



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.9-036.3

КОРЬ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мухаммадов Садриддин Савриддинович Email: MuhammadovS@mail.ru
Келдиёрова Зилола Дониёровна <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Представлены современные сведения о кори – эпидемиология заболевания, краткие данные о патогенезе, клинике и тактике ведения больного. Рассмотрен клинический пример кори с осложнением у взрослого из семейного очага. Отражены современные подходы к диагностике и профилактике этой высококонтагиозной инфекции.

Ключевые слова: корь, инфекция, дети

ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТДА БОЛАЛАРДА ҚИЗАМИҚ

Мухаммадов Садриддин Савриддинович Email: MuhammadovS@mail.ru
Келдиёрова Зилола Дониёровна <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Қизамиқ ҳақида замонавий маълумотлар тақдим этилган - касалликнинг эпидемиологияси, патогенези ҳақида қисқача маълумотлар, клиник кўриниш ва беморни даволаш тактикаси. Оила бирлигидан катталардаги қизамиқнинг асоратлари билан клиник мисоли кўриб чиқилади. Ушбу ўта юқумли инфекцияни таъхислаш ва олдини олиш бўйича замонавий ёндашувлар ўз аксини топган.

Калит сўзлар: қизамиқ, инфекция, болалар.

MEASLES IN CHILDREN IN MODERN CONDITIONS

Muhammadov S.S., Keldiyorova Z.D.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

Modern information about measles is presented - the epidemiology of the disease, brief data on the pathogenesis, clinical picture and tactics of patient management. A clinical example of measles with complications in an adult from a family unit is considered. Modern approaches to the diagnosis and prevention of this highly contagious infection are reflected.

Key words: measles, infection, children

Актуальность

Всемирная Организация Здравоохранения сообщила о резком росте заболеваемости корью в ряде стран, в том числе и в Узбекистане. За последний год самое большое число случаев кори было зарегистрировано в Таджикистане, Турции и России. В Узбекистане и других странах заболеваемость резко возросла с начала 2023 года.

Согласно данным, с 1 января по 11 апреля 2023 года в Узбекистане с подозрением на корь обратились 34 человека, из них у 26 человек вирус подтвердился. Для сравнения, в 2022 году в республике было официально выявлено всего 8 случаев кори.

Корь — острое инфекционное заболевание, возбудителем которого является вирус кори. Заболевание характеризуется высокой контагиозностью (заразностью), оно передается контактным и воздушно-капельным путем.

ЭТИОЛОГИЯ. Возбудитель кори попадает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, где происходит первоначальное размножение вируса. Начиная с третьего дня инкубационного периода вирусные частицы циркулируют в крови. Попадая в ЦНС, вирус поражает нервные клетки, что может вызвать развитие таких осложнений, как энцефалит и менингоэнцефалит (поражение головного и спинного мозга и его оболочек). После заражения у человека вырабатывается пожизненный иммунитет, то есть повторно заболеть корью невозможно.

Возбудителем кори является парамиксовирус размером 150–250 нм сферической формы, впервые выделенный в 1954 г. Д.Эндерсом и Т.Пиблсом от пациента Д.Эдмонстона в США. Вирион снаружи покрыт липопротеиновым суперкапсидом. Изнутри к суперкапсиду прилегает слой матриксного белка. В центральной части вириона имеется тяж нуклеокапсида со спиральным типом симметрии, свернутый в клубок. Геном вируса – одноцепочечная нефрагментированная рибонуклеиновая кислота (РНК). Основные белки: нуклеокапсидный протеин NP, матриксный белок M, а также поверхностные гликозилированные белки липопротеиновой оболочки – гемагглютинин H, белок слияния F и гемолизин, который вызывает склеивание и разрушение эритроцитов, что обуславливает пигментацию сыпи. Кроме того, имеются два белка, ассоциированных с РНК-полимеразой, – фосфопротеин Р и большой белок L. В отличие от других парамиксовирусов, у вируса кори отсутствует нейраминидаза.

Характерными свойствами вируса кори являются его высокая контагиозность даже при мимолетном контакте с источником инфекции и летучесть – способность переноситься с потоком воздуха на большие расстояния, в том числе по системам вентиляции, что способствует его попаданию в другие помещения на различные этажи зданий. Вирус кори неустойчив в окружающей среде, он нестабилен в кислой среде при pH менее 4,5, быстро инактивируется при нагревании: при 37°C сохраняется до 2 ч, при 56°C погибает через 30 мин, при 60°C – мгновенно. Под воздействием ультрафиолетового облучения вирус кори разрушается в течение 8–10 мин, инактивируется под воздействием дезинфицирующих средств – этилового спирта и других жирорастворителей, окислителей, эфира, формальдегида.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Источник коревой инфекции – больной человек с конца инкубации до периода высыпаний. После 5-го дня с момента появления экзантемы (при осложнениях – после 10-го дня) больной не заразен и изоляции не подлежит. Механизм передачи – аэрогенный, путь инфицирования – воздушно-капельный. Сезонность – зимне-весенняя. Восприимчивость к кори всеобщая, болеют неиммунные и непривитые лица. Риск заражения у них достигает 40% при нахождении в контакте с источником инфекции в течение 24 ч, 60% – 48 ч и 80% – 72 ч. Контагиозность составляет практически 100%. Резервуар инфекции – организованные коллективы и лечебно-профилактические медицинские организации. Постинфекционный иммунитет – стойкий, напряженный.

ПАТОГЕНЕЗ ПРИ КОРИ. Входными воротами инфекции являются эпителиальные клетки слизистой оболочки дыхательных путей, конъюнктивы глаз, где осуществляется адгезия вируса кори и последующее его размножение. С 3 - 4 дня инкубации вирус проникает в кровеносное русло (первичная вирусемия) и задерживается в лимфатических узлах, печени, селезенке.

Введение иммуноглобулина в этот период либо обрывает развитие инфекционного процесса, либо способствует развитию легкой-митигированной форме (mitis - легкий). В последние дни инкубации становится возможным выделить вирус из крови. Вирус гематогенно разносится во все органы и ткани, фиксируется в органах ретикуло-эндотелиальной системы, где размножается и концентрируется-наблюдается вторичная вирусемия, появляются клинические проявления заболевания. В капиллярах слизистых оболочек и кожи происходит контакт sensibilizированных Т-клеток и гигантских многоядерных клеток, несущих коревой антиген. Развивается реакция гиперчувствительности замедленного типа, которая клинически

проявляется характерной сыпью на коже и пятнами Филатова-Коплика- Бельского на слизистых.

В организме человека вирус кори проявляет эпителиотропные, лимфотропные и нейротропные свойства. Вирус кори, обладая эпителиотропностью, поражает клетки кожных покровов, конъюнктивы, слизистых оболочек респираторного тракта, ротовой полости, кишечника. Вирус обнаруживается в слизистой трахеи, бронхов, почек. Воспалительная реакция в респираторном тракте проявляется коревым бронхитом; в пищеварительном тракте – абдоминальным синдромом, диареей, в мочевыделительной системе - нефритом, пиелитом, циститом. Нейротропные свойства вируса кори обуславливают развитие инфекционного токсикоза, энцефалопатии, с возможным возникновением энцефалитической реакции у детей младшего возраста или коревого менингоэнцефалита у детей старшего возраста и взрослых. В отдельных случаях вирус может преодолевать гематоэнцефалический барьер и проникать в головной мозг, вызывая развитие специфического коревого энцефалита.

Вторая волна вирусемии сопровождается гиперплазией лимфатических узлов, миндалин, селезенки, вилочковой железы, где можно обнаружить гигантские ретикулоэндотелиальные клетки Уортина-Финкельдея, во многих лейкоцитах выявляются разрушенные хромосомы. Эпителий респираторного тракта может некротизироваться, что способствует активации вторичной бактериальной флоры. С третьего дня высыпаний вирусемия резко снижается, и с 4-5 дня при накоплении вируснейтрализующих антител вирус обычно не обнаруживается. При кори развивается специфическая аллергическая перестройка организма, сохраняющаяся длительное время.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОРИ. Корь – циклическое заболевание, при котором можно выделить клинические периоды: инкубационный, продромальный (катаральный), период высыпаний, период угасания сыпи (пигментации) и период возможных осложнений. В инкубационном периоде иногда отмечаются кратковременные или повторные эпизоды повышения температуры, скудные катаральные явления, конъюнктивит, кожные сыпи, исчезающие через 1-2 дня (Н.Ф. Филатов, 1908; Gondell, 1924; Abererembil, 1924). Meyezhofez (1924) наблюдал у больных увеличение лимфатических узлов. Продромальный период характеризуется повышением температуры до 38-39; причем, утренняя температура выше вечерней. Температурные кривые могут быть самыми разнообразными.

По типу	По тяжести	По характеру течения	Особенности кори
1. Типичная	Легкая	1. Гладкое	У вакцинированных, у взрослых, на фоне иммунодефицита
2. Атипичная:	Тяжелая	2. Осложненное:	
а. abortивная	Фульминантная	А. специфические коревые осложнения	
б. митигированная		Б. вторичные бактериальные инфекции	
с. стертая		В. обострение хронических заболеваний	
д. бессимптомная			

Одновременно появляются катаральные явления: развивается конъюнктивит со светобоязнью, комочками гноя в уголках глаз, ринит, который начинается с серозных выделений и заканчивается слизисто – гнойными. Ларингит сопровождается грубым лающим кашлем и слабым голосом. Патогномичным признаком кори является появление на 2 день продромального периода или за 2 дня до периода высыпаний симптома Филатова-Бельского-Коплика. Это мелкое отрубевидное шелушение эпителия слизистой полости рта. Вначале появляется гиперемия слизистой щек у нижних моляров, верхней и нижней губы в виде мелких пятнышек, окруженных красной каймой, затем наблюдается интенсивное шелушение, что напоминает слизистую, посыпанную мелкими отрубями. Отсутствие симптома Филатова-Бельского-Коплика может быть при митигированной кори, на фоне введения противокорьевого иммуноглобулина, кори у привитых. Отсутствие этого симптома не является основанием для исключения заболевания. Поражение нервной системы проявляется беспокойством или вялостью, нарушением сна.

У некоторых больных за 1-2 суток до периода высыпаний отмечается так называемая продромальная сыпь: пятнисто-папулезная, мелкая, розового цвета на неизменном фоне кожи. Сыпь локализуется на лице, шее, верхней части туловища и исчезает через 8-12 часов. В период катаральных проявлений снижается или нормализуется температура. Период высыпаний начинается на 4-5 день болезни и продолжается в течение трех дней. Клиника данного периода сопровождается подъемом температуры до 38.5 – 39.5°. Накануне периода высыпаний слизистая мягкого неба и зева становится гиперемированной.

Коревая сыпь появляется вначале за ушами, на спинке носа в виде мелких пятен на неизменном светлом фоне кожи. В первые 24 часа сыпь распространяется на волосистую часть головы, лицо, шею, плечи, грудь, постоянно увеличиваясь по своей интенсивности. На 2 сутки периода высыпаний она появляется на туловище, проксимальных отделах рук. На 3 день покрывает конечности - дистальные отделы рук и ног, в том числе стопы. Сыпь бывает наиболее интенсивной в местах, где ранее были опрелость, экзема или загар. В редких случаях сыпь принимает сливной характер.

Сыпь начинается с мелких пятен величиной с просыное зерно, постепенно увеличиваясь в размере, затем начинает возвышаться над уровнем кожи, превращаясь в пятнисто-папулезную сыпь от небольших невыступающих элементов до явных папул, которые, сливаясь, напоминают аллергическую сыпь. Сыпь по окраске может быть от нежно розовой до цианотично - красной или геморрагической. Лихорадка к началу высыпаний достигает 39-40°, с небольшим снижением держится весь период высыпаний. Изменения в зеве, которые появляются в продроме, на высоте высыпаний характеризуются яркой гиперемией слизистой мягкого неба. Сравнительно редко могут быть поверхностные некрозы на дужках и миндалинах. Увеличиваются и становятся чувствительными при пальпации шейные, затылочные, подчелюстные лимфатические узлы. Язык, как правило, влажный, с выраженными сосочками.

Перкуторные признаки, как правило, незначительны, чаще отмечается ясный звук с тимпаническим оттенком или легким приглушением в отдельных участках за счет ателектазов, т.е. выявляется «пестрота» легочного звука. При аускультации на фоне неизменного дыхания выслушиваются сухие и влажные крупнопузырчатые и крепитирующие хрипы. Интоксикация и изменения в альвеолах легких обуславливают появление одышки.

Период пигментации длится до 5-7 дней после высыпаний, проявляется быстрым улучшением самочувствия. Сыпь исчезает в том же порядке, в каком появлялась: сыпь на лице и спине бледнеет, а конечности еще остаются покрытыми сыпью. Одновременно меняется цвет сыпи, который становится буровато-коричневым. Пигментация держится от 1 до 3 недель, причем, чем тяжелее была корь, тем дольше сохраняется пигментация. При геморрагических высыпаниях гиперпигментация длится до 1.5 – 2 недель. В этот период обычно идут на убыль конъюнктивит, исчезают отечность лица и светобоязнь, уменьшаются кашель и насморк. Уже во время побледнения сыпи появляется характерное для кори шелушение эпидермиса на лице, в меньшей степени на коже туловища, которое сопровождается легким зудом. Продолжительность периода шелушения индивидуальна.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРИ. Осложнения при кори зависят от течения болезни, возраста больных, наличия хронических заболеваний. Уже в прошлом столетии врачи считали, что летальность при кори находится в прямой зависимости от тяжести заболевания и развившихся осложнений (Н.Ф. Филатов, 1946). М.А. Скворцов полагал, что «для клинициста незнание осложнений равносильно незнанию самой кори». М.Г. Данилевич показал, что осложнения имеют разные причины и развиваются на фоне изменений иммунитета. М.Г. Данилевич придавал большое значение присутствующей эндогенной микрофлоре, но считал основной причиной осложнений появление экзогенной флоры. Поэтому профилактика экзогенных инфекций, в том числе внутрибольничных, остается актуальной и в наши дни.

Различают два вида осложнений: обусловленные непосредственно вирусом кори, вызванные вторичной, преимущественно бактериальной инфекцией. Кроме того осложнения бывают ранними - в острый период кори и поздними - в период пигментации. В зависимости от клинических проявлений различают осложнения со стороны:

дыхательной системы (пневмонии, ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, бронхиолиты,

плевриты), пищеварительной системы (стоматиты, энтериты, колиты), нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингиты, психозы), органов зрения (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты), органов слуха (отиты, мастоидиты), кожи (пиодермии, флегмоны), выделительной системы (циститы, пиелонефриты). Осложнения появляются в разгар болезни и ослабевают при снижении интоксикации.

Острый коревой энцефалит развивается у детей и взрослых обычно на 3-5 день высыпаний при снижении температуры и интоксикации, чаще при среднетяжелой или тяжелой форме кори, но может быть и при развитии легкой, преимущественно у лиц старшего возраста. Вновь повышается или сохраняется температура на высоких цифрах, появляются головная боль, вялость, сонливость, переходящая в сопор и кому. На фоне измененного сознания могут возникать очаговые симптомы, генерализованные или локальные эпилептиформные судороги, парезы и параличи по типу гемиплегии или моноплегии, гиперкинезы, мозжечковая атаксия, нистагм, дизэнцефальный синдром, поражения черепных нервов, чаще лицевого и зрительного, вплоть до амавроза. Летальность достигает 25 – 30%. Появление бреда, спутанности или отсутствия сознания, судорог, менингеальных симптомов даже при кратковременности этих проявлений дает основание заподозрить энцефалит. Частота развития демиелинизирующего энцефалита и менингоэнцефалита регистрируется как 1: 1000 заболеваний кори.

Коревая пневмония сопровождается резко выраженными дыхательными изменениями в виде укорочения перкуторного тона в нижних отделах легких, жесткого дыхания, грубых сухих или среднепузырчатых хрипов. Рентгенографические данные характеризуются усилением тени легочных корней и легочного рисунка, реже – инфильтрацией. Нарушение лимфо- и кровообращения в легких является основой, на которой развиваются вторичные пневмонии.

Тяжелые стафилококковые пневмонии характеризуются типичными физикальными и рентгенографическими изменениями, усилением интоксикации, кашлем с мокротой гнойного характера. В прошлые годы осложнения в виде стафилококковых пневмоний при кори сопровождались формированием абсцессов с поражением плевры и развитием пневмоторакса.

Ранняя госпитализация при кори, применение в остром периоде антибиотиков, в том числе широкого спектра действия, и особенно проведение плановой вакцинации снизили количество осложнений до 25 % в виде пневмоний и до минимума тяжелых поражений глаз, уха. Менингоэнцефалиты развиваются не часто, и их число не превышает 0.5% случаев. Вместе с тем они попрежнему протекают тяжело, как правило, у лиц старшего возраста и могут закончиться летально.

КОРЬ У ВЗРОСЛЫХ. Корь всегда считалась «детской» инфекцией. Поэтому до сих пор бытует мнение, что взрослые не болеют корью или болеют только тяжелой формой кори. Это связано с отсутствием учета легких случаев кори, которые регистрируются с диагнозами: ОРЗ, аллергический дерматит, ангина, краснуха и т.д. Отсутствие эпидемиологического анамнеза, не выявление заболевания при нетипичном течении кори (скудная сыпь, нарушении этапности высыпаний), отсутствие настороженности у врачей в отношении кори способствовало тому, что у больных диагностировались только тяжелые случаи кори с типичной клиникой. Вместе с тем, при расследовании вспышек кори в закрытых коллективах (интернатах, казармах, пенитенциарных учреждениях) выявляли различные варианты течения заболевания - от легкой до тяжелой с развитием коревых энцефалитов.

Как правило, течение кори у взрослых сохраняет свою цикличность: катаральный период сменяется периодом высыпаний, интоксикацией с последующим периодом пигментации и периодом реконвалесценции или осложнений. Инкубационный период составляет от 9 – до 20 суток. Продолжительность катарального периода у взрослых колеблется от 1 – до 5 дней, редко больше, и проявляется типичными для этого периода симптомами: лихорадкой, интоксикацией, конъюнктивитом и катаральными явлениями со стороны слизистых верхних дыхательных путей. Лихорадка отмечается у 90 – 95% заболевших, длительность от 2 – до 11 дней. Чаще всего температура колеблется от 38 – до 39°, у 10 -15% она может быть выше 40°. Однако в редких случаях температура может оставаться субфебрильной (5-10%) и даже нормальной (0.5%). Интоксикация проявляется головной болью (90-95%), тошнотой (15-20%), снижением аппетита (60-80%), слабостью (80%). Продолжительность интоксикации наблюдается от 1 дня в легких случаях, до 8 дней – в тяжелых случаях. В катаральный период у взрослых также преобладает кашель (80%), насморк с серозным отделяемым (35%).

Период экзантемы сохраняет этапность высыпаний. В первые сутки высыпания локализируются на лице, шее, верхней половине груди и плеч; далее сыпь распространяется на туловище, затем на конечности. Почти у всех больных сыпь пятнисто-папулезная (95-97%), иногда мелкопятнистая (3%). Период высыпаний от 2 до 8 дней закономерно сменяется периодом пигментации. В 20% случаев отмечается кожный зуд, редко наблюдаются подсыпания в виде геморрагических элементов, как правило, у тяжелых больных. Период высыпаний сопровождается лихорадкой, интоксикацией, усилением катаральных явлений. При кори у взрослых наблюдаются типичные осложнения, причем их частота несколько выше, чем у детей. Продолжительность ларингита, бронхита затягивается до 15 дней, особенно в группе больных старше 60 лет. Бронхиолит и пневмония выявляются в 20 - 50% случаев. Отит отмечается у 12 – 15% больных.

КОРЬ У ПРИВИТЫХ. Активная во всем мире вакцинация против кори детей и взрослых из группы риска привела к значительному снижению заболеваемости этой инфекцией. Однако в последние годы стали отмечаться вспышки кори даже в странах с высоким охватом вакцинацией (США, Франция, Австрия, Англия, Германия, Израиль). Причины, которые привели к такой ситуации, по данным литературы, связаны с тем, что среди заболевших корью в 65% случаев имелись нарушения в графике вакцинации (одна доза вместо двух), у 5 – 10% привитых иммунитет не формируется, они остаются серонегативными. Кроме того, с годами вновь появляется восприимчивость к вирусу кори, которая обусловлена с утратой защитного уровня противокоревых антител. Течение кори у вакцинированных, утративших защитный уровень противокоревых антител, наблюдается в виде легких и атипичных форм, но в 60% случаев корь приобретает средне - тяжелое течение. У лиц, не ответивших на вакцинацию, течение кори обычно тяжелое, с развитием всех классических синдромов. Инкубационный период колеблется от 6 – до 15 суток, реже может продолжаться до 20 и даже 30 суток!

Катаральный синдром проявляется кашлем, который длится 5 – 8 дней, в 70-95% случаев развивается трахеобронхит. Конъюнктивит обнаруживается только у 20% больных. Субфебрильная лихорадка отмечается в 30% случаев, выше 39° - в 15%, иногда корь протекает на фоне нормальной температуры.

Типичная макулопапулезная сыпь появляется у 90% больных, но этапность высыпаний иногда нарушается. Высыпания держатся 2 – 3 дня, пигментация наблюдается в 70%, в остальных случаях отсутствует, шелушение бывает редко. При атипичном течении кори высыпаний может не быть (10%).

Патогномоничный синдром Филатова-Бельского-Коплика наблюдается в 40 – 50% случаев, а энантема – в 70%. Диарея, гепатит у вакцинированных наблюдаются редко, но иногда выявляется гиперферментемия. Общепаразитарный синдром выражен незначительно, крайне редко отмечаются осложнения.

Все случаи заболевания, при которых подозревается корь у вакцинированных или случаи с атипичной клиникой, по рекомендациям ВОЗ требуют подтверждения диагноза, либо выявлением IgM антител в сыворотке крови с 4 – по 28 день от появления сыпи, либо нарастанием уровня антител в парных сыворотках, исследованных в острый период и через 2-3 недели от начала заболевания.

Известно, что у заболевших корью прежде однократно или двукратно вакцинированных, IgM антитела выявляются только в 60% случаев. Вместе с тем высокий уровень IgG антител определяется уже в первой из парных сывороток, что связано с быстрым их образованием за счет реализации вторичного типа иммунного ответа.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРИ. Если учитывать такие параметры как чувствительность, стабильность воспроизведение результатов и экономические показатели, то предпочтительнее выглядит тест – система на основе метода иммуноферментного анализа (ИФА). Антитела IgM выявляются с третьего дня высыпаний, IgG антитела появляются на 10 сутки и достигают своего максимального уровня к 18-22 дню в парных сыворотках. У привитых и у переболевших корью в детстве можно определить высокий уровень IgA класса. В настоящее время для диагностики кори повышенным интересом пользуется метод ПЦР, позволяющий выявить нуклеотидные последовательности молекул РНК вируса. Результаты ИФА, ПЦР, вирусологического метода при классическом течении кори у непривитых отличаются от данных лабораторного обследования лиц вакцинированных, но заболевших

корью в силу разных причин. У привитых, но заболевших корью, антитела IgM после третьего дня появления сыпи выявляются лишь в 60% случаев. При исследовании парных сывороток крови на наличие IgG антител в 20% случаев выявляется сероконверсия (отсутствие антител в первой сыворотке и их появление во второй), в 15% случаев диагностически значимое увеличение содержания антител выявляли уже в первой сыворотке.

ЛЕЧЕНИЕ КОРИ. Специфических средств лечения кори не существует. Лечение сводится к назначению симптоматической и патогенетической терапии. Больному рекомендуют постельный режим, приглушенное освещение. Следует проводить туалет глаз, носа, губ.

Средства лечения:

1. Дезинтоксикационные средства (обильное питье, внутривенное введение солевых растворов при выраженной интоксикации).
2. Обработка слизистых растворами антисептиков, полоскание рта раствором соды, закапывание в глаза капли сульфацила натрия, интерферона.
3. Витаминотерапия.
4. Десенсибилизирующие препараты.
5. Лечение трахеобронхита (антибактериальные, противокашлевые, бронхолитические средства, при необходимости - кислород, ИВЛ, профилактика развития пневмонии). Жаропонижающие – только при гипертермии.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КОРИ. Плановые прививки проводят двукратно детям, не болевшим корью, в возрасте 12 месяцев и 6 лет. Интервал между первой и повторной вакцинацией не должен быть менее или более 6 месяцев. Экстренную профилактику проводят подросткам и взрослым, контактировавшим с больными корью и ранее не привитым против этой инфекции. При отсутствии противопоказаний вакцину вводят не позднее, чем через 72 часа после контакта с больными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Актуальные проблемы коревой инфекции: краткий аннотированный список рекомендованной литературы / Сост. Е. Г. Панечко, отв. за вып. Н. А. Черная; Республик. науч. мед. б-ка. – Донецк, 2019. – 8 с.
2. Особенности течения кори у взрослых / И. А. Иванова, Ж. Б. Понежева, М. С. Козлова [и др.] // Лечащий врач. – 2018. – № 11. – С. 36-39.
3. Покровська, Т. В. Порівняльна характеристика клінічного перебігу кору в дітей і дорослих / Т. В. Покровська, В. В. Гнатюк, О. Б. Надрага // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 1. – С. 28-32.
4. Критерии дифференциальной диагностики кори на догоспитальном этапе / Т. А. Руженцова, Д. А. Хавкина, П. В. Чухляев // Лечащий врач. 2017; 11:40-42.
5. Шамшева, О. В. Вакцинопрофилактика кори на современном этапе / О. В. Шамшева // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2013;92(1):22-26.
6. Инфекционные экзантемы у детей / М. Н. Канкасова, О. Г. Мохова, О. С. Поздеева // Практическая медицина. 2015;7:26-31.
7. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у взрослых / Н. И. Брико, И. В. Фельдблюм, К. А. Субботина [и др.] // Журнал инфектологии. 2018;2:5-16.
8. Утенкова, Е. О. Инфекционные экзантемы у детей / Е. О. Утенкова // Детские инфекции. 2018;3:57-61.
9. Инфекционные болезни и эпидемиология. 2 – издание. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. / ГЕОТАР-Медиа, 2007, 833.
10. Мазанкова ЛН, Беляева НМ, Горбунов СГ, Нестерина ЛФ. Корь у детей и взрослых на этапе элиминации. / М.: МЕДпресс-информ, 2018.
11. Тимченко ВН, Чернова ТМ, Булина ОВ, Павлова ЕБ, Назарова АН, Леоничева ОА, и др. Корь у детей раннего возраста. // Детские инфекции. 2015;14(2):52-58.

Поступила 20.02.2024