

## ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»



## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОРИ У ДЕТЕЙ

Д. мед.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней  
**Антонина Ивановна Бобровицкая**

Д. мед.н., профессор, заведующая  
кафедрой детских инфекционных болезней  
**Нина Петровна Кучеренко**

К. мед.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней  
**Лидия Алексеевна Гончарова**



# **Трудности диагностики и особенности течения кори на современном этапе.**



**Аллергический дерматит**



**Менингококковая  
инфекция**



**Сыпь при кори на лице в  
первый день периода  
высыпания**

**Корь** на протяжении столетий характеризовалась стабильностью показателей заболеваемости – это всеобщая инфекция, обязательная для каждого ребенка; **по тяжести является** одним из самых грозных заболеваний детского возраста, заслужено получивших название «детской чумы».



## **Изучение кори и ее значение в патологии детей в историческом аспекте позволяет выделить 4 основных периода:**

1. до появления специфических средств борьбы с корью;
2. при наличии серопротекции;
3. при использовании антибактериальной терапии;
4. при введении активной иммунизации.



- **Первый период** самый продолжительный - от глубокой древности до 20-30-х годов XX века.
- Корь характеризовалась всеобщей заболеваемостью, большой тяжестью с высокими показателями летальности и смертности.

Потери человечества от кори за 10 лет (1900-1910гг.) в Европе составили около 1 млн. Больничная летальность в СССР 1919-1924г. достигала 20-30%, а у детей первых лет жизни -50%.

- **Второй период**, когда с профилактической целью использовали донорскую сыворотку (20 – 30 годы XX века) корь по-прежнему оставалась тяжелой инфекцией с высокими показателями заболеваемости .

**Третий период** охватывает два десятилетия (1939-1940г.) и (1944-1945г) -при использовании антибактериальной терапии: сульфаниламидов и антибиотиков корь сохраняла свою актуальность.

Летальность составила 0,01%- 0,8%. по ряду городов СССР. Основными причинами смерти в эти годы явились пневмония, возрос процент энцефалитов, а дети раннего возраста утратили ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости. Умиряли дети группы риска.

Частота осложнений сократилась в 1,5 раза (64% против 98). Они стали более легкими и реже встречались абсцедирующие пневмонии, гнойные плевриты.

**Четвертый период** эволюции кори связан с введением активной иммунизации как обязательной.

- **Изменилась возрастная структура больных— увеличился процент заболевших среди подростков и взрослых - корь «повзрослела».**
- Уменьшилась очаговость в детских коллективах,
- **Уменьшилась частота тяжелых форм (1-2%), среднетяжелых —до 50-60% и увеличилась частота легких форм кори ( 40-50%).**
- **Произошло дальнейшее снижение частоты осложнений, которые приобрели благоприятное и недлительное течение.**

Особенностью современной кори является то, что имеется увеличение количества детей с неблагоприятным аллергическим анамнезом.

**Токсико-аллергический дерматит** зачастую, рассматривается, как корь.



**Корь**



**Токсико-аллергический дерматит**



Для кори характерна периодичность течения болезни:

1. Инкубационный период 9-17 дней.
2. Катаральный период 1-6 дней, в среднем 3-4 дня.
3. Период высыпаний 3-4 дня.
4. Период пигментации со 2-3-го дня высыпания.



Пятна Бельского - Филатова - Коплика

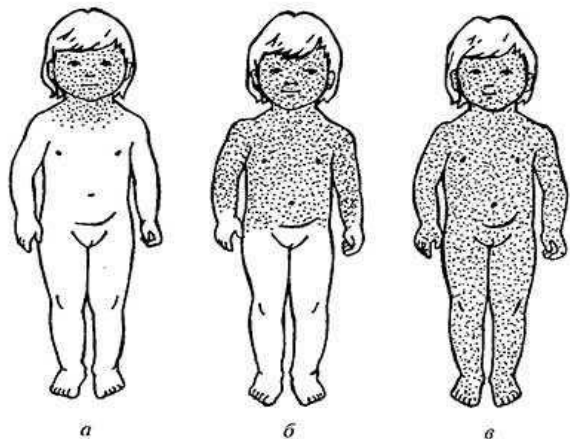


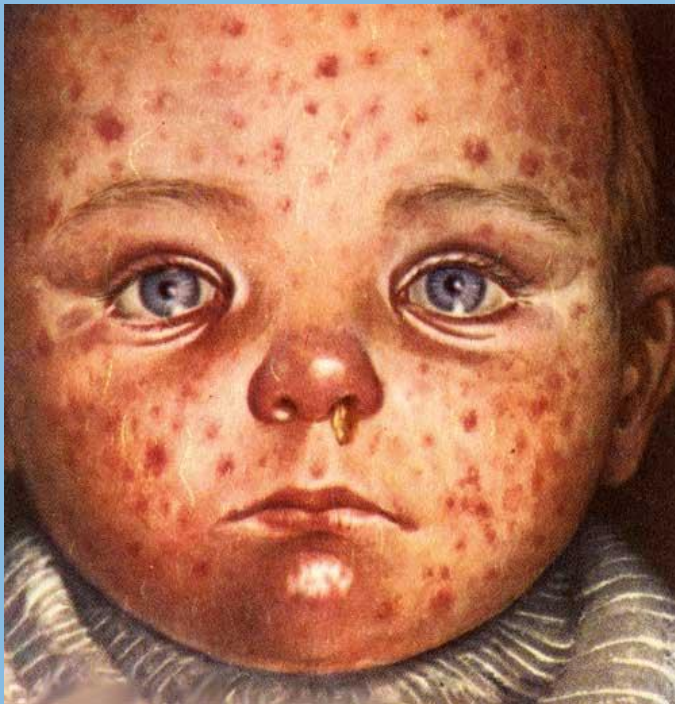
Рис. 29. Корь. Динамика высыпания:

*а* — 1-й день высыпания; *б* — 2-й день высыпания; *в* — 3-й день высыпания

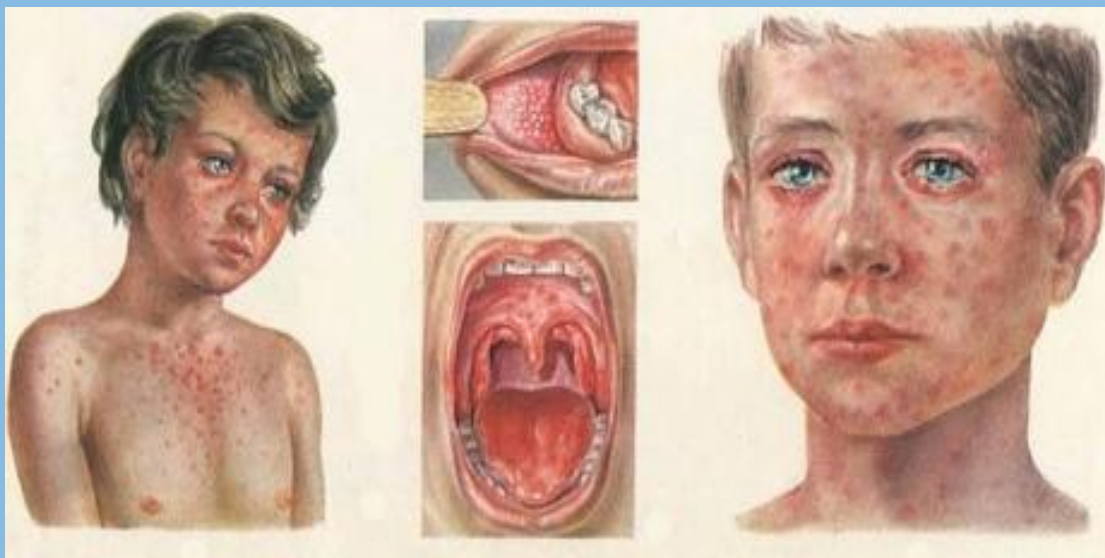


При диагностики кори существенную помощь оказывают:

- анамнез - контакт с больным корью.
- выяснение данных о сочетании проявлений (лихорадка, вялость, слабость) с симптомами катарального воспаления (кашель, конъюнктивит, заложенность носа), их нарастание до максимального уровня к началу высыпания.



**Подобная четкая этапность развития сыпи и в то же время стойкое ее сохранение на тех участках, где она уже появилась. с последующим переходом в пигментные элементы – признак патогномоничный для кори и не характерный для других экзантем.**

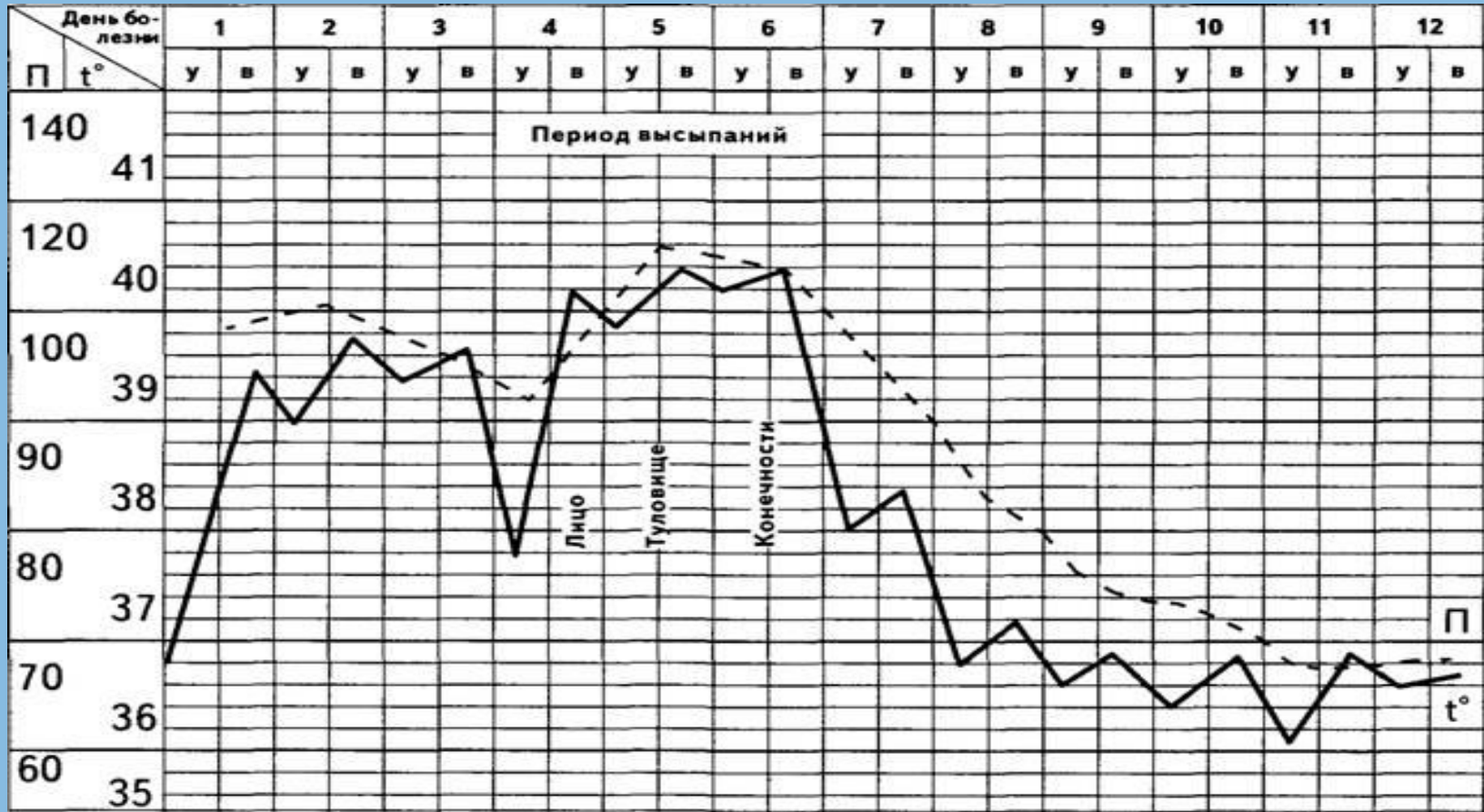


**Пятна Бельского- Филатова- Коплика**



**Сыпь при кори:  
стадия пигментации**

Типичным является вид больного – одутловатость лица, отечность век; сыпь на лице крупная, пятнисто-папулезная, занимает область носогубного треугольника и волнообразный характер лихорадки.



Температура тела в периоде высыпания выше по сравнению с температурой в катаральном периоде. Пик лихорадки второй день периода высыпания.

**Атипичные формы** кори наблюдаются **реже (5%-7%)**. Основную группу атипичных форм составляют дети, **получавшие кровь** и ее препараты. Наблюдалось **сокращение продолжительности периодов** болезни: катаральный (до **1 дня**), период сыпи (**1-2 дня**) и были слабовыраженными катаральные явления. **Сыпь** мелкая, **неяркая**, необильная, пятнистая с нарушением этапности высыпания.



**Митигированная корь** (митис-легкий) развивается у детей получавших гаммаглобулин и протекает значительно легче на всем протяжении болезни. Серологическое обследование контактных по кори и получивших гаммаглобулин с профилактической целью позволит подтвердить корь.

Корь у детей раннего возраста в современных условиях протекает более легко и имеются существенные изменения осложнений по сравнению с прошлыми годами, что привело к более легкому течению болезни и снижению летальности.



**Митигированная корь**



**Корь у ребенка первого года жизни.**

**Лечение кори** осуществляется с учетом особенностей патогенеза - наличие **анергии**.

Основное значение при современной кори приобретает предупреждение вторичного инфицирования, развитие осложнений бактериального характера, что требует назначения антибиотиков.

Ранее назначение антибиотиков необходимо при тяжелых формах болезни: гипертермия (температура тела  $> 39,7^{\circ}\text{C}$ ), стенозирующем ларинготрахеите, пневмонии и судорожном синдроме.

Детям раннего возраста и при тяжелых формах болезни с лечебной целью используется специфический гаммаглобулин.

**СПАСИБО**

**ЗА ВНИМАНИЕ !**

