

Корь

этиология, клиника, диагностика,
лечение и профилактика



Корь (Rubeola; Morbilli) – высококонтагиозная вирусная инфекция, которая наиболее распространена среди детей, характеризуется лихорадкой, кашлем, ринитом, конъюнктивитом, высыпаниями (пятна Коплика) на слизистой оболочке полости рта и пятнисто-папулезной сыпью.

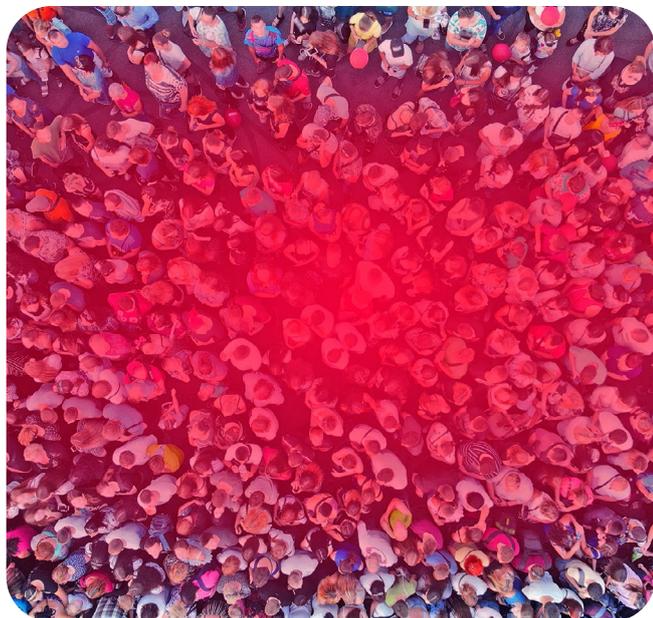
Этиология

Корь вызывается парамиксовирусом и является человеческой болезнью без известного резервуара среди животных или бессимптомного носительства. Корь является одной из самых заразных болезней в мире, контагиозность составляет 90%, то есть каждый больной заражает 9 из 10 контактировавших с ним неиммунных к кори людей.

Корь передается воздушно-капельным путем, главным образом через выделения из носа, горла и рта во время продромальной или

ранней сыпной стадии. Передача начинается за несколько дней и продолжается до нескольких дней после появления сыпи. Корь перестает быть заразной только после того, как сыпь начинает шелушиться.

Источник инфекции – больной корью в любой форме, который заразен для окружающих с последних дней инкубационного периода (последние 4 дня) до 4-го дня высыпаний. С 5-го дня высыпаний больной считается незаразным.



Клиническая картина

Инкубационный период от 8 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму – 21 день.

Характерно острое начало – подъем температуры до 38° – 40°, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отек век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зева и коревая энантема – красные пятна на твердом и мягком небе.

На 2-й день болезни на слизистой щек в области моляров появляются мелкие белесые пятнышки, окруженные узкой красной каймой: это так называемые пятна **Бельского – Филатова – Коплика**, представляющие собой

патогномоничный (специфический, характерный только для кори) симптом кори. Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4-5-й день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном и склонных к слиянию (в этом ее характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается).

Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же последовательности, что и высыпания). Пигментация сохраняется на протяжении от одной до 1,5 недели.

Осложнения кори включают пневмонию, бактериальную суперинфекцию, острую тромбоцитопеническую пурпуру, энцефалит, преходящий гепатит, подострый склерозирующий панэнцефалит. Пневмония наблюдается примерно у 5% пациентов, даже во время заболевания без осложнений; это частая причина смерти младенцев.

Диагностика

Диагностирование кори успешно осуществляется на основании клинических проявлений. Общий анализ крови показывает характерную для вирусной инфекции картину: лимфоцитоз на фоне умеренной лейкопении (либо концентрация клеток белой крови остается в пределах нормы), плазмоцитоз, повышенная СОЭ. У взрослых могут отмечать пониженную концентрацию нейтрофилов лимфоцитов и отсутствие эозинофилов.

Результаты специфических бактериологических и серологических исследований (редко применимых в клинической практике) носят ретроспективный характер. При подозрении на развитие пневмонии требуется рентгенография легких. При развитии неврологических осложнений пациенту с корью показана консультация невролога, реоэнцефалография, ЭЭГ головного мозга. Для диагностики менингита может быть показана

люмбальная пункция. **Лабораторная диагностика** кори основывается на определении уровня антител IgM в крови, начиная с 5–7-го дня болезни (через 1–2 дня после появления высыпаний).

Определение IgM неактуально, если накануне заболевания проводилась вакцинация. Антитела класса IgG к вирусу кори появляются вслед за антителами класса IgM примерно через 2 недели после инфицирования. В ходе дальнейшего развития иммунного ответа их концентрация быстро растет. Специфические антитела в крови можно выявить практически у всех больных корью уже ко 2-му дню появления сыпи. Антитела класса IgG сохраняются после перенесенного заболевания обычно пожизненно. IgG против вируса кори выявляются также и после вакцинации.

Выявление IgM к вирусу кори указывает на острую инфекцию, выявление IgG – на перенесенную (вследствие заболевания или вакцинации).



Обо всех случаях подозрения на корь нужно сообщить местному отделу здравоохранения даже до получения лабораторного подтверждения.

Лечение

Корь лечат амбулаторно, госпитализируют больных с тяжелым осложненным течением, либо по эпидемиологическим показаниям. Постельный режим назначается на весь лихорадочный период. Достаточно эффективной этиотропной (действующей на вирус кори) терапии в настоящее время не разработано, лечение заключается в облегчении симптоматики и предупреждении осложнений.

В качестве меры, снижающей токсикоз, рекомендуют обильное питье. Интенсивные дезинтоксикационные мероприятия производятся в случаях крайне тяжелого течения.

Больным необходимо соблюдать гигиену рта и глаз, избегать яркого света. В качестве патогенетической и симптоматической терапии назначают антигистаминные, жаропонижающие средства, витамины и адаптогены.

В ранние сроки заболевания заметно улучшает течение прием интерферона.

В случае угрозы возникновения вторичной инфекции, назначают антибиотики широкого спектра действия. Коревый энцефалит требует назначения высоких доз преднизолона и других мер интенсивной терапии.

Амбулаторные пациенты с корью, не имеющие других заболеваний наиболее заразны в течение 4 дней после развития сыпи, во время болезни их контакт с другими людьми должен быть строго ограничен.

Прогноз

Неосложненно протекающая корь обычно заканчивается полным выздоровлением, косметических дефектов после высыпаний не остается. Неблагоприятным прогноз может стать в случае возникновения коревого энцефалита.

Профилактика кори

Главным средством профилактики кори является вакцинопрофилактика:

- Плановая вакцинация детей проводится в 1 год и ревакцинация в 6 лет;
- Плановая иммунизация взрослых, не имеющих сведений о прививках, проводится в возрасте до 35 лет, а также до 55 лет прививаются лица из «групп риска», т. е. работники медицинских организаций, образовательных учреждений, социальной сферы и коммунального обслуживания, работники транспорта, торговли и лица, работающие вахтовым методом.

Необходимо иметь две прививки против кори документально подтвержденных. Не привитые в детстве взрослые прививаются двукратно с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками. После двух введений вакцины иммунитет формируется в 95% случаев, после одного введения – в 69-81%. Длительность иммунитета после вакцинации – не менее 20 лет и по некоторым данным – пожизненная (сравнима с таковым при естественной инфекции).

Иммунизация по эпидемическим показаниям

В окружении больного прививкам против кори подлежат все лица, имевшие даже кратковременный контакт с заболевшим, без ограничения возраста, не болевшие корью ранее, не привитые или привитые против кори однократно. Прививки проводятся в первые 72 часа с момента выявления больного. Угрозе заболевания подвергаются не болевшие корью, не привитые или привитые однократно. Особую опасность заболевание представляет для детей в возрасте до 1 года, не подлежащих прививкам по возрасту, а также для детей до 5 лет, относящихся к «группе риска» в связи с риском возникновения осложнений. Свой иммунный статус (наличие защитных антител) по кори можно узнать, если провести анализ крови на коревые антитела (иммуноглобулины G). Своевременно обращайтесь за медицинской помощью при возникновении заболевания, чтобы избежать осложнений и не заразить окружающих. Сделать прививку и предупредить заболевание или облегчить течение болезни проще, чем подвергать себя риску заболеть тяжелой формой кори.