**Особенности течения кори на современном этапе**

Специалисты ВОЗ считают, что заболеваемость корью в Европе достигла исторического максимума за последние десять лет. Ситуация по кори в мире, в том числе в странах Европы, уже третий год остается неблагополучной. Сегодня корь продолжает распространяться и по России. По данным Роспотребнадзора РФ за первое полугодие 2018г. заболеваемость корью выросла в 13,5 раз по сравнению с аналогичным периодом 2017г. ВОЗ призывает все страны принять решительные меры, чтобы остановить эпидемию, главным образом — путем контроля вакцинации населения, и все регионы в очередной раз поставили цель ликвидировать корь к 2020г.

Корь — высококонтагиозная антропонозная вирусная инфекция с аспирационным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется лихорадочным, интоксикационным и экзантемным синдромами, наличием катаральных явлений, энантемы и нередко протекает с первичными и/или вторичными осложнениями. Возбудителем кори является РНК-геномный вирус, относящийся к семейству парамиксовирусов. Возбудитель нестойкий в окружающей среде, но он может сохраняться живым в течение нескольких часов в аэрозолях. По своей эпидемиологии корь является типичной капельной инфекцией. Источником инфекции служат больные люди. Наибольшую опасность в плане передачи инфекции представляют пациенты в катаральном периоде (в среднем за 4 дня до появления высыпаний и до 5-го дня от появления сыпи). Инкубационный период при кори составляет чаще всего 10–14 дней.

Первыми проявлениями кори (продромальная стадия) являются неспецифические симптомы: лихорадка, кашель, насморк, конъюнктивит. В конце продромального периода на слизистой щек появляются пятна Бельского–Филатова–Коплика, являющиеся специфичными для кори. Они имеют вид серо-белых крупинок, окруженных гиперемией, расположенных на уровне вторых моляров. Эти элементы сыпи сохраняются в течение нескольких дней, они начинают исчезать при появлении высыпаний на коже. Для высыпаний при кори характерна этапность: сначала сыпь появляется на лице, за ушами, на волосистой части головы, затем переходит на туловище и руки, после чего распространяется на ноги. Морфологически высыпания имеют эритематозный, пятнисто-папулезный вид. Сыпь сохраняется до 5 дней, затем она угасает, оставляя после себя пигментации, исчезающие в течение 2–3 недель. Одновременно с пигментацией появляется отрубевидное шелушение, наиболее выраженное на лице и туловище.

Атипичные проявления у взрослых встречаются чаще. Течение кори у взрослых имеет свои особенности: более выражен интоксикационный синдром (слабость, потливость, сонливость, заторможенность).

Корь у взрослых диагностируется на основании характерной симптоматики и результатов лабораторных исследований. По клиническим рекомендациям для лабораторной диагностики инфекции используются серологический и молекулярно-биологический методы. Исследование крови проводится иммуноферментным анализом (ИФА), и для определения антител (IgM, IgG) к вирусу кори кровь берется на 5-й день от начала высыпаний. Для идентификации и определения типа вируса используется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для проведения исследования забор материала (носоглоточные смывы, моча, ликвор) производится на 1–3 день с момента высыпаний. В некоторых случаях используют особые вирусологические диагностические методы (микроскопия вируса, реакция иммунофлуоресценции).

Специфического лечения кори не существует, поэтому терапия этого инфекционного заболевания направлена на облегчение состояния больного и борьбу с вторичными инфекциями, осложнениями. Пациенту назначают жаропонижающие лекарственные препараты для снижения температуры, устранения симптомов интоксикации и воспаления. Для этиотропной терапии рекомендуется применять интерфероны (интерферон-альфа) и иммуноглобулин человека нормальный при тяжелых формах инфекции. Для дезинтоксикационной терапии при среднетяжелых и тяжелых формах показаны растворы электролитов, для легкого течения используется оральная регидратация. Симптоматическая терапия направлена на купирование симптомов (деконгестанты, противокашлевые и отхаркивающие средства, жаропонижающие средства, антигистаминная терапия). При развитии осложнений проводится терапия, направленная на их предотвращение, в т. ч. антибактериальная терапия. Такие группы антимикробных препаратов, как макролиды и фторхинолоны III и IV поколений, являются предпочтительными в отношении пневмоний, вызванных микоплазменной и хламидийной инфекциями, в то время как бактериальные пневмонии (стрептококковая, стафилококковая и др.) при кори успешно поддаются лечению бета-лактамными антибиотиками.

Приведенный клинический пример подтверждает, что зачастую у непривитых лиц корь может протекать тяжелее и с осложнениями.

Очаги кори преимущественно формировались в стационарах (59%), в семьях (40%), реже (1%) по месту жительства или в детских домах, что свидетельствует о необходимости более тщательного соблюдения правил эпидемического надзора, своевременного выявления и изоляции больного, а также тщательного наблюдения за контактными, своевременная иммунопрофилактика.

При изоляции больного на дому обязательна ежедневная влажная уборка, по возможности, максимальное ограничение контакта больного с членами семьи, запрет на посещение больного родственниками или знакомыми. Все контактные подлежат медицинскому наблюдению до 21 дня с момента выявления больного.

Госпитализация больных проводится в случае тяжелого течения заболевания и по эпидемическим показаниям (лица, проживающие в общежитиях, гостиницах, хостелах и др., декретированные группы лиц).

Общеизвестно, что самым важным и эффективным способом профилактики кори является прививка. Главным и единственно правильным методом профилактики заболевания является активная иммунизация. Качественная вакцинация, проведенная по срокам Национального календаря прививок с соблюдением всех норм, и регулярная ревакцинация, нарастание защитных титров антител приводят к невозможности заражения инфекцией, а лица, привитые однократно, как правило, переносят легкую или атипичную форму заболевания.

Вакцину прививают детям, не болевшим корью, с 12-месячного возраста. Ревакцинацию проводят однократно в 6 лет, перед поступлением в школу. Иммунизации против кори подлежат также подростки и взрослые до 35 лет, не болевшие, не привитые и привитые однократно, не имеющие сведений о профилактических прививках против кори. Продолжительность поствакцинального иммунитета до 8–10 лет. Рекомендуется проводить каждые 10 лет ревакцинацию пациентам с низким титром защитных антител.

При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге. Своевременно обязательно изолировать больного члена семьи в отдельную комнату, обеспечить ему индивидуальный набор посуды, постельного белья и уход.

Заключение

Своевременное выявление и изоляция больных, правильная госпитализация по клиническим и эпидпоказаниям, грамотная тактика ведения пациента и контактных лиц позволят остановить рост заболеваемости и передачи инфекции, предупредить риск развития осложнений и летальных исходов, а активная вакцинопрофилактика населения с широким охватом иммунизации приведет к полной элиминации и ликвидации кори.