

КОРЬ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Корь – острое инфекционное заболевание, отличительными особенностями которого являются типичная сыпь и поражение конъюнктивы глаз и слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Корь в допрививочный период была распространённой инфекцией в мире и встречалась повсеместно. Подъёмы заболеваемости через каждые 2 года объясняются накоплением достаточного числа людей, восприимчивых к кори. Заболеваемость корью наблюдали круглый год с подъёмом осенью, зимой и весной.

Источником инфекции бывает только больной человек. Наиболее заразителен больной в катаральный период и в первый день появления сыпи. С 3-го дня заразность понижается, а после 4-го дня больного считают незаразным.

Передача инфекции происходит воздушно – капельным путём. При кашле, чихании с капельками слизи с верхних дыхательных путей вирус кори выделяется во внешнюю среду и током воздух в закрытых помещениях может распространяться на значительные расстояния- в соседние комнаты и даже через коридоры и лестничные клетки в другие квартиры. Возможен занос вируса с нижнего на верхний этаж по вентиляционной и отопительной системе.

Передача через третье лицо - большая редкость, так как вирус кори вне человеческого организма быстро погибает.

После кори создаётся стойкий иммунитет, повторные заболевания наблюдают редко. чаще болеют корью дети в возрасте с от 1 до 4-5 лет, до 6 месяцев дети болеют редко. Если мать не болела корью, ребёнок может заболеть с первого года жизни. Возможно внутриутробное заражение, если мать заболела корью во время беременности. В последние годы в связи с массовой иммунизацией детей против кори чаще болеют взрослые, ранее не привитые или утратившие иммунитет.

ПРОФИЛАКТИКА.

Заболевших изолируют на срок не менее 4 дней от начала высыпания, при осложнении пневмонией - не менее 10 дней.

Детей, не болевших корью и имеющих контакт с больным корью, не допускают в детские учреждения (ясли, сады и первые два класса школы) в течение 7 дней от момента контакта, а для получивших иммуноглобулин с профилактической целью срок разобщения удлиняют до 21 дня. Первые 7 дней от начала контакта ребёнок может посещать детские учреждения, поскольку инкубационный период не бывает короче 7 дней, их разобщение начинают с 8 дня после контакта.

Детей, переболевших корью, а также привитых живой коревой вакциной и взрослых не разобщают.

Активную иммунизацию проводят живой коревой вакциной, изготовленной под руководством А.А. Смородинцева из вакцинного штампа Л-16, а также зарубежными препаратами Приорикс и М-М-MR II.

Введение вакцины восприимчивым детям вызывает иммунологическую реакцию с появлением специфических антител у 95-95% привитых. Накопление антител начинается через 7-15 дней после введения вакцины.

Наиболее высокий уровень антител устанавливается через 1-2 мес. Через 4-6 мес. титр антител начинает снижаться. Длительность иммунитета, приобретённого в результате активной иммунизации, пока не установлена (срок наблюдения до 20 лет).

В ответ на введение живой коревой вакцины в период с 6-го по 18-й день могут возникнуть клинические проявления вакцинального процесса в виде повышения температуры тела, появления конъюнктивита, катаральных симптомов, а иногда и сыпи. Вакцинальная реакция продолжается обычно не более 2-3 лет дней. Дети с вакцинальными реакциями не заразны для окружающих.

Живую коревую вакцину применяют с целью экстренной профилактики кори и для купирования вспышек в организованных детских коллективах (дошкольные детские учреждения, школы, другие средние учебные заведения).

При этом срочно вакцинируют всех контактировавших (кроме детей до 12-ти месячного возраста), у которых нет сведений о перенесённой кори или вакцинации. Вакцинация, проведённая в очагах инфекции в ранние сроки инкубационного периода (до 5-ти дней) купирует распространение кори в коллективе.

Противопоказаний к прививке против кори нет.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Инкубационный период в среднем 8 дней, может удлиняться до 17 дней. Начало болезни (катаральный период) проявляется повышением температуры до 38,5-39,0°C, появлением катара верхних дыхательных путей и конъюнктивита. Отмечают светобоязнь гиперемии, конъюнктивы, отёчность век, затем появляется гнойное отделяемое. Часто в начале болезни отмечают жидкий стул, боли в животе. В более тяжёлых случаях с первых дней заболевания резко выражены синдромы общей интоксикации, могут быть судороги и помрачение сознания.

Высыпание пятнисто - папулёзной сыпи начинается на 4-5 -й день болезни. Первые элементы сыпи появляются за ушами, на спинке носа в виде мелких розовых пятен, которые быстро увеличиваются, иногда сливаются, имеют неправильную форму, количество элементов сыпи очень быстро увеличивается:

- 1-е сутки (к концу) - сыпь покрывает всё лицо, шею и её отдельные элементы появляются на груди и верхней части спины;
- 2 сутки - сыпь полностью покрывает туловище и верхнюю часть рук;
- 3 сутки - сыпь распространяется на ноги и руки.

Этапность высыпания - очень важный диагностический признак кори. Вид коревого больного в период высыпания типичен: лицо одутловатое, веки утолщены, нос и верхняя губа отёчны, глаза красные, гноящиеся, из носа обильные выделения.

В период пигментации коревая сыпь очень быстро начинает темнеть, буреть, затем принимает коричневую окраску, начинается период пигментации.

Сыпь пигментирует в первую очередь на лице, при этом на конечностях и туловище остаётся красной, затем пигментируется на туловище конечностях, т.е. пигментация идёт в той же последовательности, что и высыпание. Пигментация обычно держится 1-1,5 недели, иногда дольше. В период пигментации температура тела нормализуется, общее состояние медленно восстанавливается.

В период реконвалесценции кори сохраняется астения и понижение иммунитета.

ОСЛОЖНЕНИЯ.

Среди осложнений наиболее часты ларингит, который сопровождается стенозом гортани –ранним крупом, связанным с действием вируса кори и поздним крупом с более тяжёлым длительным лечением; пневмония, связанная, как и поздний круп, со вторичной бактериальной инфекцией и особенно частая у детей раннего возраста; стоматит, отит, блефарит и кератит. очень редкими и опасными осложнениями являются коревой энцефалит и менингоэнцефалит.

ДИАГНОСТИКА.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов с учётом данных эпидемиологического анамнеза.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Корь следует дифференцировать от краснухи, энтеровирусной экзантемы, инфекционного мононуклеоза, аллергических и лекарственных сыпей.

ЛЕЧЕНИЕ.

Специфические методы терапии при кори не разработаны

Больных корью лечат обычно в домашних условиях. Основное внимание следует направить на создание хороших санитарно – гигиенических условий и правильный уход за больным. Необходимы свежий воздух и правильное питание.

Исключительно большое значение имеет гигиеническое содержание кожи и слизистых оболочек:

- несколько раз в день глаза промывают тёплой кипяченой водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия;
- после удаления гноя и гнойных корок в глаза закапывают раствор ретинола ацетата в масле по 1 -2 капли 3-4 раза в день;
- сухие потрескавшиеся губы смазывают борным вазелином;
- нос прочищают ватными тампонами, смоченными тёплым вазелиновым маслом.

Лечение пневмонии, крупа и энцефалита проводится по общим правилам.