обильное питье (чай, соки, морсы)
- витаминотерапия (витамины "А", "С")

- симптоматическое лечение: при повышении температуры выше 38.5°C, парацетамол до 10 мг/кг, детям до года 10-15 мг/кг, старше года, ибупрофен, влажные обтирания
- антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, пипольфен)
- отхаркивающие средства
- туалет глаз дезинфицирующими растворами с последующим закапыванием до 3-4 раз в сутки 15-20% раствора сульфацила – натрия
- при заложенности носа, наличии серозно-слизистого отделяемого сосудосуживающие капли (0,05% раствор нафтизина, 0,25% раствор мезатона) чередуют с антисептическими (2% раствор протаргола), масляными каплями по 2 капли 3 раза в сутки в течение 3-4 дней. При слизисто-гнойном отделяемом из носа – промывание носовых ходов физраствором, закладывание мазей, закапывание антисептических капель

Лечение тяжелых форм в стационаре

- постельный режим на лихорадочный период, его продолжительность увеличивается при развитии осложнений нервной системы.
- диета механически щадящая, витаминизированная.
- антибактериальная терапия назначается детям раннего возраста, часто болеющим, имеющие хронические воспалительные заболевания, при развитии осложнений, больным с тяжелыми формами заболевания.
- препаратами выбора являются: пенициллин, защищенные пенициллины, цефалоспорины.
- дезинтоксикационная терапия (внутривенно капельно инфузии в объеме 50 мг/кг массы, введение раствора аскорбиновой кислоты, копорбоксилазы).
- ингибиторы протеолиза (контрикал)
- метаболическая терапия (оротат калия, рибоксин)
- сосудистые препараты (кавентон, трентал)
- десенсибилизирующая терапия
- глюкокортикостероиды
- борьба с гипертермическим синдромом
- противосудорожные препараты по показаниям (препараты диазепама)
- витаминотерапия (витамин группы А, С)
- оксигенотерапия

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- раннее выявление и изоляция больного корью. Изоляция прекращается через 5 дней, при развитии осложнений через 10 дней от начала высыпаний;
- подача экстренного извещения в ГСЭН;
- выявление контактных;
- не иммунные дети, контактные по кори, подлежат разобщению с 9 по 17 дней, получившие иммуноглобулин – на 21 день;

- за контактными устанавливается медицинское наблюдение (температура, осмотр слизистых, кожи) в течение 21 дня с момента разобщения с больным;
- карантинизации не подлежат вакцинированные и переболевшие корью, а также школьники старше 2 класса, подростки и взрослые;
- срочная иммунизация живой вакциной в очаге проводится среди не привитых, не болевших корью, и не имеющих противопоказаний для вакцинации в возрасте 12 месяцев и старше и взрослых до 35 лет не позднее 5 дня с момента контакта. Контактным в возрасте до 12 месяцев и имеющим противопоказания к введению вакцины вводится гамма или иммуноглобулин не позднее 3-5 дней после контакта;
- подозрительные больные на корь изолируются и подлежат обследованию (ИФА);
- в очаге проводится влажная уборка, проветривание помещения, УФО;
- санпросвет работа;

Профилактика

Для специфической профилактики кори применяют отечественную живую моно вакцину из ослабленного штамма Ленинград 16 (корь, краснуха) вакцинации подлежат дети в возрасте 12 месяцев, ревакцинация проводится в 6 лет. Импортные вакцины "Рувакс", "Приорикс", М-М-Р-II так же вводится детям в 1 год.

Детям, получившим иммуноглобулин и другие препараты крови, вакцинацию против кори проводят не ранее, чем через 3 месяца. Введение иммуноглобулина допускается не ранее, чем через 2 недели после иммунизации.

При отсутствии документального подтверждения о перенесенной кори либо вакцинации, следует провести серологическое обследование (ИФА). Ребенок прививается при отсутствии коревых антител в сыворотке крови.

Список литературы

1) Инфекционные болезни - Шувалова Е.П., Белозеров Е.С., Беляева Т.В. - 2015 год - 1835 стр.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ

КМН, доцента. кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Кузьминой Татьяны Юрьевны

На реферат ординатора 1-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

Попова Ивана Андреевича

по теме «Корь»

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+
10. Актуальность	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента: _____

Дата: 12.12.2020г.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: