## реферат

На тему: **Корь, коревая краснуха**

### Выполнила врач-интерн

Останкова А. Ю.

**Корь** - заболевание вирусной этиологии, сопровождающееся симптомами интоксикации, катаром верхних дыхательных путей и пятнисто-папулезной сыпью на коже.

Классификация

Классификация кори (Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин, 1990)

|  |  |
| --- | --- |
| Тип | Тяжесть течения |
| 1. Типичная 2. Атипичная   а) митигированная  б) геморрагическаяв) диспнойная (злокачественная)г) у привитых | Легкая  Средняя  Тяжелая |

Возбудитель кори РНК-содержащий вирус, малоустойчивый во внешней среде, но обладающий высокой летучестью. Источник инфекции - больной человек, который заразен для окружающих с конца инкубационного периода и в течение 3 дней после появления сыпи (при осложнениях до 10 дней). Передается только воздушно-капельным путем. В *патогенезе* решающее значение имеет тропизм вируса к эпителию верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, кожи и нервной системы. Развитие осложнений при кори связано с возникающей анергией, что может приводить к обострению хронических инфекций. В последние годы доказано влияние вируса кори на развитие склерозирующего панэнцефалита. По данным ВОЗ, в мире ежегодно умирает около 1 000 000 детей от осложнений кори.

*Возрастной аспект.* Корью могут болеть дети любого возраста после 3 мес жизни. До 3 мес дети обладают абсолютным иммунитетом к кори, а в возрасте от 3 до 8 мес имеется относительная невосприимчивость к этой инфекции.

Диагностические критерии

*Опорные признаки:*

* пятна Бельского-Филатова-Коплика (белые пятнышки диаметром до 1 мм на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов, окруженные воспалительной зоной гиперемии). Появляются на 2-й день болезни и исчезают через 2-3 дня, оставляя гиперемию и разрыхленность слизистой оболочки щеки;
* этапное появление сыпи на коже в течение 3 дней (лицо, туловище, конечности) на 3-4-й день от начала катарального периода;
* сыпь обильная, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию;
* появление пигментации с 3-го дня высыпания на лице с последующим мелким отрубевидным шелушением на коже.

*Факультативные признаки:*

* симптомы интоксикации (повышение температуры тела, слабость, вялость, нарушение сна, раздражительность);
* катаральные явления (кашель, насморк, слезотечение, светобоязнь, блефарит);
* одутловатость лица с инъецированными склерами и отечными губами;
* повышение температуры тела с субфебрильных цифр до высоких при появлении высыпаний.Лабораторные и инструментальные методы исследования*Основные методы:*
* общий анализ крови (лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия);
* общий анализ мочи (возможны микропротеинурия, лейкоцитурия);
* серологическое исследование - метод парных сывороток с интервалом 7-9 дней. Первый забор крови не позже 3-го дня высыпания (4-кратное и более нарастание титра антител во второй сыворотке).

*Дополнительные методы:*

* выделение вируса из крови, отделяемого зева или ликвора;
* рентгенография грудной клетки;
* электроэнцефалография при осложнениях со стороны нервной системы.

*Этапы обследования*

В домашних условиях: сбор эпидемиологического анамнеза, объективный осмотр.

В поликлинике: общий анализ крови и мочи (сбор материала производится дома).

В клинике: серологическое обследование методом парных сывороток, выделение вируса кори, рентгенография грудной клетки, ЭЭГ.

Течение, осложнения, прогноз

*Варианты клинического течения.* По степени выраженности клинических симптомов выделяют **типичную** (см. диагностические критерии) и **атипичную** форму кори. К последней относится митигированная форма (корь у привитых и у детей раннего возраста). Митигированная корь возникает в тех случаях, когда введение иммуноглобулина, переливание крови или плазмы проводилось после 6-го дня инкубационного периода. В этих случаях болезнь протекает в легкой форме с нарушением этапности высыпания и слабовыраженными катаральными явлениями. Митигированная корь наблюдается и у привитых детей (при наличии остаточных антител).

Особой тяжестью отличаются **токсическая** и **геморрагические** **формы**. Первая характеризуется тяжелой интоксикацией, гипертермией, менингоэнцефалитическими явлениями. Вторая протекает с кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, гематурией, кровавым стулом. Эти формы обычно встречаются у детей грудного возраста (после 3 мес жизни).

*Критерии тяжести состояния:* степень повышения температуры тела, выраженности катаральных явлений, характер высыпаний (пятнистая сыпь при легком, пятнисто-папулезная при среднетяжелом и с геморрагиями при тяжелом течении кори), наличие энцефалитической симптоматики, присоединение осложнений (тяжелое течение заболевания).

*Осложнения.* Выделяют ранние, обусловленные собственно вирусом кори, и поздние, возникшие в результате присоединения вторичной инфекции, вследствие развития анергии. Наиболее часты осложнения со стороны органов дыхания (пневмонии, стенозирующие ларинготрахеиты, абсцессы легкого и т. д.), желудочно-кишечного тракта (язвенные, некротические, гангренозные стоматиты, колиты, энтероколиты), нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, энцефаломиелиты с нарушением функции тазовых органов), отиты.

*Длительность заболевания.* При своевременном лечении острый период составляет 6-7 дней, а продолжительность болезни до 10-14 дней, при осложнениях - до месяца.

Дифференциальный диагноз

Проводится с краснухой, скарлатиной, ОРВИ, энтеровирусными инфекциями с экзантемой, инфекционной эритемой Розенберга, сывороточной болезнью, менингококковой инфекцией с менингококцемией, псевдотуберкулезом, синдромом Стивенса-Джонсона и синдромом Лайелла.

Формулировка диагноза

Корь, типичная форма, среднетяжелое течение.

Корь, атипичная (геморрагическая) форма, тяжелое течение. Осложнение: двусторонняя очаговая бронхопневмония.

Лечебная тактика

*Догоспитальный этап*

Лечение больных корью проводят на дому, при этом огромное значение имеют правильно организованные гигиенические условия содержания больного, предотвращение контакта с больными и заботливый уход. Комнату, в которой находится ребенок, нужно регулярно проветривать. Необходимо обеспечить гигиеническое содержание кожи (частые обмывания кожи лица и рук, туалет видимых слизистых оболочек, частое полоскание рта).

Диета больного должна быть полноценной, легкоусвояемой (молочно-растительная). Пищу дают в жидком или полужидком виде.

Назначают комплекс витаминов с обязательным включением витамина А (5000-10 000 МЕ) и витамина С (100-200 мг/сут), десенсибилизирующие средства, отхаркивающие препараты (настой корня алтея, бромгексин, мукалтин, либексин, тусупрекс и др.), обязательный туалет глаз и полости рта (фурацилин - 1:5000, 2 % содовый раствор, витаминные капли в глаза).

*Критерии правильности лечения:* нормализация температуры тела на 5-й день от начала высыпания; отсутствие осложнений.

*Показания к госпитализации:* возраст до года; пребывание в закрытом детском учреждении; тяжелое и осложненное течение болезни; неблагоприятные бытовые условия, при которых невозможно обеспечить правильное лечение; неблагоприятная эпидемиологическая обстановка: недостаточный эффект проводимой дома терапии в первые 5-6 дней.

*Госпитальный этап*

Лечение проводят в зависимости от осложнений: при пневмонии - антибиотики широкого спектра действия с антистафилококковой направленностью (ампиокс, цефалоспорины, аминогликозиды), витамины; при поражениях нервной системы - дегидратационная терапия, борьба с гипертермическим синдромом, дезинтоксикация, антибиотики для предупреждения осложнений со стороны легких.

*Реабилитация.* В связи с развитием астенического синдрома необходимо соблюдение охранительного режима с хорошим витаминизированным питанием и сном в дневное время. Показано назначение настойки элеутерококка, женьшеня, препаратов апилака.

Профилактика и мероприятия в очаге

Вакцинация против кори проводится в 12 мес однократно, после завершения вакцинации против полиомиелита и АКДС-вакцины. Плановая ревакцинация в 6 лет перед поступлением в школу. Интервал между второй ревакцинацией против дифтерии и столбняка и ревакцинацией против кори не менее одного месяца. Прививку против кори можно проводить не ранее чем через 3 мес после или за 6 нел до введения иммуноглобулина или плазмы.

Детям, бывшим в контакте с больным, не болевшим корью и невакцинированным, в возрасте от 3 мес до 2 лет вводят для профилактики иммуноглобулин в дозе: до 1 года - 3 мл. от 1 года до 2 лет - 1,5 мл. После введения иммуноглобулина вакцинацию против кори проводят не ранее чем через 3 мес. Детям старше 2 лет, не болевшим корью и не имеющим противопоказаний к вакцинации, вводят противокоревую вакцину, а при наличии противопоказаний - иммуноглобулин.

Больного корью изолируют на 5 дней с момента появления сыпи, а при наличии осложнений - на 10 дней.

Детей дошкольного возраста, не болевших корью и непривитых, контактировавших с больным, изолируют на 17 дней, если в очаге проведена активная иммунизация, а при введении иммуноглобулина - на 21 день. Школьники старше 7 лет карантину не подлежат, так же как привитые и переболевшие корью дети младшего возраста.

**Краснуха** - заболевание вирусной этиологии, характеризующееся увеличением затылочных и заднешейных лимфатических узлов, а также мелкопятнистой сыпью на кожных покровах.

Классификация

(В. М. Семенов и др., 1994)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма | Тяжесть болезни | Течение |
| 1. Типичная 2. Атипичная   а) без сыпи  б) бессимптомная | 1. Легкая 2. Средней тяжести 3. Тяжелая при наличии осложнений | Гладкое  Осложненное |

Краснуха вызывается РНК-содержащим вирусом, который нестоек во внешней среде и передается чаще всего воздушно-капельным путем, а также трансплацентарно при заболевании беременной. Выделяют приобретенную и врожденную краснуху. Для педиатрии наиболее актуально поражение плода с развитием синдрома врожденной краснухи, при которой развиваются уродства ребенка. Классический синдром врожденной краснухи включает в себя триаду наиболее типичных аномалий развития плода: катаракта, пороки сердца и глухо

та. Кроме «классического» возможен и «расширенный синдром» врожденной краснухи с множеством других аномалий: пороки развития мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, поражения нервной системы в виде микро- или гидроцефалии, тяжелые гормональные нарушения и др. Тератогенное действие вируса краснухи на плод зависит от времени инфицирования. Если заражение произошло на 1-й неделе беременности, то аномалии развития выявляются у 75-80 % родившихся детей, на 1-4-й неделях - у 61 %, на 5-8-й неделях - у 26-30 %, на 9-12-й неделях - у 8 %.

Приобретенная краснуха у детей протекает чаще всего как легкое инфекционное заболевание. Болеют преимущественно дети 2-8 лет. У грудных детей краснуха встречается редко.

Диагностические критерии

*Опорные признаки:*

* увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов;
* появление на коже бледно-розовой, мелкопятнистой сыпи со сгущением на разгибательных поверхностях;
* исчезновение сыпи через 2 -3 дня без пигментации и шелушения.

*Факультативные признаки:*

* повышение температуры тела до субфебрильных (чаще) или фе6рильных значений;
* легкие катаральные явления:
* боли в области суставов (у 1/3 больных, чаще у подростков).

Лабораторные и инструментальные методы исследования

*Основные методы:*

* общий анализ крови (типично появление плазматических клеток до 10-15%);
* общий анализ мочи.

*Дополнительные методы* (чаще всего используют для диагностики краснухи у беременных женщин):

* серологические тесты (РПГА, РТГА, латекс-тест, РБТЛ с краснушным антигеном, иммуноферментный и радиоиммунные анализы);
* определение класса иммуноглобулинов, в которых находятся антитела к вирусу краснухи.

*Этапы обследования*

В кабинете семейного врача (дома): сбор анамнеза,объективный осмотр.

В поликлинике: общий анализ крови, мочи; РПГА, РТГА.

В стационаре: РБТЛ с краснушным антигеном, иммуноферментный и радиоиммунные анализы; определение класса иммуноглобулинов.

Течение, осложнения, прогноз

*Варианты клинического течения*. Наряду с классическим течением болезни иногда краснуха может проявляться легким насморком, небольшим кашлем и покраснением конъюнктивы глаз. Все эти явления выражены настолько слабо, что они не привлекают внимания родителей и врача, особенно если у ребенка нет температурной реакции. Вместе с тем в редких случаях краснуха может протекать тяжело, с выраженным конъюнктивитом, болями в мышцах шеи, осложнениями со стороны нервной системы, проявляющимися менингеальным, энцефалитическим, миелитическим синдромами.

*Критерии тяжести* состояния: повышение температуры тела, присоединение осложнений.

*Осложнения:* энцефалит, тромбоцитопеническая пурпура, артриты и артралгии.

*Длительность заболевания* - острый период болезни длится 3-5 дней, при осложнениях болезнь может затягиваться до 2-3 недель.

*Прогноз* благоприятный, редко летальный исход при энцефалитах.

Дифференциальный диагноз

Проводится с корью, скарлатиной, псевдотуберкулезом.

Формулировка диагноза

Краснуха, тяжелое течение, осложнение - энцефалит.

Лечебная тактика

Показанием к госпитализации является присоединение осложнений. В домашних условиях проводится симптоматическое лечение (постельный режим, витамины).

Профилактика первичная и вторичная

После перенесенного заболевания дети допускаются в коллектив через 5 дней после появления сыпи. Дети, контактировавшие с больным, не разобщаются, но устанавливается карантин на 21 день.