

### **Корь. Краткий диагностический алгоритм.**

**Корь является** острым инфекционным заболеванием вирусной этиологии с воздушно-капельным путем передачи, в типичных случаях проявляющимся выраженной интоксикацией, поражением слизистых оболочек дыхательных путей, конъюнктивитом, а также этапным появлением пятнисто-папулезной сыпи.

**Корь – заболевание высоко контагиозное** (индекс контагиозности близок к 100%). Вакцинация является надежной защитой от заболевания. Вирус нестоек во внешней среде, поэтому основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный при прямом контакте с заболевшим. Широкое распространение кори обеспечивается также относительно длительной контагиозностью пациента для окружающих, продолжающейся от последних дней инкубационного периода (1-5 дней), достигая максимума в продромальном периоде и до 6 дня с момента появления сыпи. Корь вызывает иммунодепрессию, которая может иметь место у пациента в первые полгода после реконвалесценции.

Для понимания клинической картины заболевания и построения диагностического алгоритма необходимо иметь представление об основных этапах патогенеза кори. Вначале происходит первичное поражение респираторного тракта -проникновение вируса в респираторный эпителий с последующим распространением в лимфатические узлы и накоплением в лимфоидной ткани (соответствует инкубационному периоду заболевания длительностью от 7 до 21 суток). Далее имеет место вирусемия (в начале заболевания соответствующая продромальному периоду) с поражением сосудов (обуславливающим основной клинический симптом кори – сыпь).

**При опросе пациента ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЮ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА – НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТИПИЧНОЙ КОРИ.** Начало продромального периода кори проявляется лихорадкой, катаральными явлениями, кашлем, конъюнктивитом, иногда диареей (период наибольшей контагиозности). **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАЖНО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НЕ ТОЛЬКО НА НАЛИЧИЕ ЭНАНТЕМЫ И ЭКЗАНТЕМЫ, НО И НА ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА, А ТАКЖЕ СКЛЕР И КОНЪЮКТИВ.** Со второго дня лихорадки может наблюдаться

шелушение на слизистых оболочках щек, как правило, напротив первых коренных зубов, **проявляющееся мелкими беловатыми пятнами (по типу «манной крупы»)**, иногда на гиперемизированном фоне (пятна Коплика-Филатова).

Сыпь появляется на 3-4 день от начала заболевания, носит пятнисто-папулезный характер. Для нее **ХАРАКТЕРНА ЭТАПНОСТЬ – ПЕРВЫЙ ДЕНЬ – ЛИЦО, ШЕЯ (ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА ЩЕКАХ, А ТАКЖЕ ЗА УШАМИ), ДАЛЕЕ, НА ВТОРОЙ ДЕНЬ – ТУЛОВИЩЕ, НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА КОНЕЧНОСТИ.** Необходимо помнить, что диагностически важно констатировать сам факт этапности сыпи, который может сокращаться или растягиваться во времени (от 2 до 6 суток). Угасает сыпь в том же порядке, как и распространялась, начиная с лица, оставляя быстро исчезающую буроватую пигментацию.

**Выздоровление наступает за счет формирования собственного иммунитета.** Поэтому корь протекает тяжело у иммунодепрессивных пациентов. Группами риска являются - беременные женщины, дети с гипотрофией, недостатком витамина А, пациенты, получающие химиотерапию, глюкокортикостероиды и иммунодепрессивную терапию, реципиенты органов и стволовых клеток, пациенты с тяжелой хронической патологией. В формировании основного симптома кори – пятнисто-папулезной сыпи – также участвуют иммунные механизмы. Поэтому при появлении чрезвычайно обильной сыпи или при ЕЕ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ (особенно у контингентов риска), следует ожидать тяжелое, осложненное течение заболевания.

**ТАКИМ ОБРАЗОМ, ОПОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КОРИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- острое начало заболевания с высокой лихорадки до 38,0-40,0°C, которая трудно купируется приемом НПВС;
- превалирование в начале заболевания выраженной интоксикации и катарального синдрома (упорный малопродуктивный кашель, насморк) в течение 1-3 дней;
- выраженный конъюнктивит, склерит, блефарит на протяжении всего заболевания;

- пятна Филатова-Коплика (белые пятна диаметром 1-2 мм напротив малых коренных зубов на слизистой щек), которые появляются до появления сыпи на коже и сохраняются до 3 дня высыпаний;

- пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию, появляющаяся сначала на лице и характеризующаяся этапным распространением на туловище и вплоть до дистальных участков конечностей в течение 2-6 дней;

- лейкопения, нейтропения, иногда тромбоцитопения в клиническом анализе крови.

Диагностическое значение имеют следующие особенности анамнеза:

- выезд пациента за пределы Республики Беларусь в ближайшие 3 недели до появления первых признаков заболевания;

- контакт с другими пациентами с лихорадкой, катаральным синдромом и экзантемой

- прививочный статус с акцентом на наличие сведений о вакцинации против кори с обязательной отметкой о годах вакцинации и ее кратности (если данные сведения доступны в отношении обратившегося за медицинской помощью пациента).

Следует иметь ввиду **ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ КОРИ У РЯДА ПАЦИЕНТОВ, ОБЫЧНО ИМЕЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНИТЕТА.**

Абортивная форма кори начинается с типичного клинического продрома, затем течение заболевания обрывается, сыпь не имеет этапности, характеризуется распространением, главным образом, на передней и боковых поверхностях туловища.

Митигированная корь характеризуется очень коротким, чаще однодневным, продромальным периодом, практически одномоментным появлением бледновато-розовых элементов сыпи, незначительным вовлечением слизистых оболочек.

Стертая форма заболевания имеет невыраженную, быстро проходящую симптоматику.

**Решающее значение в этих случаях имеет лабораторная серологическая диагностика. В частности, определение иммуноглобулинов М в крови пациентов методом ИФА с 4 по 11 день**

после появления сыпи (у 25% пациентов в первые 3 дня сыпи результат ИФА может быть ложноотрицательным).

**Осложнения.** Наиболее частыми осложнениями кори являются синуситы и отиты. Существенно, что решающее значение в их формировании имеет присоединившаяся БАКТЕРИАЛЬНАЯ флора.

Статистически, наиболее опасным для жизни пациента осложнением является коревая пневмония. Ранняя вирусная пневмония развивается только у пациентов с выраженной иммунодепрессией и протекает всегда крайне тяжело. Значительно чаще она присоединяется в период разгара клинической симптоматики или в стадии реконвалесценции. Этиология пневмонии обусловлена присоединением бактериальной флоры – **пневмококка, стафилококка, гемофильной палочки.**

Примерно у 8% пациентов отмечается диарея, обычно не приводящая к выраженной дегидратации.

Склериты и конъюнктивиты иногда причиняют пациенту значительное беспокойство, однако развитие слепоты или снижение остроты зрения связано с поражением сетчатки у пациентов с гиповитминозом витамина А (обычно население Африки).

Поражение центральной нервной системы редки, но в допрививочную эру обуславливали основную летальность в Северной Америке, Европе и СССР.

**Острый диссеминирующий энцефаломиелит.** Наиболее опасное осложнение в Европе и Северной Америке. 1 на 1000 инфицированных детей – летальность до 20 %. Морфологически демиелинизация и мононуклеарная инфильтрация. На 5-6-й день после появления сыпи подъем температуры, нарушение сознания, судороги, очаговая симптоматика, тяжелые двигательные и ментальные расстройства, нарушения зрения. В ликворе повышено содержание базового белка миелина.

**Подострый прогрессирующий энцефалит с клеточными включениями (МІВЕ)** – вторая форма постинфекционного энцефалита, развивающаяся через 2-6 месяцев после выздоровления. Развивается исключительно у иммунодепрессивных пациентов в очень редких случаях. Характеризуется нарастающей тяжелой общемозговой симптоматикой. Летальность более 75 %.

**Подострый склерозирующий панэнцефалит.** Вялая медленная инфекция, возникающая очень редко развивающаяся примерно через 5-10 лет после перенесенного заболевания. Клиника проявляется нарастанием ментальных спастических и неврологических симптомов, летаргией, прогрессирующей до «вегетативного» состояния пациента и его гибели.

**Лечение кори.** Этиотропного лечения кори в настоящее время не существует. В основе терапии лежат патогенетические мероприятия, прежде всего дезинтоксикационная терапия. При повышении температуры выше 38,5° используют жаропонижающие и нестероидные противовоспалительные препараты.

В случае присоединения отитов или синуситов присоединяют антибактериальную терапию амоксициллином-клавулонатом. Альтернативными препаратами являются макролиды (кларитромицин, азитромицин) или респираторные фторхинолоны у взрослых (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Антибактериальная терапия пневмоний включает комбинированное применение амоксициллина-клавулоната или цефалоспорины 3 поколения в сочетании с макролидами или респираторными фторхинолонами у взрослых.

Развитие тяжелых неврологических осложнений требует, при наличии явлений внутричерепной гипертензии, дегидратационных мероприятий; обеспечения эффективной оксигенации. Вопрос о применении пульс-терапии глюкокортикостероидами решается индивидуально.

**Профилактика.** В отношении всех пациентов и медицинских работников, которые контактировали с пациентами с подтвержденной или предполагаемой на основании клинико-эпидемиологических предпосылок корью, следует осуществить постэкспозиционную вакцинопрофилактику в первые 72 часа от момента предполагаемого контакта либо оценить серологически напряженность противокорьевого иммунитета и принять решение о целесообразности постэкспозиционной вакцинопрофилактики.

У иммуноскомпрометированных пациентов, невакцинированных детей 6-12 месяцев жизни, невакцинированных беременных женщин в качестве постэкспозиционной профилактики возможно использование иммуноглобулина человека нормального в дозе 3-6 мл однократно (внутримышечно) в сроки не позднее 6 дней от момента контакта.

Вакцинация не показана в течение 6 месяцев после переливания плазмы, эритроцитарной массы и/или введения препаратов иммуноглобулинов (в том числе иммуноглобулина человека нормального).

Если вакцинация данной категории пациентов не проведена в рекомендуемые сроки, за ними следует установить медицинское наблюдение с регулярной термометрией 1 раз в сутки сроком до 21 дня. При появлении лихорадки, катарального синдрома и/или экзантемы такие пациенты должны доставляться санитарным транспортом в приемные отделения инфекционных больниц территориального назначения для осмотра врачом-инфекционистом и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Все контактные лица, которым не осуществлялась постэкспозиционная профилактика, по истечению 21 дня должны быть обследованы серологически с определением наличия и напряженности противокорревого иммунитета, а при его отсутствии – вакцинированы против кори в плановом порядке.