**Корь.**

**Корь** — это острая вирусная инфекция. Проявляется болезнь [сыпью](http://www.medn.ru/semiy/lechenie-detey/syip.html) на теле ребенка. Заражение происходит при контакте с больным, который выделяет вирус при кашле, чихании. Первые проявления болезни начинаются на 9—10-й день после заражения.

Характерными **симптомами кори** является лихорадка, типичная сыпь на коже и слизистых оболочках (экзантема и энантема) и воспалительные явления со стороны слизистых оболочек дыхательных путей и глаз.

**Этиология и эпидемиология**. Возбудитель кори принадлежит к фильтрующимся вирусам. Эпидемиологические свойства его изучены достаточно хорошо. Источником инфекции при кори является только больной человек. Вне организма больного возбудитель кори быстро погибает. Возможность передачи кори через здоровых, бывших в соприкосновении с больными, и через вещи практически не доказана и, вероятно, не существует. Вирус кори находится в крови больного и в отделяемом слизистых оболочек полости рта, носоглотки, верхних дыхательных путей и конъюнктивы глаз. Моча и испражнения больного не заразительны, как и чешуйки слущивающегося при шелушении эпителия кожи. Таким образом, передача заболевания происходит непосредственно от больного к здоровому путем [капельной инфекции](http://www.medn.ru/statyi/Kapelnyeinfekcii.html) и контакта. Заразительным коревой больной становится в продромальном периоде, за 4 дня до появления сыпи, и остается опасным для окружающих 5 дней по высыпании, после чего реконвалесцент утрачивает свою заразительность. Заразительность кори в продромальном периоде, в котором заболевание чаще остается нераспознанным, очень велика. Больной продолжает находиться на ногах, общаться с окружающими, он успевает в большинстве случаев инфицировать всех находившихся вокруг него не болевших детей еще до появления сыпи и всего выраженного синдрома болезни.
Вирус кори чрезвычайно летуч. Так, если коревой больной находится в отдельной комнате, но соединенной общим коридором с другими помещениями, то инфекция легко распространяется по всем этим помещениям. Если корью заболевает ребенок, находящийся в отделении больницы или в общежитии, в детском учреждении, необходимо считать заразившимися всех не болевших детей, живущих в данном помещении с общим коридором.
Второе обстоятельство, способствующее быстрому распространению кори —это полное отсутствие естественного иммунитета к ней у лиц, ранее не болевших корью.
Большинство взрослых имеет к кори активный приобретенный иммунитет. Невосприимчиво к кори также большинство детей в возрасте до 4 месяцев благодаря пассивному иммунитету, полученному ими от матери. Если сама мать не болела корью и, следовательно, не имеет иммунитета к ней, то ее ребенок может заболеть корью и в грудном возрасте.
Перенесенная корь оставляет после себя стойкий, длящийся всю жизнь иммунитет. Повторные заболевания корью встречаются исключительно редко.

**Патогенез и патологическая анатомия.** Входными воротами инфекции при кори, по видимому, являются верхние дыхательные пути.
Коревой вирус поражает больше всего дыхательный тракт. Со стороны сердечно -сосудистой и центральной нервной системы при кори редко наблюдаются резкие токсические расстройства, характерные для острого периода многих инфекционных заболеваний, как дифтерия, скарлатина, сыпной тиф, грипп и др. Гипертоксические формы при кори встречаются редко и почти никогда не ведут к смерти.
Со стороны верхних дыхательных путей наблюдается катаральное воспаление, а в более тяжелых случаях— воспаление с поверхностным некрозом слизистой. Последствием такого некроза может быть образование язв и переход процесса на хрящи.
Воспалительный процесс уже в начале болезни может перейти на бронхи, бронхиолы и легочную ткань и часто распространяется на эластичномышечную стенку и перибронхиальную ткань. Это может привести, вследствие образования перибронхитов, к бронхоэктазам. Образующиеся бронхопневмонические очаги легко подвергаются некрозу, что ведет к появлению абсцедирующих [пневмоний](http://www.medn.ru/statyi/vospalenie-legkix-simptomy.html) и абсцессов легких.
Тяжелые поражения легких и являются наиболее частой причиной смерти от кори.
Кроме дыхательных путей, при кори часто бывает поражена слизистая толстого кишечника (катаральный колит).
Корь понижает сопротивляемость больного к патогенным микроорганизмам.

Она ухудшает течение [скарлатины](http://www.medn.ru/semiy/lechenie-detey/skarlatina.html), дифтерии, дизентерии и других острых инфекционных болезней и понижает сопротивляемость к туберкулезу.

**Клиника.**Инкубационный период кори длится 8—12 дней, а иногда и до 21 дня, растягиваясь даже до 28 дней. Заболевание начинается постепенно. После инкубационного периода начинается продромальный период кори: ребенок начинает чихать, у него появляется грубый кашель, насморк, слизистый или слизисто-гнойный конъюнктивит, светобоязнь, гиперемия зева. Ничего типичного в этот начальный период корь не представляет; в это время ее легко спутать с гриппом. [Температура](http://www.medn.ru/semiy/lechenie-detey/temperatura.html) в продромальный период повышается до 38—39°.
За 2 дня до сыпи, а нередко и за 4—5 дней появляется характерный признак кори — симптом Филатова - Коплика. Симптом этот был впервые описан русским ученым Филатовым. Состоит он в том, что на слизистой щек, против коренных зубов, появляются розовые пятна с белой точкой в центре. Количество их увеличивается, они делаются крупнее, появляются также на слизистой верхней и нижней губы. Исчезать эти пятна начинают с момента начала высыпания. На мягком небе появляется коревая энантема в виде неправильных ярких пятен, благодаря чему зев при осмотре кажется «пестрым». На 4-й день катаральных явлений вместе с высокой температурой, значительным ухудшением общего состояния и усилением конъюнктивита, насморка и кашля появляется сыпь на лице, за ушами; на следующий день сыпь распространяется на туловище и верхние конечности, а на 3-й день — на нижние конечности. Так же постепенно сыпь и исчезает: сначала на лице, потом на груди, а затем на конечностях.
При отсутствии осложнений одновременно с побледнением сыпи снижается температура, общее состояние резко улучшается, катаральные явления уменьшаются и исчезают, больной выздоравливает.
Сыпь имеет вид розовых, немного возвышающихся на поверхности кожи пятен величиной с чечевицу; местами она бывает сливной; -участки же кожи между элементами сыпи имеют нормальную окраску, что и придает коже коревого больного пестрый вид. Лицо все сплошь покрыто сыпью, чем корь существенно отличается от скарлатины, при которой остаются свободные от сыпи участки — нос и подбородок. Сыпь оставляет после себя пигментацию, а через неделю после высыпания на теле появляется мелкое отрубевидное шелушение; иногда едва заметное шелушение происходит только на туловище.
Продолжительность кори средней тяжести 8—10 дней.

Корь не всегда протекает типично, часто она протекает легко, в абортивной форме. Катары слизистых при этой форме кори выражены неярко, сыпь и пятна Филатова-Коплика часто появляются одновременно.
Абортивная корь, которая наблюдается обычно у привитых детей, протекает при сравнительно невысокой температуре, не свыше 38°. Болезнь купируется через несколько дней. Осложнений при этой форме не бывает; иногда корь, по описанию Филатова, протекает и без сыпи.
Иногда, большей частью в теплое время года, эпидемия кори протекает очень легко. Изредка появляются токсические формы кори с геморрагиями в кожу и слизистые, ранним коллапсом, менингеальными явлениями.

**Осложнения**. Наиболее частое осложнение при кори — это пневмония.
Коревой круп. При резко выраженном воспалении слизистой оболочки гортани и трахеи у маленьких детей могут развиться явления стеноза —коревой круп. Коревой круп появляется в продромальном периоде кори или вместе с высыпанием.

Симптомы крупа — лающий кашель, шумное и [затрудненное дыхание](http://www.medn.ru/statyi/Serdechnayaodyshka.html), западение при вдохе податливых мест грудной клетки; при усилении стеноза — цианоз, тяжелое состояние.
Истинный дифтерийный круп, который может присоединиться к кори, появляется обычно уже в периоде пигментации и требует немедленного [лечения](http://www.medn.ru/statyi/Lecheniemolokom2.html) сывороткой.
Смертность при кори зависит обычно от осложнений, главным образом от пневмонии. Особенно характерна для кори ранняя пневмония, которая появляется в период высыпания и протекает особенно тяжело.

Осложнение воспалением легких может появиться и позднее — в период побледнения сыпи и пигментации.
При пневмонии часто не удается установить соответствующих физических симптомов, хотя на сущность осложнения указывает цианоз, одышка, [сердечная](http://www.medn.ru/statyi/serdechnaya-nedostatochnost-simptomy.html) слабость. Иногда пневмония приобретает вялое течение со склонностью к образованию абсцедирующей пневмонии и бронхоэктазов.

Частым осложнением кори является стоматит. Тяжелую форму стоматита представляет нома — гангренозная, глубокая язва на внутренней поверхности щеки; к счастью, это осложнение встречается очень редко. Очень частым и опасным, особенно для маленького ребенка, осложнением является воспаление слизистой толстого кишечника — колит. Стул становится жидким с примесью слизи, а иногда крови, появляются [боли в животе](http://www.medn.ru/semiy/lechenie-detey/bol-v-zhivote.html). Колит может тянуться очень долго и вызывает значительное истощение ребенка. Следует помнить, что понос с примесью крови при кори может быть связан и с присоединившейся дизентерией.
Обычным осложнением тяжелой кори является отит (воспаление среднего уха).
Изредка встречаются случаи врожденной кори у новорожденного, если мать болела ею непосредственно перед [родами](http://www.medn.ru/zdorovie_genzini/22.htm).
Наблюдается совместное течение кори с другими инфекционными болезнями. Корь, присоединившаяся к скарлатине, дифтерии, дизентерии и другим острым инфекционным болезням, протекает обычно тяжело и ухудшает течение основного заболевания.
Туберкулезные дети после кори должны подвергаться тщательному наблюдению.
Летальность при кори зависит от возраста; в более старшем возрасте она равна 4—5%, повышаясь до 30—40% у детей в возрасте до 2 лет.

 Если высокая температура держится два дня после появления сыпи или возвращается, вы должны немедленно вызвать врача вторично или отвезти ребенка в больницу. Осложнения могут быть серьезными и, в отличие от самой кори, поддаются лечению современными средствами.

**Дифференциальный диагноз.** Корь смешивают со скарлатиной и краснухой.

Сыпь при кори покрывает все лицо, при скарлатине же нос и подбородок не покрываются сыпью; при скарлатине сыпь сплошная, мелкоточечная, при кори пятна возвышаются над кожей, которая приобретает пестрый вид; при скарлатине сыпь появляется через сутки после начала заболевания, при кори — на 3—4-й день; при кори, начиная уже с продромального периода, отмечается сильный катар слизистых, при скарлатине — сухость слизистых; при кори нет резких токсических явлений, как при скарлатине, редко бывает рвота.

При краснухе сыпь напоминает коревую, но бледнее; нет сильно выраженного катара слизистых. Сыпь при краснухе покрывает все тело за одни сутки, при кори она распространяется в течение 3 дней. При краснухе во время высыпания состояние ребенка хорошее, температура повышается незначительно. Особенно характерно для краснухи увеличение шейных и затылочных лимфатических [желез](http://www.medn.ru/statyi/shhitovidnaya-zheleza-simptomy-zabolevaniya.html). На слизистой щек могут появляться высыпания в виде небольших красных точек.
При сывороточной болезни возможна кореподобная сыпь и умеренные катаральные явления со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Диагноз ставят на основании анамнеза (введение сыворотки за 1—2 недели до высыпания, появление сыпи вначале на месте введения сыворотки) и дальнейшей картины болезни.
Эритемы различного происхождения и септические сыпи могут послужить поводом к диагностическим ошибкам.
Во всех случаях, подозрительных на корь, необходимо проводить профилактические противокоревые прививки не болевшим корью детям, соприкасавшимся с больным.

Для экстренной профилактики кори в очагах эпидемических вспышек используют [парентеральное](http://www.medn.ru/statyi/Parenteralnyjputvvedeniya.html) введение донорского коревого гамма-глобулина.

Лечение больных, как правило, осуществляется в стационаре. Исключение составляет только легкая форма кори. Назначается постельный режим, витаминизированная диета, обильное питье. Осуществляется туалет глаз и полости рта специальными дезинфицирующими средствами. Из медикаментозных средств показаны отхаркивающие и жаропонижающие препараты, в случае осложнений — антибиотики.

Прогноз при соответствующем лечении нормальный.

Профилактика заключается в проведении плановой вакцинации. Также проводится выявление очагов инфекций и контактных.