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.н. профессор Тихонова Е.П.

Руководитель ординаторы: к.м.н.,доцент Кузьмина Т.Ю.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:
"КОРЬ "

Реферат проверен

Выполнила:
ординатор 1 года
Зотина Е.Н.

2019 год.

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 гемоаглютинирующей, гемолизирующей и комплементсвязывающей активностью. Вирус нестоек 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 отличает высокая заразительность, индекс контагенозности составляет 95-96% среди неиммунного населения. Входные ворота – верхний отдел дыхательных путей – нос, носоглотка, возможно конъюнктива 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 конъюнктива 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
- митигированная
- бессимптомная
- гипертоксическая
- геморрагическая
- 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 38-39º 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 – Филатого – 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 наслоении 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 правила 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 38ºС и выше

- кашель или насморк

- конъюнктивит

- общая интоксикация

Лабораторная диагностика кори

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

2. ИФА – иммуноферментный анализ (Jg M, Jg 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**	**Менингокок-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 дыхательных путей	отсутствует	выражен	выражен	слабо выражен	отсутствует	отсутствует
Ангина	характерна (катаральная, лакунарная, некротическая)	катаральная	катаральная	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Конъюнктивит	отсутствует	склерит	характерен	очень редко	отсутствует	отсутствует
Интоксикация	выражена умеренно, сохраняется 3-5 дней	выражена умеренно	сильно выражена сохраняется 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
Продолжитель-ность нарастания сыпи	1 день	1-2 дня	3 дня этапно: лицо-туловище-конечности	1-2 дня	1-2 дня	3-5 дней толчкообразно

Характер сыпи	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемированном фоне	точечная, в местах скопления – петехиальная, на гиперемированном фоне	пятнисто-папулезная, склонная к слиянию	преимущественно пятнистая	геморрагическая, неправильной формы, с центральным некрозом	"ложный полиморфизм": пятно-папула-везикула-корочка
Преимущественная локализация сыпи	естественные складки, боковые поверхности туловища, сгибательные поверхности конечностей; отсутствие в области носо-губного треугольника	симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	излюбленной локализации нет	наибольшее количество в области ягодиц, разгибательных поверхностях 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-Коп-лика, появл. на 2-3 день болезни, сохр. 2-3 дня 2) на слизистой тв. и мяг. неба – розо-вые 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, непродолжи-тельная желтуха, реактивный гепатит, артралгии	без особенностей	без особенностей	частое развитие инфекцион но-токсическог о шока, гнойного менингита	без особенностей
Лимфатичес-кие узлы	увеличение подчелюстны х ЛУ	увеличение периферическ их ЛУ	без особенностей	увеличение затылоч. и заднешейн ых 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)

Р*анний 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 38.5ºС, 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), маслеными 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, цефалоспарины.

● 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 так же 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 имеющих 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", M-M-P-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

КАФЕДРА инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия доцента КМН кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора первого года обучения специальности инфекционист Зотиной Екатерины Николаевны по теме: «Корь».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности инфекция:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его 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	+

Итоговая оценка:положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: —

Дата: 20.03.2019г.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: