

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра детских инфекционных болезней

# Современная характеристика кори

*Медведева В. В., Кучеренко Н.П., Гончарова Л.А., Коваленко Т.И., Лепихова Л.П.*

Донецк 2024

# АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- Корь — вакциноуправляемая инфекция. Вакцинация по-прежнему остается единственным надежным методом специфической профилактики кори.
- Несмотря на существование эффективной и безопасной вакцины, вирус кори остается одной из основных причин смертности детей младше 5 лет во всем мире.
- Применение вакцины продемонстрировало такое резкое снижение заболеваемости, что до конца 80-х годов эпидемиологическая ситуация была довольно благоприятной, и вселяла надежду на возможность искоренения заболевания.
- Но проводимая массовая вакцинация проблеме ликвидации кори не решила.

# АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- Люди чрезвычайно восприимчивы к вирусу кори, поэтому заболевание может возникнуть в любом возрасте, если человек не имеет специфического иммунитета — естественного после перенесенной болезни или искусственного в результате вакцинации.
- Детское население, которое вакцинируется в соответствии с календарем прививок, оказывается более защищенным, чем взрослое.
- Длительность эффективной поствакцинальной защиты составляет 5–10 лет, что привело в настоящее время к смещению заболеваемости на старшие возрастные группы

# Эпидемиология

- Корь – циклическое вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем.
- Относится к самым контагиозным и легко распространяющимся инфекциям, а в случае контакта с не иммунным лицом заражение происходит практически в 100% случаев.
- Источник инфекции – больной человек (особенно в начальном, катаральном периодах и в первые дни высыпания). После 4 дня больной безопасен для окружающих. При развитии осложнений считается, что контагиозность утрачивается лишь после 10 дня с момента высыпания.
- Дети до 3-х месяцев практически не болеют корью, ввиду наличия у них пассивного иммунитета, который исчезает к 9 месяцам

# Этиология и патогенез

- Возбудителем кори является РНК-содержащий вирус рода *Morbillivirus*, семейства *Paramyxoviridae*, который, согласно современным данным, относится к лимфотропным вирусам, так как его мишенями являются лимфоциты (Т и В), макрофаги, дендритные клетки, тромбоциты и моноциты.
- Вирус кори попадает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей и конъюнктивы, заболевание может иметь тяжелое течение и привести к пневмонии, энцефалиту, а также к инвалидности и смерти.

# Клинические особенности

- Инкубационный период кори длится 8-17 дней (в среднем – 10-14 дней), максимально – до 21 дня.
- В катаральный период, когда больной наиболее заразен, диагностика кори затруднена по причине сходства клинической картины с другими респираторными инфекциями: острое начало (резкое повышение температуры, плохо поддающееся снижению, ее сохранение на фебрильном уровне в течение всего периода), интоксикация, триада катаральных симптомов (ларингит, ринит, конъюнктивит), симптом Бельского-Филатова-Коплика (в конце периода перед высыпаниями)

# Клинические особенности

- В конце катарального периода, состояние улучшается с последующим ухудшением в период высыпаний.
- Сыпь на теле: пятнисто-папулезная, крупная, сливная, эритематозная.
- Характерна этапность высыпаний — в течение 3-х дней.
- С начала периода пигментации наблюдается снижение симптомов интоксикации и катаральных явлений.

# Особенности кори у взрослых

- У взрослых корь протекает тяжело. Температура тела до 40 – 40,5 °C, резкое ухудшение состояния, высыпания очень интенсивные, покрывают все тело, чаще всего с ларингитом, бронхитом, иногда осложняется пневмонией и менингоэнцефалитом, более медленное выздоровление и восстановление, в большинстве случаев требует госпитализации больного, тогда как детей чаще всего лечат на дому

# Диагностика

- Диагноз ставится на основании типичной клиники и лабораторной диагностики: ИФА-определение противокоревых антител класса IgM и IgG после 4-5-го дня сыпи и ПЦР-диагностики – генотипирование и мониторинг циркулирующих генотипов после 3-го дня высыпаний.

# Осложнения кори

- **По этиологии:** первичные (связанные с самим вирусом) и вторичные (обусловлены вторичной бактериальной инфекцией).
- **По срокам развития:** ранние (в самом начале, в конце катарального периода или в начале периода высыпаний) и поздние (в период высыпания и пигментации, практически в 100% случаев — вторичная бактериальная инфекция).
- **По локализации:** органы дыхания и лор-органы (чаще всего пневмония и отит), органов пищеварения, нервной системы (энцефалит), почек, кожи.

# Осложнения кори

- Приобретенная коревая инфекция в редких случаях вызывает такое позднее осложнение, как подострый склерозирующий лейкоэнцефалит (лейкоэнцефалит Ван-Богарта или болезнь Ван-Богарта).
- Это осложнение в большинстве случаев развивается у невакцинированных детей 6-8 лет после первичной инфекции. У детей, инфицированных до 1 года, риск развития этого осложнения в 16 раз выше, чем у тех, кто заболел в возрасте старше 5 лет.
- Подострый склерозирующий лейкоэнцефалит обычно начинается в позднем детском или подростковом возрасте. У пациентов наблюдается: ухудшение зрения, расстройство памяти, нарушения поведения. Затем появляются миоклонические судороги, спастические парезы, деменция. Смерть может наступить в течение 1-3 лет.

# Особенности иммунитета при кори

- Уникальной особенностью коревой инфекции является состояние иммунного подавления (временной иммуносупрессии, иммунодефицита, анергии), продолжающееся несколько месяцев после окончания острого периода болезни.
- Одним из проявлений данного состояния является отсутствие, либо резкое угнетение продукции ИФН I типа в случае развития какой-либо вирусной инфекции в ближайшие месяцы после перенесенной кори.
- Именно на период анергии приходится большинство смертей, связанных с корью, как результат присоединения вторичных вирусных, бактериальных либо паразитарных инфекций.

# Согласно собственным данным ретроспективного исследования

- В 2023 году в Донецкой Народной Республике зарегистрировано 34 больных корью.
- Под нашим наблюдением в инфекционном боксовом отделении ЦГКБ №1 города Донецка находилось 10 детей и 16 взрослых.
- Диагноз «корь» был поставлен с учетом клинических и эпидемиологических данных (контакт с больным корью и отсутствие вакцинации). Все случаи были подтверждены методом иммуноферментного анализа (ИФА), выявлены антитела класса IgM с 5-го дня периода высыпания.

*Собственные данные ДОНГМУ, каф. детских инфекционных болезней*

# Клиническая картина

- Клиническая картина кори у неиммунных лиц не изменилась. У 92% больных корь имела типичную клиническую картину.
- Тяжелая форма наблюдалась в 10% случаев, средне-тяжелая – в 50% и легкая – в 40 % случаев.
- У всех больных корь начиналась остро, с фебрильной лихорадки до 39 - 40°C, вялости и слабости.
- Симптомы катарального воспаления и нарастание их к началу высыпания наблюдались у всех больных.
- Длительность катарального синдрома до появления сыпи – 5-6 дней: сухой лающий кашель (88% случаев), ринит (97%), у 60% больных в легких выслушивалось жесткое дыхание, у 30% - сухие хрипы, у 10% - влажные мелкопузырчатые хрипы.

*Собственные данные ДОНГМУ, каф. детских инфекционных болезней*

## Частота встречаемости клинических симптомов

- Гиперемия слизистых ротоглотки наблюдалась у всех больных, энантема – у 87% больных.
- Пятна Бельского-Филатова-Коплика в течение 3-4 дней выявлены у 72% больных, которые в период высыпаний исчезали.
- У 65,9% наблюдаемых нами детей выявлены коревой конъюнктивит, в 83% имелся синдром «сухого глаза», у взрослых синдром «сухого глаза» и коревой конъюнктивит наблюдался у всех обследуемых, в 52,2% имелся иридоциклит. Светобоязнь, резь в глазах и слезотечение выявлены у 57% больных.

# Патогномоничные признаки

- Типичный внешний вид больного: одутловатость лица, отечность век, красные глаза.
- Экзантема появлялась у больных на 5-й и 6-й день болезни, в виде пятнисто-папулезной сыпи, сливного характера, на бледном фоне кожи, с характерной этапностью высыпания.
- Сыпь на лице – крупная, эритематозная.
- 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.
- Геморрагический характер сыпи наблюдался у 37% больных

# Согласно собственным данным

- У всех больных имел место волнообразный тип лихорадки, причем температура тела в период высыпания была выше, чем в катаральный период. Пик лихорадки был во второй день высыпания.
- В периферической крови – лейкопения и лимфоцитоз (83%), у больных (17%) с бактериальным осложнением – лейкоцитоз.
- Наиболее частым осложнением кори у детей раннего возраста был острый стенозирующий ларинготрахеит (15%), стоматит (17%), гнойный конъюнктивит (14%) и пневмония (2%).

## Заключение

- Таким образом, корь по-прежнему является высококонтагиозным и опасным заболеванием, которое может привести к развитию тяжелых осложнений как в остром периоде болезни, так и в периоде послекоревой анергии.
- Изменилась возрастная структура кори – увеличился процент заболевших взрослых.
- Уменьшилась частота тяжелых форм и средне-тяжелых форм и увеличилась частота легких форм.
- Уменьшилась частота осложнений при кори у детей.

**Спасибо за внимание!**

