

Особенности течения кори у взрослых

И. А. Иванова, Ж. Б. Понежева, М. С. Козлова, Е. Т. Вдовина, Н. А. Цветкова

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 неблагоприятной. За первые шесть месяцев 2018 г. в регионе было зарегистрировано более 41 тыс. случаев заболевания корью у детей и взрослых, из которых 37 эпизодов закончились летальным исходом. В Европейском центре профилактики и контроля заболеваний связывают такую пугающую тенденцию со снижением общемирового уровня вакцинации до 78% вместо требуемых 90–95% [1]. Сегодня корь продолжает распространяться и по России. По данным Роспотребнадзора РФ за первое полугодие 2018 г. заболеваемость корью выросла в 13,5 раз по сравнению с аналогичным периодом 2017 г. и составила 1,17 на 100 тысяч человек, число заболевших — 1717 [2]. 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 2020 г. [1, 2].

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 неустойчив 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.

Одной из самых опасных вирусных инфекций для взрослых является корь, индекс контагиозности (заболеваемость после контакта с возбудителем) которой равен 90–95%, и заболевание переносится взрослыми значительно тяжелее, чем детьми. В начале кори доминирует поражение клеток эпителия дыхательных путей с развитием соответствующих клинических проявлений. Вирус кори, находясь в слизистой оболочке верхних дыхательных путей и в носоглоточной слизи, выделяется из организма при кашле, чихании, разговоре и даже дыхании в форме мельчайших капелек аэрозоля. Симптомы кори проявляются не сразу после заражения. Классическое клиническое течение кори разделяется на периоды: инкубационный (от 7 до 21 дня), катаральный (появляются первые симптомы кори: повышается температура тела, кашель, насморк) и периоды высыпаний, пигментации и выздоровления (реконвалесценции) [3].

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 специфическими 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.

Корь может иметь типичные или атипичные проявления. К атипичным относят:

1. **Стертую форму.** В этом случае заболевание проходит в очень легкой форме, без выраженных специфических клинических проявлений. Пациенты отмечают небольшое повышение температуры тела, симптомы простуды (першение в горле, кашель, слабость). Иногда стертая форма заболевания возникает после прививки от кори или введения гамма-глобулина.
2. **Геморрагическую форму,** когда заболевание сопровождается множественными кровоизлияниями на кожных покровах, примесью крови в моче и стуле. Вследствие геморрагической формы нередко случается летальный исход из-за большой потери крови. При своевременной госпитализации в стационар и правильном лечении прогноз заболевания благоприятный.
3. **Гипертоксическую форму,** которая возникает на фоне выраженной интоксикации организма и проявляется температурой до 40 °С и выше, симптомами менингоэнцефалита, сердечной и дыхательной недостаточности [3].

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

явлений (заложенность носа, явления конъюнктивита, кашель, першение и дискомфорт в горле) преобладает чаще сухой кашель и имеет место нарушение этапности высыпаний.

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 [4]. 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).

Общий анализ крови при кори характеризуется уменьшением количества лейкоцитов, повышением показателя скорости оседания эритроцитов. Если присоединяется вторичная бактериальная инфекция, то в результатах исследования отмечают нейтрофильный лейкоцитоз. Рекомендуется выполнить также биохимический анализ крови и общий анализ мочи: они помогут определить наличие и степень тяжести поражения печени и мочевыделительной системы. При ведении пациента с корью обязателен контроль клинических и биохимических анализов крови в динамике. По необходимости проводится дополнительная диагностика — анализ спинномозговой жидкости, рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки, электрокардиография (ЭКГ), консультации ЛОР-врача, невролога и других специалистов по показаниям.

Особенностью взаимодействия вируса кори и иммунной системы организма человека является развитие транзиторного вторичного иммунодефицита [5], что предполагает высокий риск возникновения тяжелых осложнений (бактериальной и/или вирусной этиологии), которые могут носить деструктивный характер. Чаще возникают острые и хронические заболевания ЛОР-органов, наиболее частым из которых является средний отит, встречающийся у 7–9% заболевших; поражения пищеварительной системы (энтероколит, диарея, гепатит, панкреатит) и мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит, гломерулонефрит), а также заболевания центральной нервной системы, чаще протекающие в виде острых инфекционных и постинфекционных энцефалитов с частотой 0,01–0,02%. Наблюдаются осложнения в виде инфекционной патологии нижних дыхательных путей, где пневмонии имеют место у 1–6% пациентов и могут быть как вирусной, так и бактериальной этиологии. Такие симптомы, как постоянная немотивированная слабость, головные боли, наличие сухого кашля, изменения аускультативной картины, длительная лихорадка и повторное повышение температуры позволяют насторожиться в отношении наличия воспаления легких. Объективную картину дает компьютерная томография органов грудной клетки, также следует проводить бактериологическое исследование мокроты (при наличии влажного кашля, с правильным и корректным сбором биоматериала), ПЦР-исследование на респираторные вирусы и бактерии для уточнения этиологии.

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 [6]. 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-лактамами антибиотиками [6, 7].

В январе 2018 г. в ГБУЗ ИКБ № 2 поступили пациенты из семейного очага кори. Были госпитализированы больные из цыганской общины. После госпитализации первого заболевшего пациента из семейного очага с подтвержденным диагнозом «корь», контактные лица отказались от специфической профилактики, что способствовало вспышке кори в общине. Несколько заболевших человек от госпитализации отказались. Типичное течение наблюдалось только у одного пациента из заболевших. У троих пациентов из 4 госпитализированных больных отсутствовала сыпь, преобладал синдром лихорадки, а у четвертого больного наблюдалось осложненное течение кори, клинический пример которого приводится ниже.

Больной Х. 20 лет, находился на стационарном лечении с 18.01.18 г. по 26.01.18 г. с диагнозом: «Корь, средней тяжести. Осложнение: внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония. ДН 0».

Больной заболел 16.01.18, когда началось повышение температуры тела до 40 °С. Больной отрицал катаральные симптомы. Принимал жаропонижающие препараты, проводил симптоматическую терапию, название препаратов не помнил. В течение двух дней лихорадка сохранялась, эффекта от приема лекарств не было. 18.10.18 вызвал бригаду СМП, госпитализирован в ГБУЗ ИКБ № 2.

Из эпиданамнеза выяснено, что больной контактировал в очаге с родственниками, часть из которых была госпитализирована с диагнозом «корь». Больной не имел никаких сведений о прививках, перед заболеванием от вакцинопрофилактики отказался.

При поступлении пациент в состоянии средней тяжести, лихорадил до 40 °С, по данным объективного осмотра кожные покровы физиологической окраски, влажные, на ощупь горячие, чистые, сыпь отсутствовала. Склеры не инъецированы. Слизистая оболочка ротовой полости не гиперемирована. Миндалины не гиперемированы, не увеличены, без наложений. Язык чистый, влажный. Пальпировались мелкие шейные лимфатические узлы, до 1 см, эластичные, безболезненные при пальпации. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушивались. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений и пульс составляли 78 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, цвет мочи желтый, диурез достаточный. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Грубая менингеальная и очаговая симптоматика не выявлена.

Проведено лабораторное и инструментальное обследование в виде общего анализа крови — лейкоциты 5,7, нейтрофилы 68 (палочкоядерные — 1, сегментоядерные — 67), лимфоциты 19, моноциты 13, эритроциты — 5,25, гемоглобин 157; СОЭ — 5 мм/ч; биохимического анализа крови — общий белок 69,1 г/л, АЛТ 31 Ед/л, АСТ 49 Ед/л, мочевина 3 ммоль/л, креатинин 107 мкмоль/л, глюкоза 5,9 ммоль/л; исследование на ВИЧ и маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательное; ИФА с антигенами кори в ГОРСЭС — положительно, рентгенография органов грудной клетки — легочный рисунок усилен, в проекции верхних отделов левого легкого визуализируется небольшая зона перибронховаскулярной инфильтрации легочных тканей без четких контуров, низкой интенсивности. Проведено лечение: внутривенная дезинтоксикационная терапия растворами кристаллоидов, десенсибилизирующая, витаминная, противокашлевая терапии, антибиотикотерапия цефотаксимом и азитромицином. На фоне проводимого лечения на 3-й день госпитализации температура тела нормализовалась, больной отмечал улучшение самочувствия. На 8-й день госпитализации больному повторно выполнен рентгенографический контроль органов грудной клетки, наблюдалась положительная динамика. Больной с улучшением выписан под амбулаторное наблюдение врача.

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

По данным О. В. Цвиркуна [8], 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 [9].

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 [10].

Госпитализация больных проводится в случае тяжелого течения заболевания и по эпидемическим показаниям (лица, проживающие в общежитиях, гостиницах, хостелах и др., декретированные группы лиц). Больные госпитализируются в отдельный бокс и подлежат строгому постельному режиму. Лица, госпитализированные в стационар, подлежат выписке не ранее чем через 5 дней с момента появления сыпи. Медперсонал, контактирующий с больным корью, обязан перед посещением бокса соблюдать все меры безопасности: быть привитыми либо иметь высокий защитный титр антител, обязательно ношение шапочки, перчаток, масок и специальной медицинской одежды.

После выписки из стационара либо лечения в условиях изоляции дома, больные подлежат обязательному диспансерному учету по месту прикрепления к поликлинике сроком на 1 месяц. Кратность обязательных контрольных обследований врачом составляет 1 раз в две недели. Проводятся анализы крови и мочи через 2 и 4 недели соответственно, ЭКГ и другие лабораторные и инструментальные методы исследования по показаниям, как и консультации узких специалистов [10]. Через 1 месяц врачебного контроля при наличии хороших лабораторных показателей, отсутствии осложнений, пациент подлежит снятию с диспансерного учета.

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 [11, 12].

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 [13]. Рекомендуется проводить каждые 10 лет

ревакцинацию пациентам с низким титром защитных антител.

В Российской Федерации разрешено применение ЖКВ Рувакс («Авентис-Пастер», Франция), комплексной вакцины против кори, краснухи и паротита М-М-Р II («Мерк Шарп Доум», США), Приорикс («ГлаксосмитКляйн», Англия) и др. Детям, не привитым против кори или эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным кори, а также лицам, привитым против кори однократно — без ограничения возраста, вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению [10]. Пассивная профилактика кори у взрослых осуществляется введением иммуноглобулина, который получают из плазмы доноров. Для наибольшей эффективности препарат вводят не позднее чем через 72 часа после контакта с больным. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным в течение первых 72 часов с момента выявления больного (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках. 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.

В качестве неспецифических мер профилактики рекомендуется ношение медицинской маски в общественных местах (метро, магазины и торговые центры, префектуры, поликлиники), особенно в эпидемический сезон, ведение здорового образа жизни, сбалансированное питание с высоким содержанием белков и витаминов, соблюдение режима труда и отдыха, закаливание, избегание переохлаждений и сквозняков. Необходимо своевременное лечение хронических заболеваний, которые способствуют ухудшению работы иммунной системы и повышенной восприимчивости к патогенным бактериям и вирусам.

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.

Литература

1. Корь. Всемирная организация здравоохранения. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
2. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-июнь 2018. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-июнь 2018 г. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=10419.
3. Понежева Ж. Б., Аракелян А. К., Козлова М. С., Вдовина Е. Т. Корь у взрослых // Эпидемиология и инфекционные болезни: актуальные вопросы. 2018. С. 50–55.
4. Лобзин Ю. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным корью. СПб, 2015. Пункты 4.7, 4.11.
5. Ющук Н. Д. Вирусные болезни. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 640 с.
6. Дементьев А. С. (сост.). Воздушно-капельные инфекции. Стандарты медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 448 с.
7. Стецюк О. У., Андреева И. В. Популярны мифы и заблуждения относительно антибиотиков среди практических врачей // Русский медицинский журнал. 2014. № 9. С. 684–692.
8. Цвиркун О. В., Герасимова А. Г., Тихонова Н. Т., Ежлова Е. Б., Мельникова А. А., Дубовицкая Е. Л., Орлова О. С., Басов А. А., Фролов Р. А. Заболеваемость корью в разных возрастных группах в период элиминации инфекции // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2017. С. 18–25.
9. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952–11, 2012 г.
10. Головкин М. Г., Порядина Г. И., Ларина В. Н. Корь в практике терапевта поликлиники // Лечебное дело. 2014. № 4. С. 10–16.
11. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням. СПб, 2000. С. 93.
12. Karen Gill. Understanding the causes of measles. MD — Medical News Today, 15.05.2017. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/37135.php>.
13. Warning about the dangers of measles may sway vaccine skeptics — Published By Honor Whiteman — Medical News Today, 4 August 2015. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/37135.php>.

И. А. Иванова*, 1

Ж. Б. Понежева*, доктор медицинских наук

М. С. Козлова**

Е. Т. Вдовина**, кандидат медицинских наук

Н. А. Цветкова**, доктор медицинских наук, профессор

* **ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора**, Москва

** **ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ**, Москва

¹ Контактная информация: Doc.irinaivanova@gmail.com

Особенности течения кори у взрослых/ И. А. Иванова, Ж. Б. Понежева, М. С. Козлова, Е. Т. Вдовина, Н. А. Цветкова

Для цитирования: Лечащий врач № 11/2018; Номера страниц в выпуске: 36-39

Теги: вирусная инфекция, заражение, взрослые, клинический пример

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права
защищены.