

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ул.Островского, д. 11/6,
город Казань, 420111



ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
СӘЛАМӘТЛЕК САКЛАУ
МИНИСТРЛЫҒЫ

Островский ур., 11/6 нчы йорт,
Казан шәһәре, 420111

Телефон: (843) 231-79-98, факс: (843) 238-41-44. E-mail: minzdrav@tatar.ru, сайт: <http://minzdrav.tatarstan.ru>

№ _____

На № _____

Руководителям
территориальных органов
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

Главным врачам
центральных
районных больниц
Республики Татарстан

Главным врачам
медицинских учреждений
Республики Татарстан
(по списку)

О заболеваемости корью

Министерство здравоохранения Республики Татарстан информирует, что по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осложнилась эпидемиологическая ситуация по кори в Российской Федерации.

В возрастной структуре заболевших корью выросла доля детей, среди которых 90% составляют дети, не имеющие прививок против кори, передача инфекции осуществляется в семейных очагах.

По данным Роспотребнадзора распространению коревой инфекции в значительной мере способствует неполная вакцинация против кори, несвоевременная постановка диагноза «Корь» медицинскими работниками и ошибки в сборе эпидемиологического анамнеза, что приводит к внутрибольничному распространению инфекции.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан направляет информационные материалы по вопросам эпидемиологии, клинике и диагностики кори (приложение) и поручает руководителям медицинских организаций обеспечить:

- контроль за наличием полного курса вакцинации против кори у медицинских работников в соответствии с Национальным календарем Российской Федерации;
- проведение в срок до 1 февраля 2023 года обучения медицинских работников (особое внимание уделить сотрудников приемно-диагностических отделений, инфекционных больниц (отделений)) по вопросам эпидемиологии, клиники,

диагностики кори с обязательным контролем знаний и фиксацией результатов обучения (ссылка для скачивания видеолекций: <https://cloud.mail.ru/public/WtuM/Py14vtA6M>);

- при госпитализации больных уточнять прививочный статус по кори;
- проведение информационно-разъяснительной работы с населением по вопросам иммунизации против кори с использованием социальных сетей, проведением лекций в организованных коллективах;
- проведение пересмотра временных и постоянных медицинских отводов к вакцинации против кори;
- размещение информации по вопросам профилактики кори на сайтах медицинских организаций;
- соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях (особое внимание уделить приемно-диагностическим отделениям);
- своевременное проведение первичных противоэпидемических мероприятий в полном объеме в соответствии с действующими нормативными документами.

Приложение: на 8 л.

Первый заместитель министра

А.Р.Абашев

КОРЬ

Лопушов Д.В.

*Старший преподаватель кафедры
эпидемиологии и дезинфектологии*

Группы риска в РФ

- × Студенты
- × Медицинские работники
- × Работники образовательных учреждений
- × Работники торговли
- × Труднодоступные группы населения (цыгане, переселенцы, религиозные общины, трудовые мигранты)
- × Отказ населения от вакцинации

СЛУЧАИ В/Б ИНФИЦИРОВАНИЯ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА

- ❖ ИКБ №1 – 1 сл. заноса кори (Р. Чечня) и 3 сл. внутрибольничного инфицирования среди детей первого года жизни;
- ❖ ИКБ №1 – 3 сл. внутрибольничного инфицирования детей первого года жизни, в т.ч. 1 сл. выявлен активно (источник не выявлен, эпид. расследование продолжается);
- ❖ ИНФД №12 – 2 сл. с подозрением на внутрибольничное инфицирование детей первого года жизни (проводится эпид. расследование);
- ❖ Тушинская ДГБ – 1 сл. заноса кори в неинфекционное отделение стационара.

ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРИ В СТАЦИОНАРАХ

- ✘** Отсутствие прививок против кори у госпитализируемых больных и лиц по уходу за ними;
- ✘** Несвоевременное выявление больных, несвоевременная изоляция, наличие пропущенных случаев кори;
- ✘** Переуплотнение стационаров и несоблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Обеспечить иммунизацию всех медицинских работников против кори;
- Осуществлять прием в стационар лиц, по уходу за больными только привитых от кори;
- При регистрации случаев кори мероприятия проводить по подъезду, а в стационарах не только по отделению, где регистрируются случаи, но, с учетом воздушно-капельного механизма передачи в вышерасположенных отделениях;
- Не пренебрегать данными эпид. анамнеза;
- Обеспечить госпитализацию больных с подозрением на корь в профильные стационары города.

СЛУЧАИ КОРИ В МОСКВЕ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

- Стоматолог, 29 лет – анамнез неизвестен (ЮАО);
- Мед. раб. в городской стоматологической поликлинике, 43 лет – не привита (САО);
- Фельдшер ССиНМП, 27 лет – ревакцинирован в 1990 году (СВАО);
- Медбрат в пансионате ветеранов труда, 30 лет – ревакцинирован в 2007 г. (СЗАО);
- Врач приемного отделения, 32 года – не привита, мед. отвод – аллергическая реакция (ВАО);
- Водитель на ССиНМП, 47 лет – анамнез неизвестен (СВАО);
- Врач ГП, 31 год – ревакцинирована в 2006 г. (СВАО);

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- × ИСТОЧНИК – БОЛЬНОЙ ЧЕЛОВЕК, могут болеть приматы
- × До 6 мес. у детей – пассивный естественный иммунитет
- × Путь передачи – воздушно-капельный
- × Механизм передачи – аэрозольный
- × Способен заразить с 10-11 дня после инфицирования
- × Период заражения 8-10 дней (5 дней до высыпания + 5 дней после высыпания)
- × Способствуют заражению катаральные явления (насморк, кашель)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- × Корь является эндемичной инфекцией.
- × Определяющим фактором, обуславливающим распространение инфекции, является состояние коллективного иммунитета населения.
- × Вспышки кори возникают при появлении прослойки восприимчивых детей.

Свойства вируса кори

- × Возбудитель – РНК-содержащий вирус
1 серотип, очень сложное выделение
- × Малоустойчив в окружающей среде, чувствителен к УФО (погибает через несколько минут), к эфиру и дезинфектантам, при температуре 56°C инактивируется в течение 30 мин
- × Быстро инактивируется при pH 2,0–4,0
- × В слизи при температуре $12\text{--}15^{\circ}\text{C}$ сохраняется до 15 дней, максимальное накопление вируса в организме на 8й день

**Очень контагиозный вирус, возможны
повторные заражения.**

**Возможность заражения
при длительности общения:**

- × 48 часов – 70% заболевших**
- × 72 часа – 80% заболевших**

ПАТОГЕНЕЗ

- ✓ Входные ворота - верхние дыхательные пути и конъюнктивы
- ✓ Первичная репликация вируса в эпителиальных клетках дыхательных путей и регионарных лимфоузлах
- ✓ Гематогенная диссеминация вируса
- ✓ Репликация и вторичное накопление вируса в клетках ретикулоэндотелиальной системы
- ✓ Вторая волна вирусемии (клинически соответствует началу болезни)
- ✓ Фиксация вируса эпителиальными клетками в.д.п., кожи, конъюнктивы, ротовой полости, кишечника

- ✓ Проникновение вируса в ЦНС → поражение нервных клеток
- ✓ Некроз эпителия дыхательных путей, иммуносупрессия → развитие бактериальных осложнений
- ✓ Интенсивная продукция интерферона, формирование клеточного и гуморального иммунитета
- ✓ Специфическая аллергическая перестройка организма вследствие деструкции иммуноцитов
- ✓ Анергия → обострение хронических заболеваний, исчезновение в/к реакций на введение диагностических аллергенов

Клиника

- ✓ Инкубационный период 9 - 17 дней
(при введении иммуноглобулина до 28 дней)
- ✓ Периоды болезни
 - Катаральный (продромальный), 2-4 дня (до 5-6)
 - Экзантемы (высыпания), 3-5 дней
 - Пигментации (7-10дней)

Клиническая диагностика в катаральном периоде:

- × наличие нарастающих катаральных явлений,
- × конъюнктивита,
- × частого сухого кашля,
- × явлений интоксикации.
- × выявление энантемы и пятен Коплика-Филатова на слизистой рта позволяет врачу поставить диагноз кори без сомнения





Первый день периода высыпания

- × Одутловатое лицо,
- × Конъюнктивит со светобоязнью и слезотечением,
- × Навязчивый сухой кашель, ринит.
- × Лихорадка достигает высоких цифр, самочувствие больного резко нарушено.
- × На коже лица, за ушами, на шее - крупная пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь. Отдельные пятнистые или папулезные элементы могут быть на коже верхней части туловища и рук.
- × На слизистой щек - пятна Коплика-Филатова, энантема мягкого и твердого неба.



Сыпь: первый день



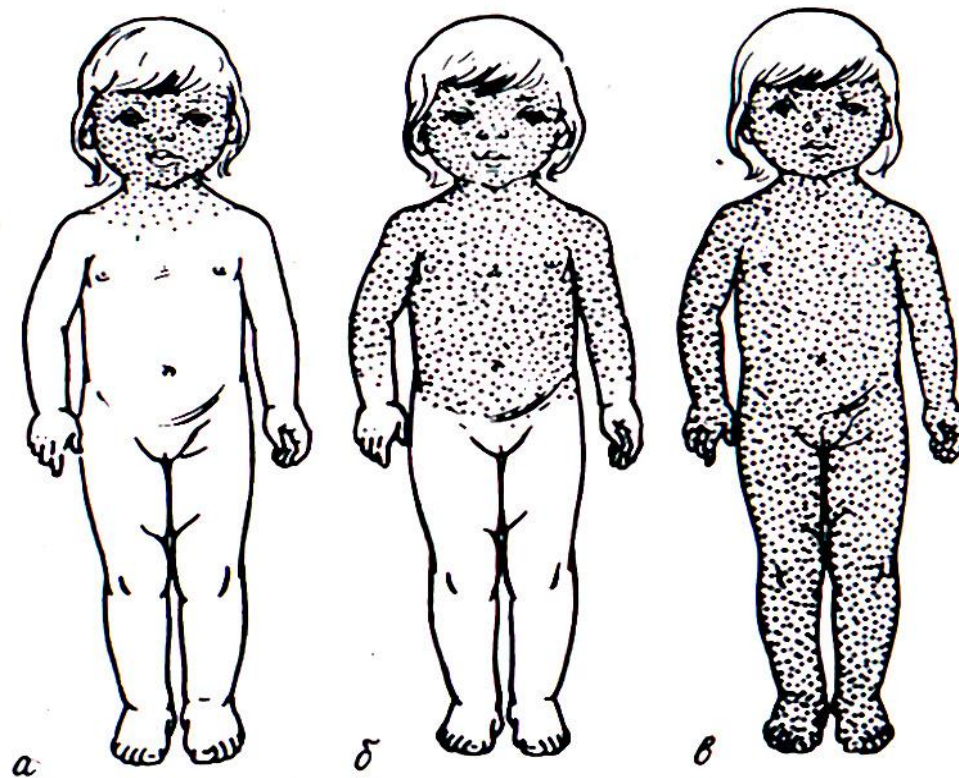
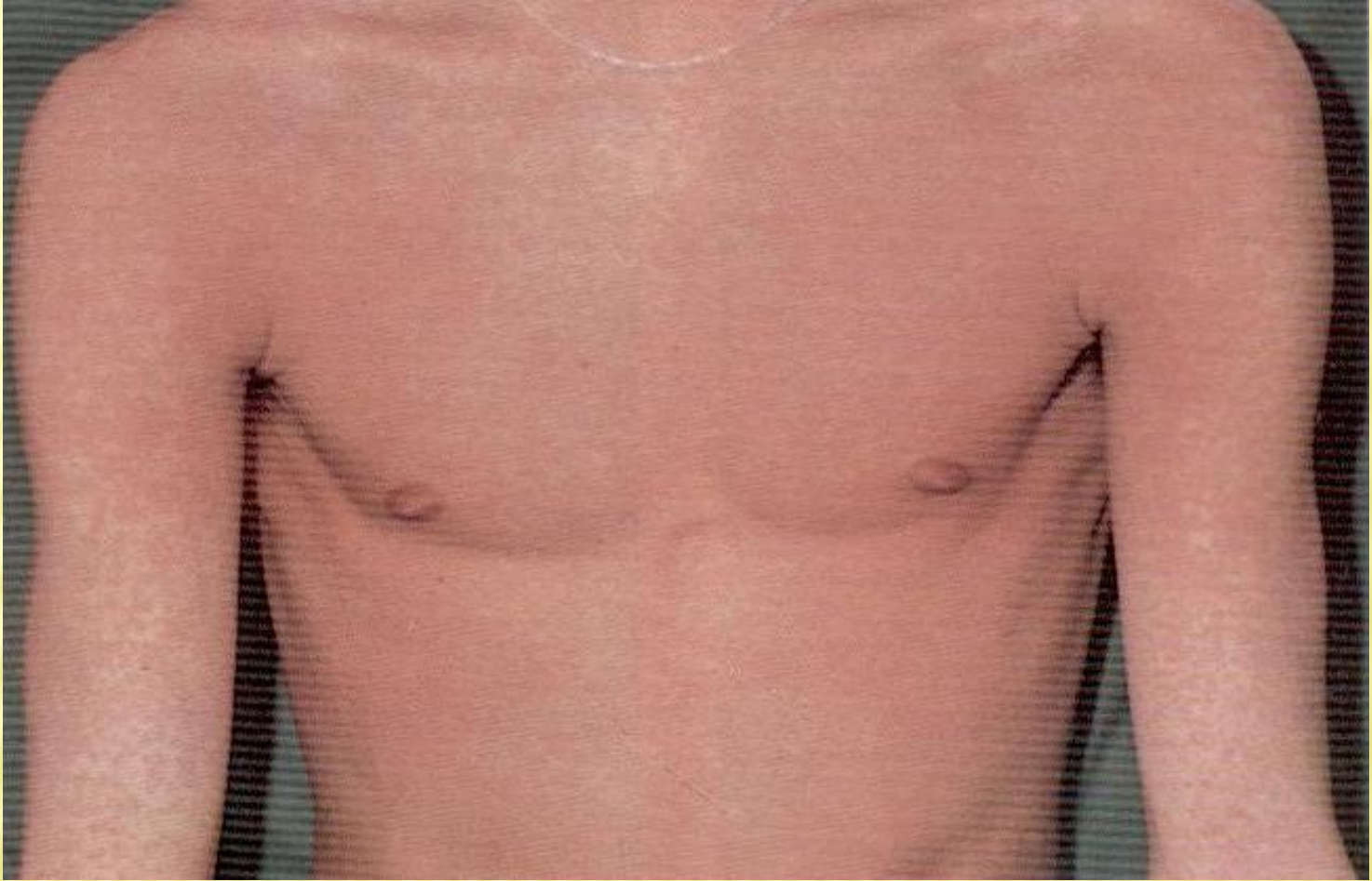


Рис. 19. Корь. Динамика высыпания.
а—1-й день высыпания; б—2-й день высыпания; в—3-й день высыпания.

Второй день периода высыпания

- × Выраженная интоксикация, температура достигает максимума.
- × Ярко выражен катаральный синдром, конъюнктивит.
- × Кашель частый сухой, нередко грубый, "лающий", сопровождающийся осиплостью голоса.
- × На коже лица, туловища и рук яркая пятнисто-папулезная сливная сыпь, редкие элементы сыпи могут быть на коже бедер.
- × На слизистой щек сохраняются пятна Коплика-Филатова или их остатки в виде гиперемии, пестроты, шероховатости слизистой.



Сыпь: второй день

Сыпь: второй день







СЫПЬ: ТРЕТИЙ ДЕНЬ



Сыпь на бедре

Характеристика сыпи при кори

Полиморфная пятнисто-папулезная, ярко-розового цвета, не зудящая с тенденцией к слиянию. Иногда на коже образуется сплошная эритема. Кожа между элементами сыпи не изменена



Корь. Геморрагическая сыпь на спине.
Начало пигментации.



Осложнения кори

- ✓ Ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, отит, пневмония (в т. числе тяжелая интерстициальная гигантоклеточная у лиц с иммунодефицитами)
- ✓ Кератит
- ✓ Энцефалит
менингоэнцефалит



**Во время 1-ой мировой войны
во французской армии заболели
корью свыше 76 тыс. солдат и
умерли 1470 человек – больше чем
от скарлатины
и дифтерии**

Стандартное определение случая заболевания корью (СП 3.1.2.1176-02)

Корь представляет собой острое инфекционное заболевание, характеризующееся в типичной манифестной форме совокупностью следующих клинических проявлений: с 4 и 5 дня поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи (в 1 день – лицо, шея; на 2 день – туловище; на 3 день – ноги, руки), температура 38°C и выше, кашель или насморк, конъюнктивит, общая интоксикация

Атипичные формы кори

× Abortивная; стертая; бессимптомная?

Митигированная (лат. Mitigatus - облегченная)

- ✓ Инкубационный период до 21 дня
- ✓ Температура нормальная или субфебрильная
- ✓ Интоксикация незначительная
- ✓ Катаральный синдром со стороны в.д.п. выражен слабо
- ✓ Пятен Филатова-Коплика нет
- ✓ Экзантема в виде мелких бледных единичных элементов, без этапности
- ✓ Осложнений нет

Заболевания, сопровождающиеся пятнисто-папулезной сыпью

- ❖ Корь
- ❖ Краснуха
- ❖ Инфекционная эритема (пятая болезнь)
- ❖ Внезапная экзантема (шестая болезнь)
- ❖ Энтеровирусные инфекции
- ❖ Псевдотуберкулез
- ❖ Менингококкемия
- ❖ Аллергические сыпи
- ❖ Инфекционный мононуклеоз
- ❖ Вторичный сифилис
- ❖ ВИЧ-инфекция

Особенности краснухи у подростков и взрослых

- × Более тяжелое течение
- × Более выраженный продромальный период
- × Обильная, папулезно-петехиальная, сливная сыпь
- × Более выраженная лихорадка
- × Большое число осложнений
- × Артралгии и артриты (чаще у девушек и женщин)
- × Поражение нервной системы

Лабораторная диагностика краснухи

РТГА, ИФА, РСК, латекс-агглютинация, ПЦР

Первичная инфекция

IgM – антитела выявляются на 2-5 сутки болезни, сохраняются 1-2 мес

IgG – антитела выявляются на 2-3 дня позже, максимальный уровень через 1 мес, персистируют всю жизнь

Псевдотуберкулез

Сходство

- × У ряда больных может отмечаться пятнисто-папулезная сыпь
- × Высокая температура
- × Симптомы интоксикации
- × Могут быть катаральные явления в виде гиперемии ротоглотки, конъюнктивит

Отличия:

- × Нет этапности высыпания
- × Отсутствует кашель
- × Сыпь исчезает без пигментации, что сопровождается отрубевидным шелушением на туловище и пластинчатым – ладоней и стоп
- × Характерны :
 - × Боли в животе
 - × Гепатолиенальный синдром
 - × «Малиновый» язык
 - × С-м «перчаток» и «капюшона»
 - × Белый дермографизм

Менингококкцемия

Сходство:

- × Острое начало заболевания
- × Поражение верхних дыхательных путей (назофарингит)
- × В первые часы заболевания может наблюдаться яркая пятнисто-папулезная сыпь
- × Высокая температура
- × Выраженная интоксикация

Отличия:

- × Нет кашля и конъюнктивита
- × **Отсутствуют изменения в полости рта**
- × **Нет этапности высыпания**
- × Сыпь полиморфная: пятнистая, , геморрагическая, «звездчатая»



Сыпь на ампициллин при инфекционном мононуклеозе



Аллергические сыпи

Сходство:

- × По характеру может быть пятнисто-папулезной, сливной
- × В зависимости от основного заболевания могут наблюдаться катаральные явления, в том числе кашель и конъюнктивит, высокая температура, симптомы интоксикации

Отличия:

- × **Нет этапности высыпания**
- × Могут быть аннулярные и уртикарные элементы сыпи
- × **Часто отмечается зуд**
- × Исчезает без пигментации
- × Изменения слизистой полости рта встречаются редко

Инфекционная эритема (пятая болезнь)

Сходство:

- × Яркая сливная пятнисто-папулезная сыпь

Отличия:

- × Отсутствует катаральный период
- × Температура нормальная или субфебрильная
- × Катаральные симптомы слабые или отсутствуют
- × Нет кашля
- × Нет интоксикации
- × Яркая эритема щек в виде румянца, «пощечины» или «бабочки»
- × Обратная динамика сыпи: бледнеет с центра каждого элемента принимая вид «кружева» или «паутины», часто с цианотичным оттенком
- × Бывает волнообразное течение
- × Может быть зуд

Инфекционная эритема, эритема лица



Внезапная экзантема

(шестая болезнь, *exanthema subitum*, *roseola infantum*)

С х о д с т в о:

- × Пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь
- × Повышение температуры до 38,0–38,5°

О т л и ч и я:

- × Нет катаральных проявлений
- × Сыпь появляется на фоне снижения температуры до нормальных цифр
- × Нет этапности высыпания
- × Сыпь мелкая, несливная
- × Отсутствие интоксикации

Энтеровирусные экзантемы

СХОДСТВО:

- × Пятнисто-папулезная сыпь
- × Высокая температура
- × Симптомы интоксикации

Отличия:

- × Сыпь обычно появляется одновременно со снижением температуры
- × **Нет этапности высыпания и пигментации**
- × Могут наблюдаться боли в животе, рвота, диарея, мышечные боли

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

