**Профилактика кори**

* Общие сведения
* Инкубационый период
* Лечение кори
* Осложнения
* Профилактика кори

Заболевание известно на протяжении двух тысячелетий. Первое описание болезни сделал арабский врач Разес, в XVII веке - англичанин Сиденгам и француз Мортон, однако только в XVIII веке корь выделили как самостоятельное заболевание. Впервые вирус был выделен в 1967 году, а в 1969 году удалось доказать, что именно корь является причиной склерозирующего энцефалита. В 1919 году впервые была произведена сыворотка для лечения кори.

Вирус кори  (Morbillivirus) - это РНК-вирус, родственниками которого является вирус чумки собак (кстати, человеческая противокоревая сыворотка эффективна для лечения собак) и чумы рогатого скота. Весьма чувствителен к факторам внешней среды - легко разрушается даже при слабом рассеянном свете (именно поэтому противокоревая вакцина выпускается во флаконах из темного стекла), при нагревании, в кислой среде, однако хорошо переносит замораживание - кровь больного сохраняет инфекционные свойства при -72оС в течение двух недель. Отличительной особенностью вируса кори является его способность сохраняться в организме заболевшего в течении всей жизни, вызывая медленно текущую инфекцию (подострый склерозирующий панэнцефалит).

Корью болеют только люди. Инфекция передается воздушно-капельным путем (в капельках слизи вирус сохраняет свои свойства в течение нескольких дней). Возможно, вирус передается через плаценту от матери к плоду. Ранее корь считалась исключительно детской инфекцией, однако тенденция последних лет показывает нарастание среди заболевших доли подростков и взрослых.

Корь, несмотря на более чем 30-летнюю историю вакцинопрофилактики, остается проблемой здравоохранения не только в развивающихся странах, но и в ряде развитых стран. По данным ВОЗ корью ежегодно переболевает не менее 40 млн. детей, причем регистрируется не более 10% из них. Корь в развивающихся странах остается одной из основных причин смертности детей. Ежегодно во всем мире от кори умирает свыше 10 млн. детей. В некоторых, наименее развитых странах, с корью связано до 20% детской смертности

Общий рост заболеваемости по кори в России за 1998 г. составил 132%. В 1998 г. доля взрослых в общей структуре заболевших составила 68%. Заболевания корью преобладают в городах, особенно в бедных кварталах, с низким охватом детей прививками, слабой санитарией и перенаселенностью. Отсюда корь распространяется в сельскую местность в связи с миграцией населения.

Инкубационный период в среднем длится около двух недель, колеблется в пределах 7-28 дней. На 5-6 день болезни, вирус, из слизистой оболочки ротоглотки проникает в кровь, распространяясь практически по всем органам и тканям организма. Типичное проявление кори, сыпь - это результат размножения вируса в кожных покровах. Вирус проникает в слизистую оболочку глаз, вызывая другой характерный признак кори - тяжелый конъюнктивит. На внутренней поверхности щек образуются характерные пятна Бельского-Филатова-Коплика ('Koplik spots' в англоязычной литературе), напоминающие скопление зерен манной крупы - результат размножения вируса в клетках слизистой оболочки рта. Сыпь при кори мелкая и обильная - способна, сливаясь, покрывать всю поверхность тела, при тяжелых случаях на коже образуются мелкие кровоизлияния. Сыпь появляется на 3 день от начала заболевания, распространяется по всему телу в течение следующих 3 дней и затем, в течение 3 дней исчезает, оставляя легкую пигментацию.

Вирус кори (как и многие другие вирусы) предпочитает для размножения нервную ткань. Вирусный менингоэнцефалит (воспаление мозга и мозговой оболочки) является еще одной печальной "визитной карточкой" кори. По оценкам ВОЗ, каждые 15 секунд в мире от коревого энцефалита погибает 1 ребенок, в год погибает более 2 миллионов детей. Летальность при поражении мозга достигает 40%. Другими осложнениями являются стоматиты (воспаление слизистой оболочки рта), пневмонии (воспаление легких). Инфекция приводит к образованию стойкого пожизненного иммунитета.

Осложнения  . Основной причиной смертности от кори (1-3 на 1000 случаев в развитых странах) являются возникающие осложнения в виде пневмонии (воспаления бронхов и легких), тяжелой диареи (понос), нарушения питания. Корь может приводить к пожизненной инвалидности вследствие поражения мозга, а также в виде слепоты (вследствие поражения склер и роговицы) и глухоты.

Лечение.  Госпитализации подлежат больные тяжелой и средне-тяжелой формами кори с выраженными явлениями интоксикации и осложненным течением, а также при отсутствии условий для изоляции и лечения больного на дому; при наличии в семье и квартире детей дошкольного возраста и работников дошкольных детских учреждений.

Больных с легким и среднетяжелым течением кори при отсутствии осложнений не госпитализируют и лечат дома.

Больным показаны постельный режим на весь лихорадочный период, витаминизированная диета, обильное питье (клюквенный морс, фруктовые соки).

Необходим уход за полостью рта, туалет глаз (закапывание 20% раствора сульфацила-натрия). Медикаментозное лечение носит патогенетический и симптоматический характер. При лихорадке и интоксикации назначают антигриппин (1 порошок 3 раза в день), энтеродез (5 г на 100 мл воды 3 раза в день), отхаркивающие средства и др. При неосложненном течении антибиотики не назначают. Ослабленным больным вводят нормальный иммуноглобулин человека в дозе 6-12 мл внутримышечно.

Обычно температура тела нормализуется к 8-10-му дню болезни, сыпь угасает к 10-15-му дню. Если у больного отсутствует положительная динамика, держится лихорадка, интоксикация, усиливаются или возникают кашель, одышка, головная боль, рвота и другие симптомы, свидетельствующие об осложненном течении болезни, необходимо немедленно госпитализировать его в стационар.

В стадии реконвалесценции может длительно сохраняться астенизация. В связи со снижением иммунной реактивности организма под влиянием коревого вируса возможно как обострение хронических заболеваний, так и присоединение различных инфекционных заболеваний.

Профилактика кори.  С целью создания активного иммунитета проводится плановая вакцинопрофилактика живой коревой вакциной (ЖКВ) в соответствии с календарем прививок, а также детям и взрослым при отсутствии у них противокоревых антител. Комплекс противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции включает выявление источника инфекции, контактных, имевших факт безусловного или вероятного общения с больным, для установления границ очага.

Источник инфекции изолируется на весь заразный период (до 4-го дня высыпаний). Бывшие с ним в контакте дети и взрослые, работающие сдетьми (за исключением лиц, ранее болевших корью, привитых, серопозитивных с титром противокоревых антител 1:5 и выше), подвергаются разобщению с другими детьми на 17 дней (при введении иммуноглобулина - 21 день).

Всем непривитым контактным лицам старше 1 года проводится экстренная вакцинопрофилактика, при наличии противопоказаний вводится иммуноглобулин.

Экстренная профилактика нормальным иммуноглобулином человека проводится в первые 5 дней после контакта детям от 3 до 12м ее и беременным.

Желательно дифференцированное серологическое обследование с целью выявления серонегативных лиц с последующей вакцинацией ЖКВ или другими противокоревыми вакцинами.