

Корь



Высокая температура

Интоксикация

макуло-папулёзная сыпь

Конъюнктивит

Воспаление верхних дыхательных путей

ЭТИОЛОГИЯ



- ✓ Возбудитель кори относится к роду *Morbillivirus* семейства *Paramyxoviridae*.
- ✓ Это вирус размером 120-140 нм, содержащий РНК, наружная мембрана которого состоит из белково-липидов-полисахаридов.
- ✓ Гемагглютинация, гемолиз и комплемент обладают связывающей активностью.
- ✓ Обладает высокой вирулентностью, но менее устойчив к окружающей среде, при использовании капель для полоскания рта в течение 30 мин – разрушается сразу же при высыхании. Чувствителен к солнечному свету, а также воздействию УФ-излучения. Устойчив к антибиотикам.



Эпидемиология

Антропоноз – это болезнь.

С окончания инкубационного периода, период катара и сыпи становится заразным, высококонтагиозным становится 1-й день катара и сыпи. Заразность теряется с 5-го дня. Выздоровливающие в безопасности.

Заражение человека происходит воздушно-капельным путём, иногда через конъюнктиву. Вирус распространяется на большие расстояния с большим количеством капель слизи при кашле, чихании и разговоре.

Люди, которые не болели корью и не получали вакцину, очень восприимчивы к кори.

Заболевание встречается в любом возрасте, особенно в холодное время года (зима-весна).

Чаще заражаются дети дошкольного возраста. (1–5 лет)

Хотя вакцинация значительно снижает заболеваемость, искусственный иммунитет теряется через 8-10 лет.

Эпидемиология

Дети, рождённые от привитых от кори матерей, имеют врождённый иммунитет на срок до трёх месяцев. Восприимчивы к кори дети 6-10 месяцев.

Если мать не болела корью и не была привита, ребёнок восприимчив к кори с рождения. Возможна внутриутробная инфекция.

Уровень заражения зависит от вакцинации населения.

Отдельные случаи смерти связаны с пневмонией у детей раннего возраста и от энцефалита у подростков и взрослых.

Патогенез и патологическая анатомия

Эпителиальные клетки дыхательных путей, периферических лимфатических узлов фиксируются и размножаются в альвеолоцитах. Виремия возникает через 5-6 дней после заражения. Первичная виремия распространяется гематогенным путём на внутренние органы, оседает в ретикулоэндотелиальной системе и там размножается.

Конец инкубационного периода - при вторичной вирусемии появляются признаки интоксикации, относящиеся к начальному периоду заболевания. Вирус поражает кожу, конъюнктиву, дыхательные пути и эпителиальные клетки ротовой полости, вызывая специфический коревой энцефалит. Возникают катаральные воспаления носа, гортани, трахеи. Антицизм в крови реципиентов постепенно сохраняется в течение длительного времени. Через 5-7 лет у инфицированных обнаруживают атипичные формы. Они могут создать в организме анергическое состояние, туберкулиновые, токсоплазменные зноаги становятся отрицательными, а хронические заболевания - ревматизм, туберкулёз, шигеллез - обостряются. При нарушении витаминного обмена патогенные и условно-патогенные микробы активизируются и вызывают интеркуррентные заболевания. В плаценте геморроидальные узлы в хорионе вызывают скопление многоядерных ацидофильных цитоплазматических клеток, очаги некроза. В цитоплазме геморроидальных узлов образуются крупные синцитиальные узелки.

Классификация кори

По форме	По тяжести	По течению
<p>I Типичная</p> <p>II Нетипичная</p> <p>A. Злокачественная</p> <p>1. <i>Токсичная</i></p> <p>2. <i>Геморрагическая</i></p> <p>3. <i>Одышка</i></p> <p>B. Абортивная</p> <p><i>(У детей, получающих прививки по плану)</i></p> <p>C. Митпигиративная</p> <p><i>(В инкубационный период болезни детям передаются иммуноглобулины)</i></p> <p>D. Стёртая</p> <p>У детей, получавших лечение антибиотиками и гормонами</p>	<p>1. Лёгкая</p> <p>2. Среднетяжёлая</p> <p>3. Тяжёлая:</p> <p>a. <i>Без геморрагического синдрома</i></p> <p>b. <i>При геморрагическом синдроме</i></p>	<p>1. Острая</p> <p>2. Гладкая</p> <p>3. С осложнениями:</p> <p>a. <i>Специфическая (коревая пневмония, вирус ранней кори, коревой энцефалит)</i></p> <p>b. <i>Неспецифическая (пневмония бактериального генеза, поздняя коревая инфекция, артрит, обострение хронических соматических заболеваний)</i></p> <p>4. Смешанная инфекция</p>

Клиника

Инкубационный период длится 6-17 дней.

Вакцина против кори может продлить латентный период до 21, 28 дней.

Симптомы обычно начинаются на 13-й день воздействия.

В течении кори выделяют 3 периода:
катар, сыпь, пигментация

Периоды и продолжительность кори

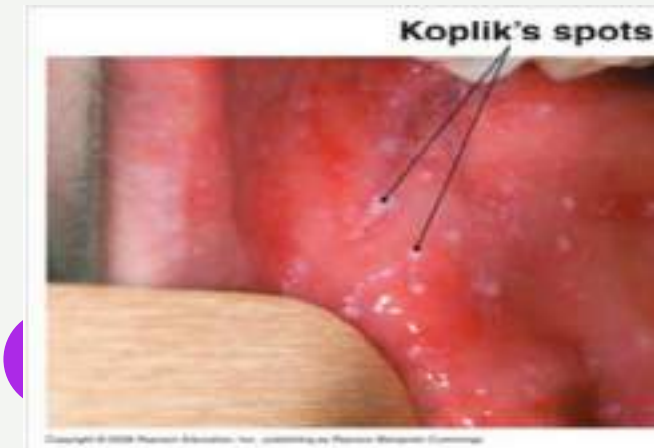
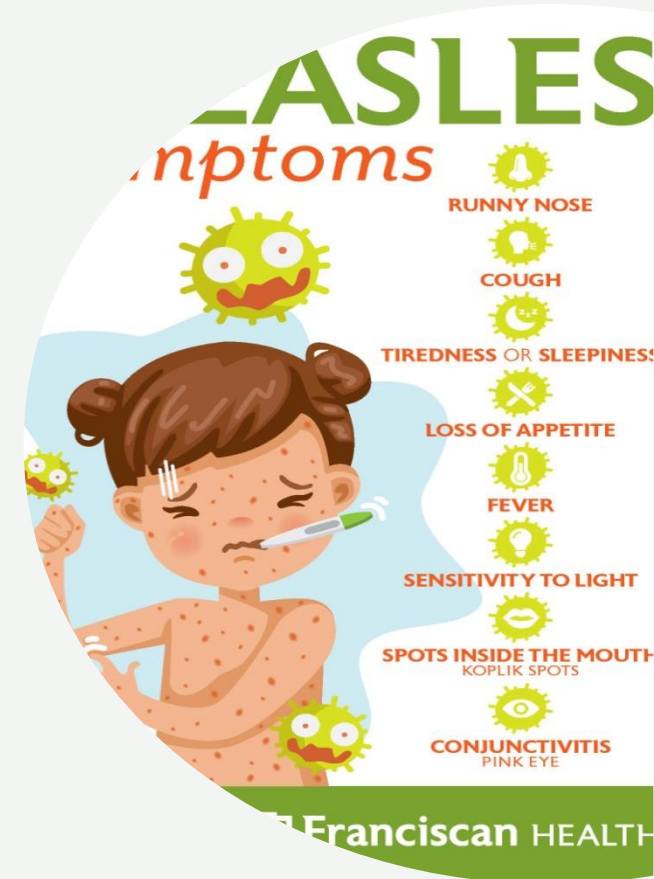
- **1.** *Инкубационный период 6-17 дней*
- **2.** *Катаральный период 3-5 дней*
- **3.** *Период сыпи 3-5 дней*
- **4.** *Период пигментации 1 – 1,5 недели*

Клиника: начальный период

Во 2-й половине инкубационного периода масса тела ребёнка снижается, нижние веки становятся отёчными, конъюнктивит гиперемизируется, возникают субфебрильная лихорадка, кашель, субфебрилитет. Температура тела вскоре достигает 38-39°C, беспокоит головная боль, боязнь света, голос становится хриплым. В первые дни может появиться сухой кашель, лицо отекает. Лимфатические узлы на шее, затылке и под мышками увеличиваются, становятся болезненными и плотными. Коревая энантема – с первого дня на мягком и твёрдом небе появляются мелкие красные пятна.

На слизистой оболочке щеки обнаруживают патогномоничные для кори пятна Коплика - слегка приподнятые, беловатые энантемы, окруженные тонким красным кольцом. Они прилипают к слизистой оболочке и выглядят как перхоть.

За 1-2 дня до появления характерной для кори сыпи на коже иногда появляется небольшое количество мелких точек, скарлатиноподобная или пятнистая, уртикарная сыпь. Для кори рисуются характерные экзантемоподобные пятна и продромальные высыпания. Катаральный период длится 3-4, 5-7 дней.



Клиника: период высыпаний

На 3-4-й день снижается лихорадка и вновь увеличивается период экзантемы, усиливаются интоксикация и катаральные явления. Сыпь макуло-папулёзная, постепенная на фоне нормальной кожи: первые элементы появляются в виде мелких розовых пятнышек за ушами, над носом, они быстро разрастаются и принимают неравномерные очертания, склонные к слиянию.

В 1-й день сыпь покрывает всё лицо и шею; отдельные элементы также можно увидеть на груди и верхней части спины.

На 2-й день туловище, проксимальная часть рук.

На 3-й день на руках и ногах сыпь, на лице сыпь немного бледнеет. Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном неправильной формы. Кроме экзантемы могут возникать кожные кровоизлияния.



КОРЬ СЫПЬ



Внешний вид: лицо становится отёчным

Веки утолщаются

Отекает нос и верхняя губа

Глаза красные, сначала слизистые, затем слизисто-гнойные выделения.

Лихорадка не возникает даже в период сыпи.

Больные с лихорадкой беспокойны, насторожены, сонливы, возникают носовые кровотечения.

В лёгких выслушиваются рассеянные сухие, иногда влажные хрипы среднего калибра.



ПЕРИОД ПИГМЕНТАЦИИ

В период пигментации сыпь бледнеет и становится коричневой.

Сначала сыпь появляется на лице, затем пигментируется туловище и конечности.

Через 1-2 недели цвет кожи восстанавливается, а перхоть покрывается корочкой.

Состояние больного постепенно улучшается. Катаральные явления исчезают.

Астения сохраняется длительное время.

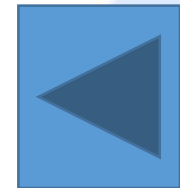
В крови лейкопения, лимфоцитоз, лейкоцитоз при гнойных осложнениях, СОЭ вырастает.





Пятна Коплика

- Патогномоничный признак кори
- Находится на слизистой оболочке щеки
- Беловатые энантемы, слегка приподнятые, окруженные тонким красным кольцом
- Оно плотно прилегает к слизистой оболочке.
- Похоже на крупинки соли или отруби
- Появляется перед характерной сыпью, а затем исчезает



Формы кори

Нетипичные формы

Слабые, стёртые симптомы:
Кратковременная сыпь
Отсутствие катаральных явлений
Нефазовая сыпь

Другие формы

Гипертоксическая
Геморрагическая
Злокачественное течение

Типичные формы

Лёгкое, среднее и тяжелое течение
Степень тяжести определяется по признакам интоксикации

Очень лёгкая корь

Получающие иммуноглобулин в инкубационный период, дети 3-9 месяцев, получившие от матери пассивный иммунитет
Нормальная температура
Частые пятна Коплика
Маленькие, незначительные экзантемы
Слабые катаральные явления



Нетипичные формы кори

Стёртая форма

Гипертоксическая форма

Геморрагическая форма

Нетипичная форма со злокачественным течением

Стёртая форма

Очень лёгкая форма называется ослабленной корью и обычно встречается у тех, кто получает иммуноглобулин в течение инкубационного периода. Температура нормальная или повышается незначительно, часто появляются пятна Коплика. Экзантема мелкая, состоит из нескольких элементов и бледная, градация рассеяния нарушена. Катаральные явления выражены слабо или отсутствуют, течение болезни не ухудшается.

Смягчение кори характерно для детей 3-9 месяцев, получивших от матери пассивный иммунитет.

У лиц, привитых живой коревой вакциной

- Характерна типичная форма заболевания
- 25-30% привитых дети 9-10 лет
- После суточного инкубационного периода - высокая температура
- Катаральные явления, иногда могут возникать судороги и рвота
- Дети с реакциями на вакцину не заразны

Беременные больные корью

- Выкидыш
- Мертворождение, преждевременные роды
- Врождённая корь



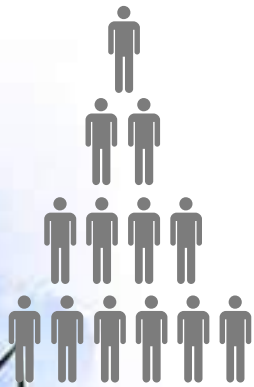
Заболевание типичное, но лёгкое.
Инкубационный период длительный

Субфебрильная лихорадка

Слабые катаральные явления

Период лёгкой сыпи

Слабые признаки интоксикации



В каких случаях
пожилые люди,
переболевшие корью в
детстве, заражаются
повторно

Пожилые люди, не
болевшие корью в
детстве



Их выявляют при типичной среднетяжелой
форме заболевания.

Острые симптомы - насморк, Температура 38-39°C.

Воспаление дыхательных путей и конъюнктивы.

Энантемы и характерные пятна на мягком небе.

Состояние больного усугубляется высыпаниями.

Головная боль, тошнота, рвота, бессонница и др.

У людей старше 70 лет течение тяжелое.

Обострения

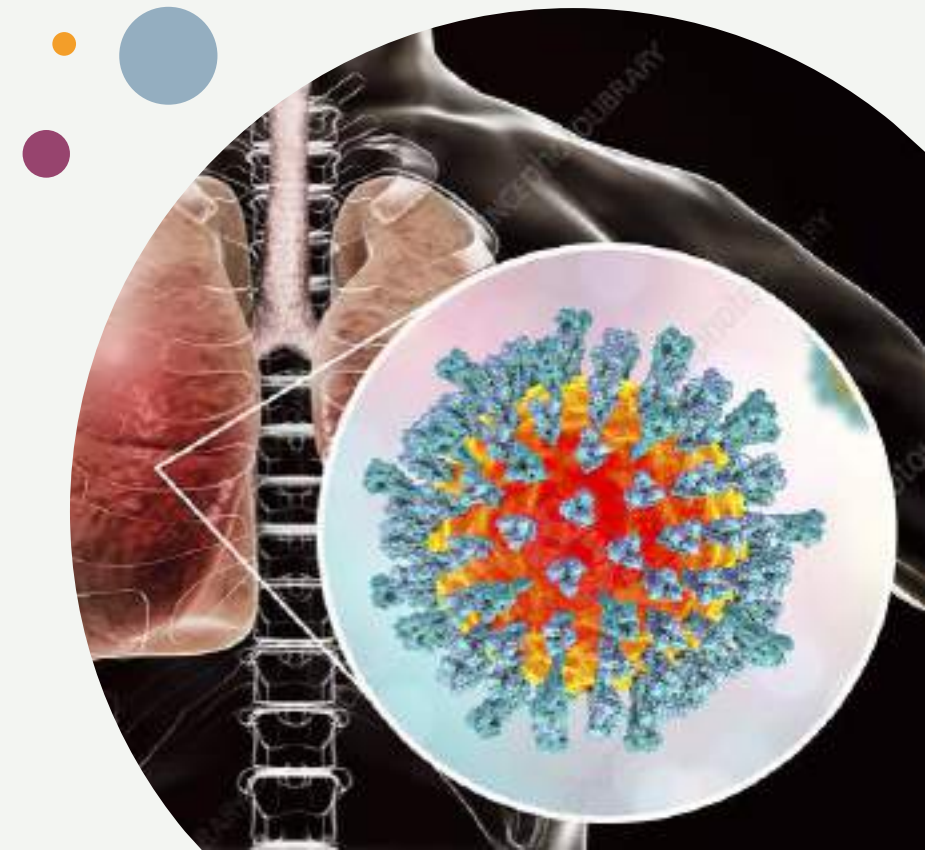
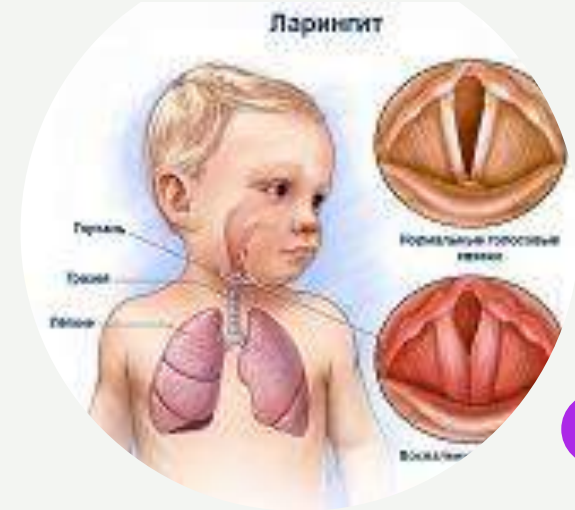
Ранние и поздние осложнения кори обычно зависят от вторичной инфекции. Ранние осложнения совпадают с катаральным и сыпным периодами, а поздние - с периодами пигментации. Осложнения также являются причиной смерти. Часто возникают трахеобронхит, отит и пневмония, евстахиит, синусит, пиелонефрит, менингоэнцефалит, серозный менингит.

Специфические: коревая пневмония, ранний вирус кори, коревой энцефалит.

Неспецифические: пневмонии бактериального генеза, поздняя коревая инфекция, артриты и др. более опасны для лиц старше 70 лет.

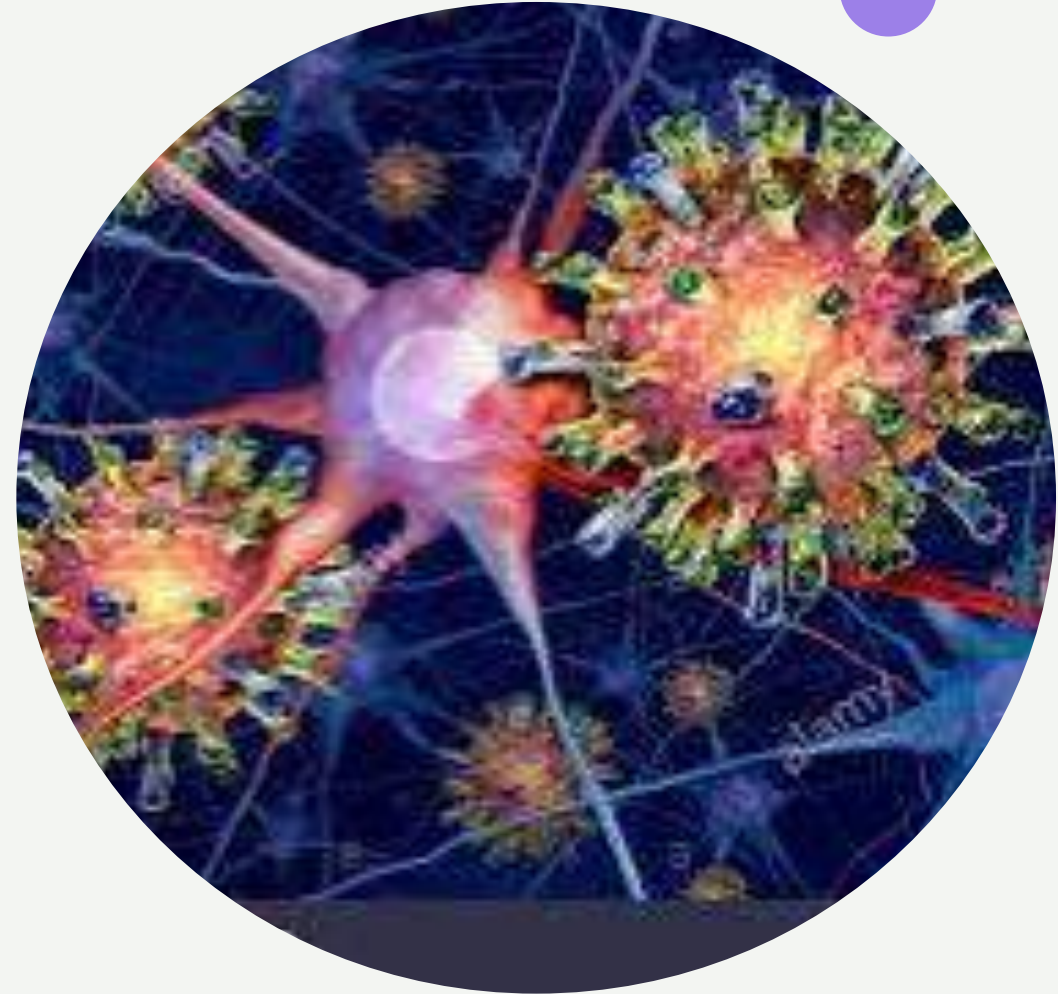


Осложнения: ларингит-катаральный, некротический, фибринозно-некротический, изъязвленный, усугубляющийся афонией, ложный сон. Пневмония сопровождается острой интоксикацией, поражением сердечно-сосудистой системы ЦНС. Пневмония особенно тяжела у детей в возрасте до двух лет.



При колитах и энтероколитах обычно развивается период пигментации с участием патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Встречаются также осложнения со стороны нервной системы в виде энцефалита и серозного менингита. Энцефалит во все периоды обычно развивается в период высыпаний. Помимо высокой лихорадки помрачение сознания может перейти в кому с судорогами и менингеальным синдромом: вскоре присоединяются гиперкинезы, косоглазие, нистагм. Эти изменения носят стойкий характер, иногда усугубляются тромбозом сосудов головного мозга. Но быстро исчезают астения, двигательные расстройства, боязнь света. Поражение головного мозга может вызвать умственную слабость, эпилепсию, двигательные и речевые расстройства, эндокринные расстройства.

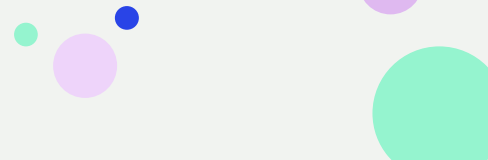


Диагноз

Клинические симптомы - конъюнктивит, пятна Коплика, стадии, пятнисто-папулезная сыпь определяются на основании стадирования и эпидемиологического анамнеза.

Используют реакции нейтрализации или иммунофлуоресценции.

Обнаружение антигенов в моче и крови, антител из крови, нарастание титра антител более чем в 4 раза в КРК (комбинированная реакция на комплимент), ЗРГ (задержка реакции гемагглютинации), реакции замедленного гемолиза подтверждают диагноз.



Дифференциальная диагностика

Грипп

Аденовирусная инфекция

Скарлатина

Кореподобная краснуха

Инфекционная эритема

Сывороточная болезнь

Энтеровирусная инфекция

Трихинеллез

Клещевой риккетсиоз

Листериоз

Инфекционный мононуклеоз

Вторичный сифилис

Дифференциальная диагностика

Аденовирусная инфекция - имеется конъюнктивит, кожная сыпь, пятна Коплика отсутствуют, слизистые оболочки рта чистые и блестящие, иногда поражаются печень и селезенка.

Сывороточная болезнь - начинается через 7-10 дней после серотерапии. Сыпь распространяется с места введения сыворотки, катаральные явления выражены слабо, элементы полиморфны, чешется. Характерные проявления включают увеличение периферических лимфатических узлов и селезенки.

В начальном периоде **трихинеллёза** – лихорадка, макуло-папулёзная сыпь на коже могут напоминать корь. Однако после употребления свинины в анамнезе аллергические отеки на лице, шее, иногда на других участках тела, боли в скелетных мышцах и высокая эозинофилия в твёрдой крови подтверждают трихинеллёз.

Дифференциальная диагностика



Краснуха

Катаральный период отсутствует.

Сыпь, которая развивается и распространяется с первого дня, не имеет поэтапного цикла.

Сыпь мелкая и бледная, несливающаяся, преимущественно на открытых поверхностях конечностей, спине и лопатках.

Опухают лимфатические узлы за шеей и за ушами.



Дифференциальная диагностика

Аденовирусная инфекция

Конъюнктивит, острые катаральные явления

*Коликообразных пятен нет, слизистая рта остается чистой
Поражаются периферические лимфатические узлы, печень и селезёнка.*



Дифференциальная диагностика

ГРИПП

Начинается с симптомов острой интоксикации.

При гриппе верхнее нёбо гиперемировано, резко отличается от твёрдого нёба.

Энантемы во рту нет

Коревая сыпь, конъюнктивит, охриплость голоса отрицают грипп



Дифференциальная диагностика

Скарлатина

Катаральные явления отсутствуют

Скарлатина не похожа на ограниченную гиперемию при стенокардии.

Сыпь при кори, как и при скарлатине, распространяется по всему телу, а при скарлатине локализуется на определённом участке.

Треугольник носа и губ становится бледным.



Дифференциальная диагностика

Клещевой риккетсиоз

Эндемическая инфекция с природными очагами

Фактор укуса клеща в анамнезе

Высокая температура

Проявляется рашеолозно-папулёзной сыпью по всему телу.

На месте первичного комплекса-укуса формируется пятно инфильтрата и лимфаденит, сыпь не сливается.



Дифференциальная диагностика



Лекарственные и аллергические высыпания

Наличие фактора аллергии.

*Образуется в результате приёма
сульфаниламидных препаратов и
антибиотиков.*

*Встречаются также
кореподобные, угловатые,
уртикарные высыпания.*

*Сыпь не имеет стадий,
катаральных явлений и лихорадки.*



ЛЕЧЕНИЕ



Обычно лечат дома

Госпитализация при осложнениях

Санитарно-гигиенические условия

Молочная, растительная пища при правильном кормлении и уходе-согревании.

Полноценное качественное питание после спадания лихорадки

Назначаются витамины С и А.

Глаза промывают тёплой водой или 2% раствором соды, а после оттока гноя наносят рыбий жир или витамин А.

Борный вазелин наносится на губы.

Нос промывается вазелином.



ЛЕЧЕНИЕ



Антибиотикотерапия

Дети до 2 лет

При тяжёлой форме кори

При острой интоксикации и лёгочных симптомах - для профилактики пневмонии.

Антигистаминная терапия

Зинсет

Дифенгидрамин

Пипольфен

Супрастин



*Патогенетическая и
симптоматическая терапия
при менингитах
и энцефалитах*

Профилактика

- После появления сыпи больного изолируют на 5 дней, а при осложнениях – на 10 дней. Детей, бывших в контакте, не допускают в коллектив на 17 дней, а тех, кому вводили иммуноглобулин, на 21 день. При отсутствии осложнений беременную не госпитализируют по поводу инфекции. Пациентов изолируют во время родов.
- Для пассивной профилактики детям в возрасте от 3 мес до 4 лет, не контактировавшим с больными корью, вводят по 1 мл иммуноглобулина здорового человека, который даёт эффект при введении до 5-го дня контакта, а эффект длится 3-4 недели.
- Активная профилактика проводится живой вакциной против кори. Вакцину вводят под кожу в дозе 0,5 мл детям в возрасте 12 месяцев и 6 лет, не болевшим корью и не имеющим медицинских противопоказаний. Через 6-18 дней после прививки могут появиться лихорадка, продолжающаяся 2-3 дня, конъюнктивит, катар дыхательных путей, иногда даже сыпь.



Краснуха



Острая вирусная инфекция, мелкая пятнистая сыпь, лимфаденопатия, умеренная лихорадка, характеризуется поражением плода у беременных и является острым инфекционным заболеванием.

ИСТОРИЯ



Впервые она была выделена в 1962 году двумя независимыми группами: Полом Д. Паркманом и его коллегами, а также Томасом Х. Веллером и Франклином А. Невои.

Первая вакцина против краснухи была лицензирована в 1969 году.

В 1971 году комбинированная вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи была лицензирована для использования в Соединённых Штатах.

В 2005 году была лицензирована вакцина против кори, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы.



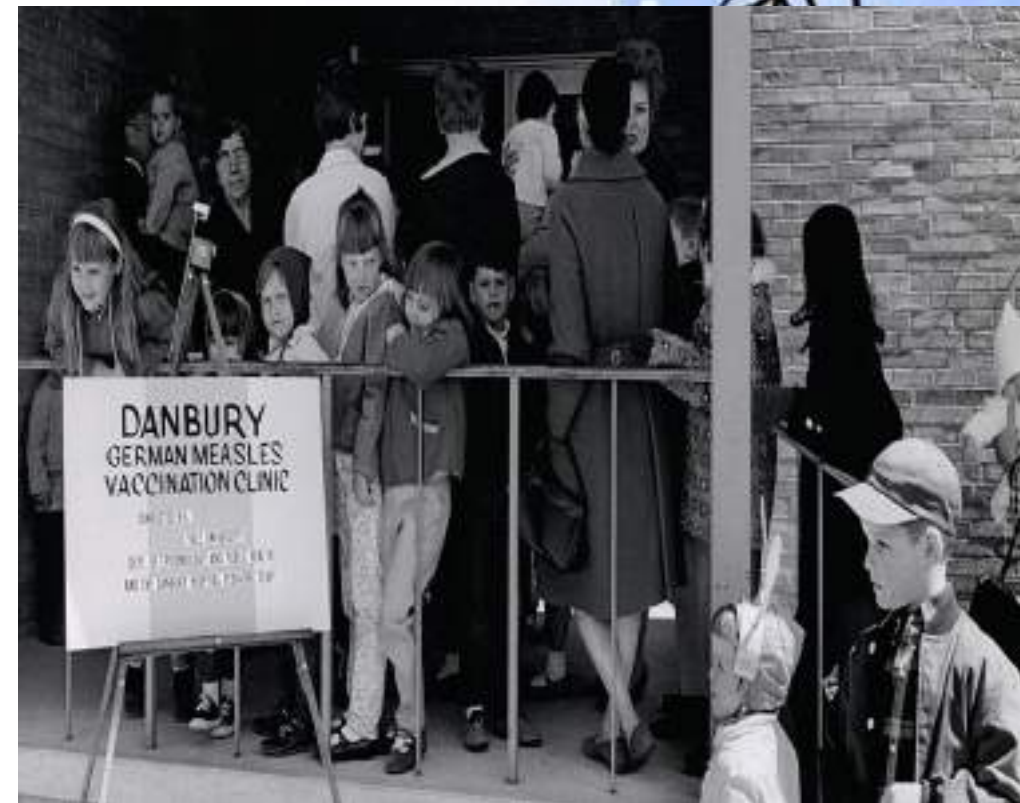
Норман Грег

ИСТОРИЯ

Краснуха (лат.) — «маленькая красная». Первоначально краснуха считалась разновидностью кори или скарлатины. Впервые она была описана как отдельное заболевание в немецкой медицинской литературе в 1814 году, отсюда и общее название «немецкая корь».

В 1914 году Альфред Ф. Гесс предложил вирусную этиологию, основанную на его работе с обезьянами.

1940 г. - после эпидемии краснушной инфекции австралийский офтальмолог Норман Грег сообщил о возникновении врождённой катаракты у детей, рождённых инфицированными беременными женщинами, в 1941 г. - синдром врожденной краснухи (СВК).



ЭТИОЛОГИЯ

Вирус краснухи

Род Рубивирус

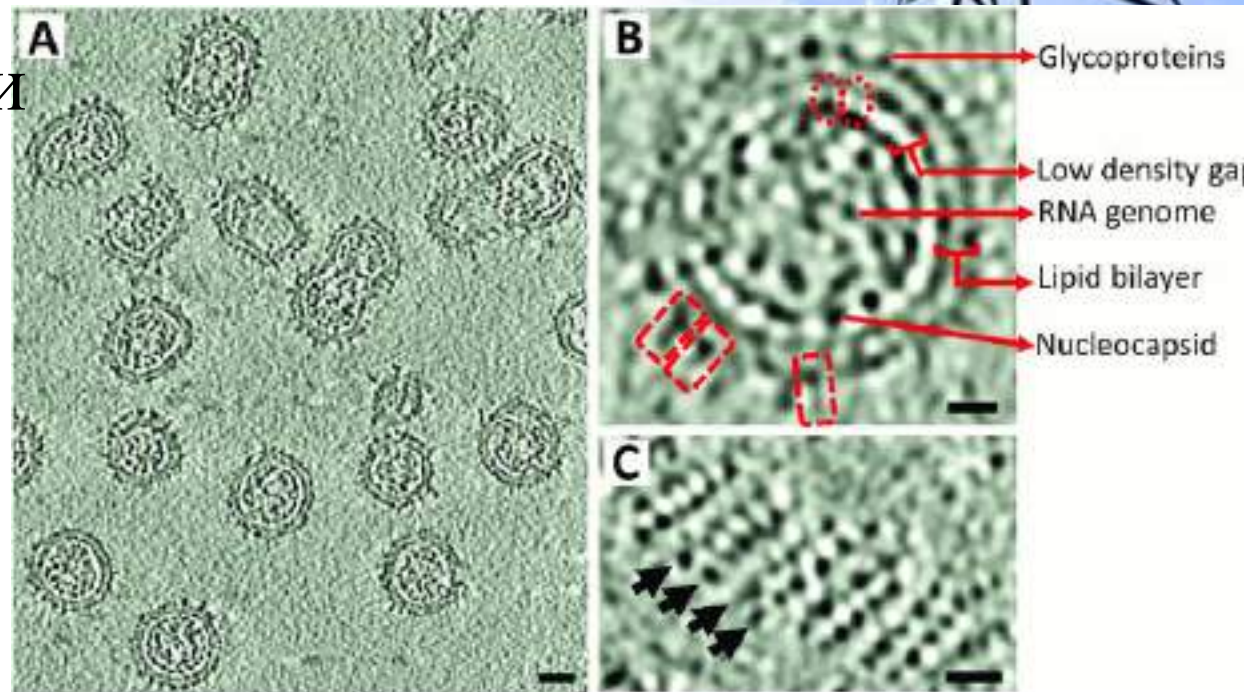
Семейство тогавирусов

3 вида белка

Протеин С усиливает Т-клеточный иммунитет

Белки L1 и L2 - гуморальный иммунитет активизирует синтез гемагглютининов, гемолиз, нейтрализующих факторов, связывающих комплемент.

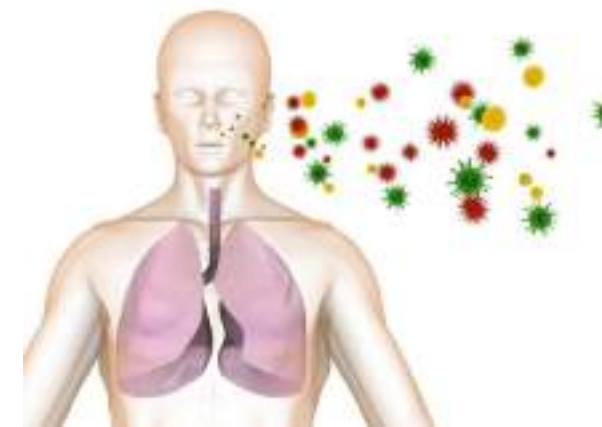
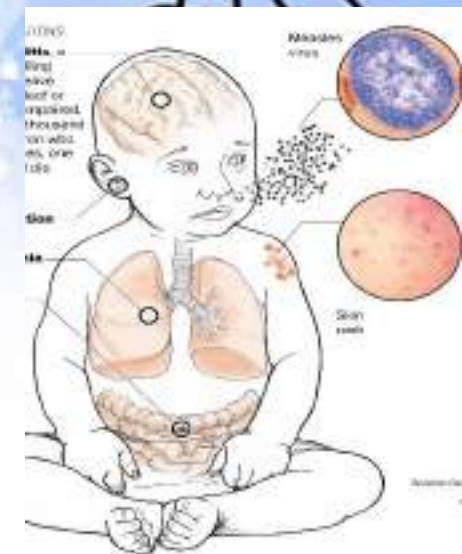
Репликация вируса повреждает клетку, вызывая хроническую инфекцию, особенно в клетках эмбрионального происхождения.



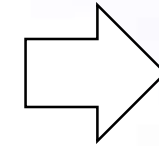
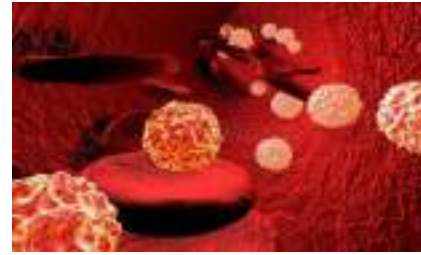
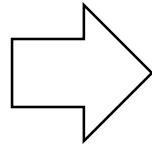
Он устойчив к внешней среде.
Высушивание, УФ-излучение, дезинфицирующие средства быстро нейтрализуют его.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ◆ Источником болезни являются больные люди
- ◆ Дети, инфицированные более опасной субклинической формой и врождённой краснухой
- ◆ Контагиозность - последние дни инкубационного периода - 2-я неделя высыпаний
- ◆ Эпидемические вспышки - повторяются каждые 7-12 лет (болеют и пожилые люди)
- ◆ Спорадическое заболевание – апрель-май
- ◆ Инфекция передаётся воздушно-капельным путём



ПАТОГЕНЕЗ



Вирус проникает через дыхательные пути

Виремия и все внутренние органы

Распространяется на кожу и лимфатические узлы, претерпевает изменения

Благодаря своей эмбриотропности он повреждает плод и нарушает его развитие.

Внутриутробная инфекция:

К 8 неделе беременности - 54%

Недели 9-12 - 34%

13-14 недель - 10-20%

2 триместр и позже - 12%

Появляются врождённые уродства

3-4 недели беременности - 60%

9-12 недель - 15%

13-16 недель - 7%

Инфекция в утробе матери



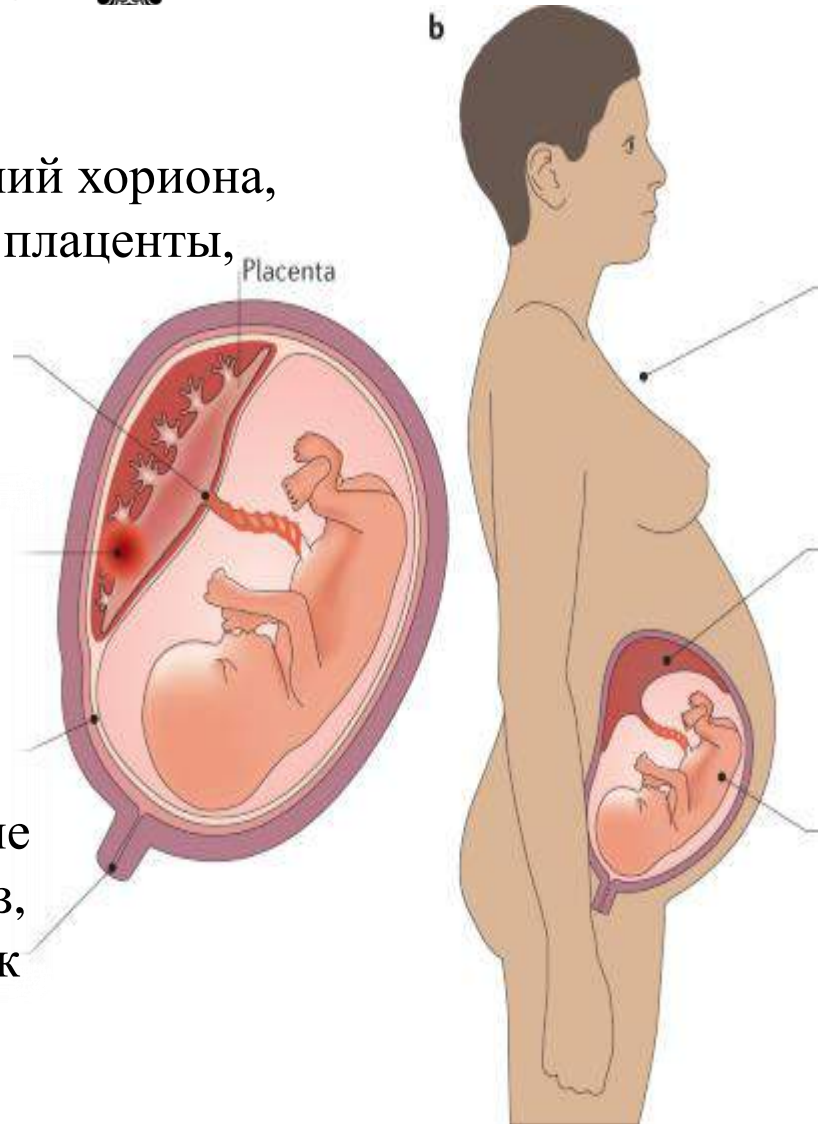
- Самопроизвольный выкидыш (у 1/3 инфицированных в 1 триместре)
- Мертворождение
- Повреждение только плаценты
- Совместное поражение плода и плаценты
- Это может дать рождение ребенка здоровой или субклинической формы.

Инфекция в утробе матери

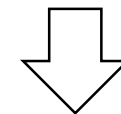
Повреждает эпителий хориона,
эндотелий сосудов плаценты,
эндокард плода.

Диффузная ангиопатия
органов

Профилирование
эндотелия сосудов и
периваскулярные
инфильтраты. Производные
в цитоплазме, кариопикноз,
кариорексис, некроз клеток



Вирус нарушает процесс
митоза, вызывает изменения
в хромосомах

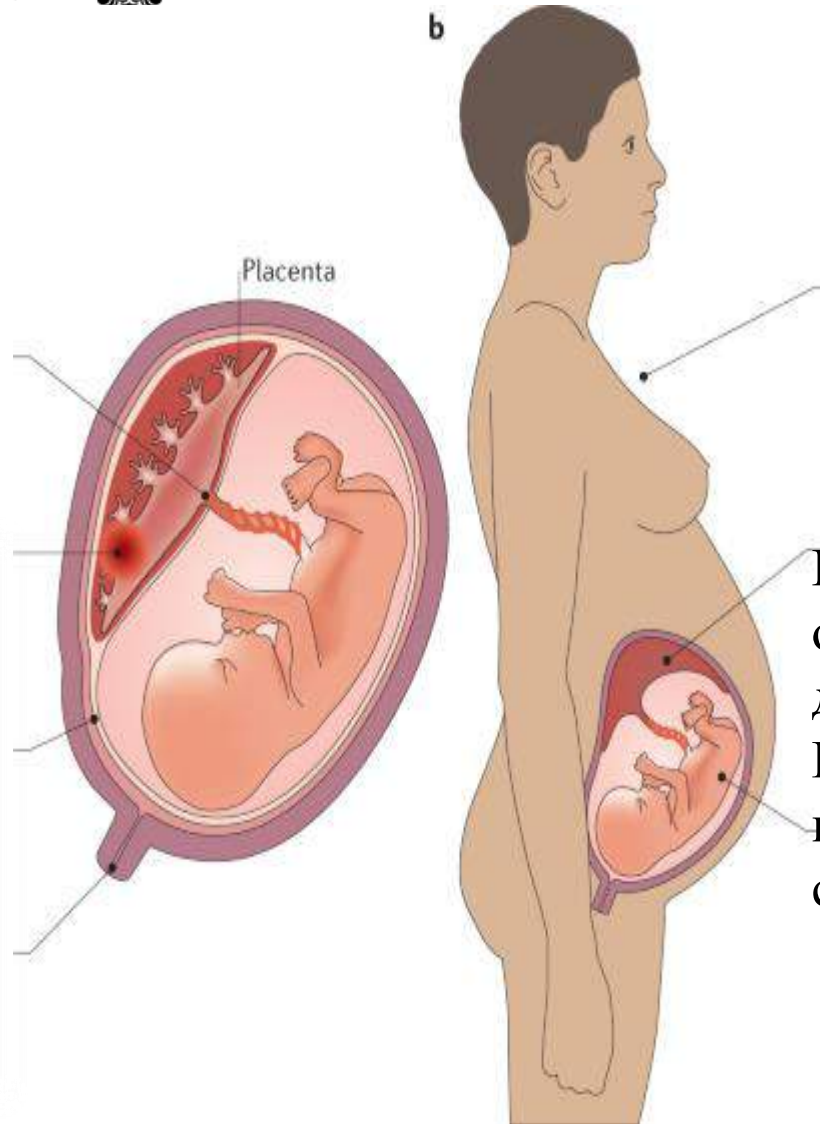


Задержка физического и
умственного развития ребёнка
Микроцефалия и дефекты
органов

Инфекция в утробе матери



Периваскулярная демиелинизация в клетках ЦНС. Возникает астрофитический глиоз. Перивенозный лейкоэнцефалит
Макроскопически: определяются отёк головного мозга, расширение сосудов, очаги кровоизлияний.



Краснуха, возникающая до оплодотворения, не опасна для плода
На 8-й неделе беременности происходит 20% самопроизвольных аборт.

КЛИНИКА



Инкубационный период 11-24 дня.

Первым симптомом кори является экзантема.

Иногда в продромальном периоде беспокоит субфебрилитет, симптомы гриппа и кашель.

Лимфаденопатия - увеличение лимфатических узлов по бокам шеи, в области затылка и подмышек, продолжающееся после образования за 2-3 дня до высыпания.

Узелки крупные, размером с горошину, твёрдые и болезненные.

Возникают усталость, боли в мышцах и суставах.

Слабое воспаление верхних дыхательных путей при объективном обследовании.

Нёбо и конъюнктивы слабо покрасневшие

Отмечается расширение склеральных сосудов.

В периферической крови в начальный период - низкий лейкоцитоз, нейтрофилез, после высыпаний - лейкопения и лимфоцитоз.

ЭКЗАНТЕМА

- формируется 1-3 дня
- Хотя сначала она появляется на лице и шее, затем распространяется на всё тело в течение нескольких часов.
- Открывающая поверхность конечностей чаще всего тупая, лопатчатая.
- Иногда возвышается над кожей и не сливается
- Кожа размером с булавочную головку или чечевицу
- Исчезает через 2-3 дня без пигментации и рубцов



БЕССИМПТОМНАЯ ФОРМА



Встречается в 25-30% случаев. Клинический диагноз может определяться лихорадкой и лимфаденитом. Бессимптомная форма относится к виремии и обнаружению специфических антител в крови.

Краснуха у пожилых людей



Протекает тяжело.

Температура 39°C.

Острая головная боль, мышечная боль

Воспаление слизистой оболочки носа и конъюнктивы

Лимфаденит задней части шеи и за ушами

ВРОЖДЁННАЯ КРАСНУХА



- Может развиваться субклиническая форма
- Вирус и специфические IgM обнаруживаются в крови здоровых людей.
- Через несколько месяцев характерная сыпь, диарея, интерстициальная пневмония, гипогаммаглобулинемия, признаки острого энцефалита нередко заканчиваются летальным исходом.
- После 7 лет - иногда тугоухость, общие психические и физические дефекты, двигательные расстройства, сахарный диабет.



ВРОЖДЁННАЯ КРАСНУХА



Рубеолярная эмбриопатия возникает в 1 триместре беременности.

Врождённые пороки развития зависят от срока беременности:

4 недели -90-100 %

4-6 недель -50%

8-12 недель-10-15%

Травмы глаз, костей, сердца, органов слуха, ЦНС

Возникает синдром Грега.

Стеноз лёгочных артерий

Открытый артериальный кровоток

Пороки развития аорты

Межжелудочковый

дефект

Микрофтальм

Катаракта

Встречаются также ретинопатии.

ВРОЖДЁННАЯ КРАСНУХА

Рубеолярная фетопатия-II-III триместр

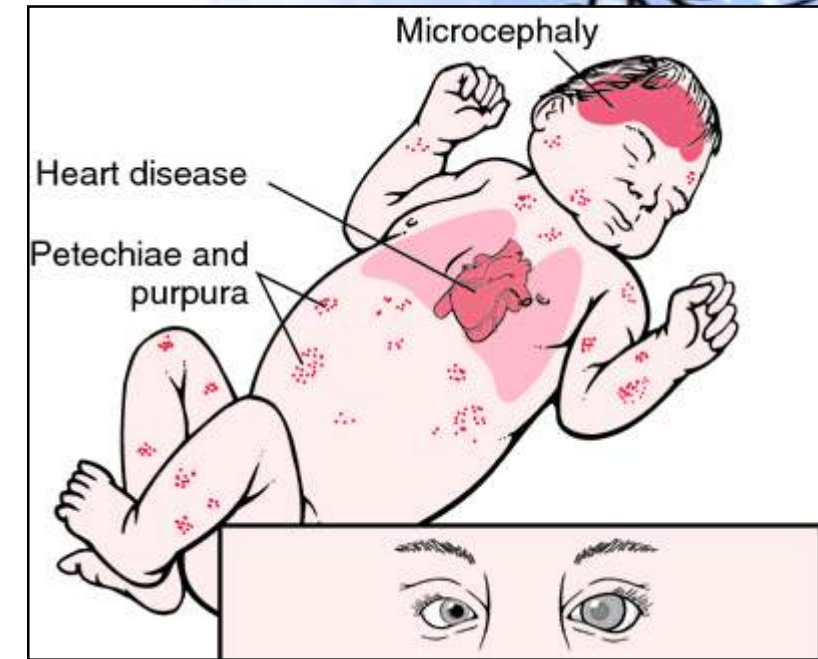
Гипотрофия плода

Тромбоцитопеническая пурпура

Повреждение костей, печени, лёгких, мозга.

Формируются ангиоматозные и продуктивно-некротические процессы, кисты, кальцинаты в головном мозге и глазах.

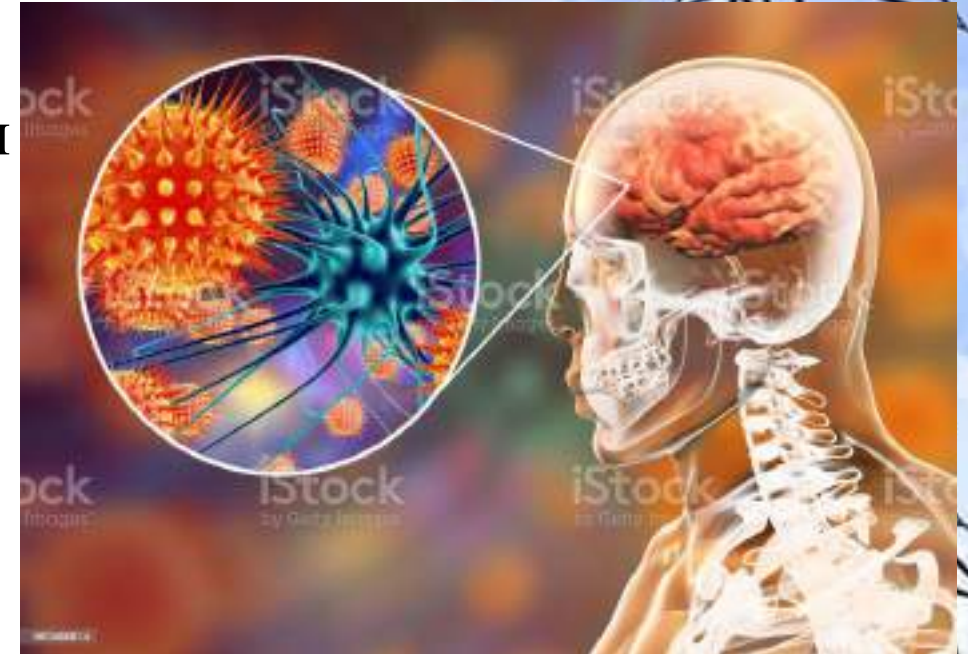
Обнаруживается крупноклеточный гепатит, очаги некроза в печени, холестаза и интерстициальный фиброз.



Обострения

Артрит → У взрослых, мужчинам
переносить тяжелее
↓ ↘ Отеки, боли в суставах

Появляется через 1-2 дня после
высыпаний, держится 5-10 дней.

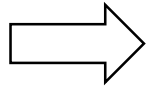


Кровоточивость дёсен, гематурия ← Тромбоцитопеническая
петехии и кровоизлияния на коже ← пурпура – редкое
осложнение

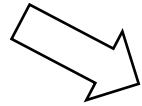
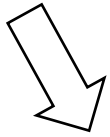
Обострения



Краснушный
энцефалит



После сыпи наступает
период экзантемы.



Нарастающая головная боль
Настроение ухудшается

Судороги, коматозное состояние
Проявляется гемипарезом.



ДИАГНОЗ



Во время эпидемий и при типичной форме клинические признаки легко выявляются. Лабораторный диагноз - уточняет лучевой гемолиз - обнаружение антител.

РГ (радиальный гемолиз), ИА (иммуноферментный анализ), реакции латекс-агглютинации

Титр антител менее 10-15 тыс. МЕ/л определяет иммунитет к кори.



У беременных подтверждено повышение титра в 4 раза. ИА (иммуноферментный анализ) – специфические IgM значимы на 5-7-й день болезни.

Обнаружение антител на 14-21 день контакта свидетельствует об иммунитете, повторное заражение невозможно.

Через 7-10 дней после контакта IgM указывает на новую инфекцию.

ПЦР (полимеразной цепной реакции) – вирус можно обнаружить в хорионических геморроидальных узлах и амниотической жидкости на 11-19 неделе беременности, а в крови плода и амниотической жидкости после 22-23 недель.

Постнатальный диагноз – заражение вирусом врождённой краснухи в ротоглоточной слизи и моче. В его основе лежит повышение IgM в клеточном столбе и крови новорожденного и снижение титра антител через определённый промежуток времени.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Скарлатина

«воспалённое» нёбо

«малиновый» язык

Бледный треугольник носа и губ

Шелушение кожи в виде крупных пластин

Высыпания в виде мелких розеол

Кожа выглядит красной

При прикосновении остаются бледные борозды



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Корь

Пятна Коплика

Сепсис не имеет фаз

Сыпь выглядит бледной, склонна к слиянию.

Не вызывает пигментации и шелушения

Лимфатические узлы на спине, шее и боках сильно увеличены.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Клещевой риккетсиоз

*Макулопапулез идёт с сыпью. Укусы клещей в анамнезе. На месте укуса обнаруживается тёмное инфильтрированное пятно.
Встречается в эндемичных очагах*



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Токсико-аллергический дерматоз

Макулярная сыпь в анамнезе лекарственная, сывороточная и др. может вызвать аллергию после использования.

Использование пищевых продуктов также может вызвать аллергические симптомы.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Инфекционный моноклеоз и листериоз

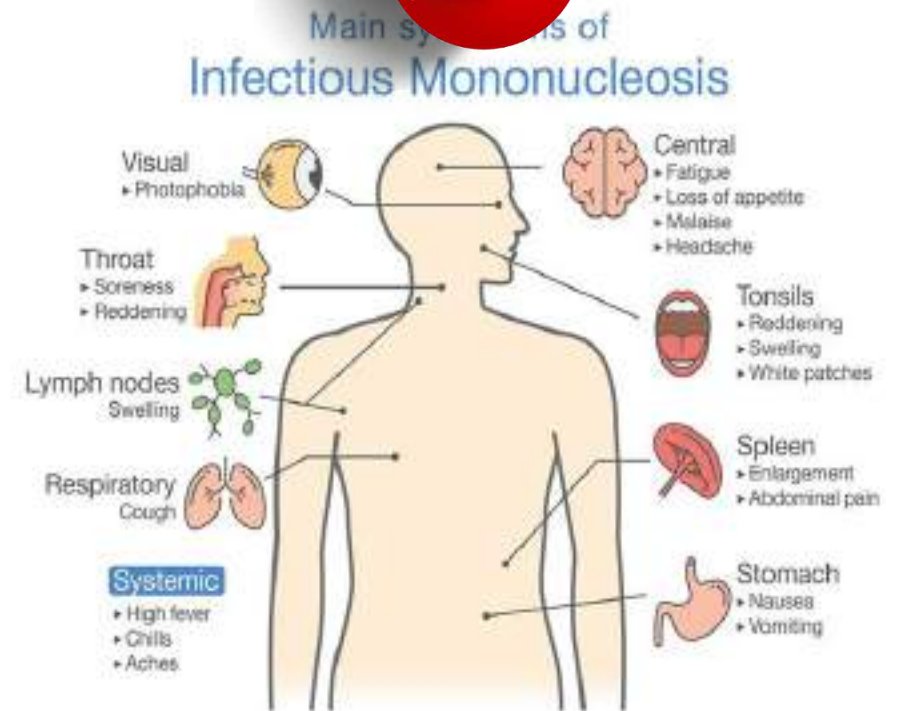
Тозиллит

Высокая температура

Гепатолинейный синдром

*Распространены диффузная
лимфаденопатия, увеличение
количества мононуклеаров и
лейкоцитоз.*

Сыпь присутствует не всегда



Лечение



Если обострения нет, лечение не требуется.

Во время артрита: Во время энцефалита:

Сингамин

Делагил

Дифенгидрамин

Бутадион

Симптоматические
препараты

Пациенты находятся в коме

Преднизолон 150-300 мг в сутки

в/в 20-40 мл глюкозы

Сульфат магния

При геморрагическом синдроме:

Преднизолон

Витамины Р и С

Рутин

Хлорид кальция

Лечение

*Лекарства от врождённой краснухи не существует
Инфицирование до 12-й недели беременности –
следует провести искусственный аборт*

*Нормальный человеческий иммуноглобулин или
антитела высокой плотности против вируса:*

Детская инфекция снижается

Помогает при лёгком течении болезни

*После подтверждения серологического диагноза
1500 мг 2 раза с интервалом 3-4 дня вводят
иммуноглобулин.*

*Аборт не рекомендуется при инфекции после 12
недель*

ПРОФИЛАКТИКА



Активная профилактика

Вакцина МРР-корь, паротит и краснуха-вирус RA 27/3

Первая инъекция в 15 месяцев

Вторая инъекция - 6-7 лет

КПД 85-95%

Пассивная иммунизация контактировавшим с больным во 2-3 триместрах беременности:

Вводят специфический иммуноглобулин.

Иммуноглобулин не может предотвратить врождённую краснуху

Женщины, у которых в крови нет IgG, должны быть вакцинированы до беременности.

Беременные женщины не прививаются

Беременность разрешена через 3 месяца после прививки (тератогенный эффект)



ПРОГНОЗ



Прогноз благоприятный.

Половина больных с осложнениями от энцефалита умирают.

При врождённой краснухе пороки развития наблюдаются даже через год.

Может вызвать выкидыш во время беременности

Спасибо за Ваше внимание!

