



**Н.Н. Зверева,**

канд. мед. наук, доцент кафедры  
инфекционных болезней у детей № 2  
педиатрического факультета РНИМУ  
им. Н.И. Пирогова

## Диагностика и лечение кори у детей

Корь известна человечеству с глубокой древности. В IX веке персидский врач, ученый и философ Разес в труде «Об оспе и кори» дал классическое описание этой болезни. В допрививочный период корь была самой распространенной инфекцией.

**Корь** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся повышением температуры тела, наличием интоксикации, катара верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также высыпанием пятнисто-папулезной сыпи.

Особенно опустошительными эпидемии кори были в странах, население которых не имело иммунитета к этой болезни. Так, в 1529–1531 гг. корь, завезенная в Южную Америку испанскими конкистадорами,

унесла жизни 2/3 местных жителей Кубы, половину населения Гондураса, опустошила Мексику, Центральную Америку, ускорила падение цивилизации инков. В 1850 г. от кори умерла пятая часть людей на Гавайях.

За последние годы, несмотря на проведение вакцинации, во многих странах, в т. ч. в США и государствах Европы, ухудшилась эпидемиологическая ситуация по кори. В 2013 г. случаи кори были зарегистрированы и в 58 субъектах РФ (приложение 1), 45% заболевших – дети.

### Эпидемиология заболевания

Возбудитель кори – вирус из семейства парамиксовирусов – нестойк во внешней среде. При комнатной температуре он погибает через 2–4 часа, быстро гибнет под действием солнечного света и ультрафиолетовых лучей. В высохших каплях слизи при температуре 12–15 °С может сохраняться несколько дней.

Корь – болезнь человека. Передается инфекция воздушно-капельным путем. При кашле, чихании с капельками слизи из верхних дыхательных путей вирус кори выделяется во внешнюю среду и током воздуха может распространяться на значительные расстояния – в соседние комнаты и даже через коридоры и лестничные



клетки в другие квартиры. Возможен занос кори с нижнего на верхний этаж по вентиляционной или отопительной системе. Передача через третье лицо – большая редкость, т. к. вне организма человека вирус быстро погибает.

Восприимчивость к кори очень высокая. При попадании вируса в места, где долго не было эпидемий, не проводилась вакцинопрофилактика, болеет почти все население.

После перенесенной кори создается стойкий иммунитет. Повторное заболевание наблюдается редко. Дети в возрасте до трех месяцев, как правило, не болеют корью, что объясняется наличием иммунитета, полученного от матери. По истечении трех месяцев иммунитет резко снижается, а после девяти месяцев исчезает у всех детей. Если мать не болела корью, ребенок может заболеть ею с первого дня рождения. Возможно и внутриутробное заражение, если мать заболела во время беременности.

Входными воротами для проникновения вируса кори в организм являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей, а по некоторым данным, – конъюнктивы глаз. Вирус проникает в подслизистую оболочку и лимфатические пути верхних дыхательных путей, где размножается, а оттуда поступает в кровь. Вирус имеет особое сродство к клеткам дыхательного и пищеварительного трактов, головного мозга.

Поскольку вирус кори способен вызывать состояние анергии, т. е. снижение иммунитета, создаются благоприятные условия для возникновения сопутствующих заболеваний, бактериальных осложнений – ларинготрахеита, бронхита, пневмонии и др.

## Клиническая картина заболевания

Инкубационный период (время с момента заражения до появления первых признаков болезни) в случае кори составляет от 8 до 17 дней. У детей, получавших с профилактической целью иммуноглобулин, инкубационный период удлиняется до 21 дня.

Начало болезни – **катаральный период** – характеризуется повышением температуры тела до 38,5–39 °С, появлением катаров верхних дыхательных путей: обильных выделений из носа, вначале слизистых, затем слизисто-гнойных; сиплого или хриплого голоса; сухого, навязчивого кашля. Иногда в начале заболевания развивается синдром крупа. Отмечаются светобоязнь, покраснение конъюнктивы, отечность век, появляется гнойное отделяемое из глаз. Часто в начале болезни возникают жидкий стул, боли в животе.

Катаральный период кори продолжается 3–4 дня, иногда удлиняется до 5–7 дней. Больной корью вначале напоминает больного ОРВИ, но именно в катаральный период появляется характерный симптом – изменения на слизистой оболочке щек у коренных зубов, реже на слизистой оболочке губ и десен в виде серовато-беловатых точек величиной с маковое зерно, окруженных красным венчиком. Слизистая оболочка становится рыхлой, шероховатой, красной, тусклой. В литературе этот коревой симптом известен как пятна Бельского – Филатова – Коплика.



обратите  
внимание

Пятна Бельского – Филатова – Коплика появляются за один-три дня до высыпания, что помогает поставить диагноз кори до появления сыпи и дифференцировать катаральные явления в продроме от ОРВИ.

**Период высыпаний** начинается на четвертый-пятый день от начала болезни и характеризуется **появлением пятнисто-папулезной сыпи** (папула – пятно, которое возвышается над поверхностью кожи). **Особенность коревой сыпи в поэтапном появлении: сначала на голове, затем на туловище и в последнюю очередь на конечностях.** Этапность высыпания – важный диагностический признак кори.

**Первые элементы сыпи** появляются за ушами, на спинке носа в виде мелких розовых пятен, которые быстро увеличиваются в размере, иногда сливаются, имеют неправильную форму. К концу первых суток сыпь покрывает лицо, шею и в виде отдельных элементов появляется на груди и верхней части спины. На вторые сутки сыпь покрывает туловище и верхнюю часть рук, на третьи – распространяется на ноги и руки. Она равномерно распределяется по наружным и внутренним поверхностям рук и ног. Сыпь может быть обильной, сливной или, наоборот, очень скудной, в виде отдельных элементов.

Первые элементы сыпи появляются за ушами, на спинке носа в виде мелких розовых пятен, которые быстро увеличиваются в размере, иногда сливаются, имеют неправильную форму. К концу первых суток сыпь покрывает лицо, шею и в виде отдельных элементов появляется на груди и верхней части спины. На вторые сутки сыпь покрывает туловище и верхнюю часть рук, на третьи – распространяется на ноги и руки. Она равномерно распределяется по наружным и внутренним поверхностям рук и ног. Сыпь может быть обильной, сливной или, наоборот, очень скудной, в виде отдельных элементов.

Типичный вид больного корью в период высыпания: лицо одутловатое, веки утолщены, нос и верхняя губа отечны, глаза красные, гноящиеся, обильные выделения из носа.

Температура тела в первый день высыпания более высокая, чем в катаральный период, сохраняется на протяжении всего периода высыпания и при неосложненном течении нормализуется на третий-четвертый день от начала появления сыпи. Общее состояние в период высыпания тяжелое, отмечаются беспокойство, бред, иногда сонливость. Часто бывают носовые кровотечения.

Через 3–4 дня от начала высыпаний коревая сыпь темнеет, буреет, затем становится коричневой, наступает **период пигментации**. Пигментация, которая распространяется в той же последовательности, что и высыпание, обычно держится неделю-полторы, иногда дольше. В этот период может отмечаться мелкое отрубевидное шелушение, температура тела нормализуется. Общее состояние медленно восстанавливается. Катаральные явления (кашель, насморк, конъюнктивит) постепенно исчезают. В период реконвалесценции кори длительное время сохраняется состояние астении (слабости) и анергии (снижения иммунитета).

## Атипичная форма кори

Корь может протекать типично (последовательно развиваются все симптомы, свойственные этому заболеванию) и атипично (основные симптомы заболевания стерты, смазаны или отсутствуют). Иногда нарушаются поэтапность высыпаний и длительность отдельных периодов кори – короче период высыпания, отсутствуют катаральные явления.

**Стертая, или очень легкая форма кори называется митигированной.** Она наблюдается у детей, получавших в начале инкубационного периода иммуноглобулин. Митигированная корь протекает обычно на фоне нормальной или слегка повышенной температуры тела, нередко отсутствуют пятна Бельского – Филатова – Коплика. Сыпь бледная, мелкая, необильная (иногда всего несколько элементов), этап-



ность высыпания нарушена. Катаральные явления выражены слабо или отсутствуют. Осложнений при митигированной кори не наблюдается. Стертая форма нередко отмечается у детей первого полугодия жизни в связи с тем, что заболевание развивается на фоне остаточного иммунитета, полученного от матери.

К атипичным относят также случаи кори с очень тяжелыми симптомами – гипертоксическим, геморрагическим, злокачественным.

## Осложнения

В любой период болезни могут появиться осложнения, угрожающие жизни больного. В основном они связаны с присоединением вторичной микробной флоры. Чаще всего осложнения отмечаются со стороны органов дыхания (ларингиты, ларинготрахеобронхиты, пневмонии), реже встречаются отиты, кератиты (при плохом уходе за глазами), поражение головного мозга. Установлено, что вирус кори может длительно находиться в головном мозге и вызывать тяжелейшую хроническую форму инфекции, так называемый **подострый склерозирующий панэнцефалит (ПСПЭ)**.

## Диагностика

Диагностировать типичную корь можно без особых затруднений, для нее характерна совокупность следующих клинических проявлений:

- кашель и (или) насморк, конъюнктивит;
- общая интоксикация, температура 38 °С и выше;
- поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с четвертого-пятого дня болезни (в первый день – лицо, шея; во второй – туловище; в третий – ноги, руки);
- пигментация.

**В настоящее время обязательно лабораторное подтверждение диагноза «корь»** (приложение 2). В день выявления больного с подозрением на корь берутся смывы из носоглотки и моча на генотипирование (ПЦР). На пятый-шестой день от начала сыпи берется кровь из вены для определения антител к вирусу кори методом иммуно-ферментного анализа (ИФА).

## Лечение

Больных корью обычно лечат в домашних условиях. Госпитализации подлежат только дети с тяжелой формой кори, с осложнениями или больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход за ними. Обязательно госпитализируют детей из закрытых детских учреждений и малышей до одного года.

Основное внимание должно быть уделено созданию хороших санитарно-гигиенических условий, организации ухода за больным, обеспечению регулярного проветривания и правильного питания. Исключительно большое значение при организации ухода за больным корью имеет гигиеническое содержание кожи и слизистых оболочек.

Несколько раз в день необходимо промывать глаза теплой кипяченой водой или 2%-ным раствором гидрокарбоната натрия. После удаления гноя и гнойных корок нужно закапывать в глаза раствор ретинола ацетата в масле по одной-две капли 3-4 раза в день. Это предохраняет склеру от высыхания и предупреждает возникновение кератита. Сухие, потрескавшиеся губы смазывают борным вазелином или жиром. Нос прочищают ватными тампонами, смоченными теплым вазелиновым маслом; при образовании корок рекомендуется закапывать в нос вазелиновое масло по 1-2 капли 3-4 раза в день. Полоскание рта кипяченой водой (для детей более старшего возраста) или просто питье воды после приема пищи способствует гигиеническому содержанию полости рта и предупреждению стоматитов.

Антибиотики при неосложненной кори применять, как правило, не рекомендуется.



обратите  
внимание

Следует учитывать, что у детей, перенесших корь, в течение длительного времени сохраняется состояние астении, поэтому их необходимо ограждать от чрезмерной школьной нагрузки и постепенно вводить в школьные занятия. Детям раннего возраста после перенесенной кори показан щадящий режим, предусматривающий удлиненный сон, длительное пребывание на воздухе, калорийное, витаминизированное питание.

## Профилактика

Заболевших корью изолируют на срок 5 дней от начала высыпаний.

Дети, не болевшие корью и имевшие контакт с больным, не допускаются в детские учреждения в течение 17 дней от момента контакта. Для получивших иммуноглобулин с профилактической целью срок разобщения составляет 21 день. Первые 7 дней от начала контакта ребенок может посещать детское учреждение, поскольку инкубационный период не короче 7 дней, разобщение начинается с 8-го дня после контакта. Детей, переболевших корью, а также двукратно привитых живой коревой вакциной, не разобщают.

Детям старше одного года и взрослым, не привитым против кори, не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится коревая вакцина. Тем, у кого имеется противопоказание к прививкам вакциной, или детям, не достигшим прививочного возраста, вводится иммуноглобулин.



обратите  
внимание

Наибольший профилактический эффект от иммуноглобулина достигается при введении его не позже пятого дня от момента контакта с больным корью.

Вакцинация проводится живой коревой вакциной, изготовленной под руководством А.А. Смородинцева в институте им. Пастера из вакцинного штамма Л-16, а также зарубежными препаратами Приорикс и ММР.

В ответ на введение живой коревой вакцины в период с 6-го по 18-й день могут возникнуть клинические проявления вакцинального процесса в виде повышения температуры тела, появления конъюнктивита, катаральных симптомов, а иногда и сыпи.

Вакцинальная реакция продолжается обычно не более двух-трех дней. Дети с вакцинальными реакциями незаразны для окружающих.

Обязательные плановые прививки против кори живой вакциной проводятся детям, не болевшим корью в 12-месячном возрасте с ревакцинацией в возрасте 6 лет.