

## КОРЬ У ДЕТЕЙ

*Муллажоновна Шахноза Комильжановна,  
Андижанский техникум общественного  
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины,  
преподаватель инфекционные болезни и наука о  
инфекционном контроле*

### Аннотация

Представлена классификация кори, особенности ее клинического течения у детей в возрастном аспекте, дана характеристика клинических форм заболевания с поражением ЦНС, а также описаны осложнения кори. Показаны особенности формирования иммунитета при кори. Изложены вопросы, касающиеся лабораторной и дифференциальной диагностики данной инфекции, подробно представлены современные подходы к лечению и специфической профилактике кори, подчеркивается необходимость вакцинации в рамках Национального календаря профилактических прививок.

**Ключевые слова:** дети, корь, вакцинация.

Корь — острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся поражением респираторного тракта и глаз с развитием циклической экзантемы на фоне синдрома интоксикации.

По МКБ-10 различают:

- V05.0 — корь, осложненная энцефалитом (после- коревой энцефалит);
- V05.1 — корь, осложненная менингитом (послекоревой менингит);
- V05.2 — корь, осложненная пневмонией (послекоревая пневмония);
- V05.3 — корь, осложненная средним отитом (послекоревой средний отит);
- V05.4 — корь с кишечными осложнениями;
- V05.8 — корь с другими осложнениями (коревой паротит и коревой кератоконъюнктивит);
- V05.9 — корь без осложнений.

Возбудитель кори — РНК-содержащий вирус, относится к семейству парамиксовирусов, роду коревых вирусов, включающему вирус кори человека, вирус кори рогатого скота, вирус чумы собак и вирус подострого склерозирующего панэнцефалита. Последний способен к длительному персистированию в клетках головного мозга с формированием панэнцефалита (вариант хронической коревой инфекции).

Антигенная структура вируса кори сложная. Он имеет липопротеидную мембрану, обеспечивающую адгезию, проникновение и размножение вируса в чувствительных клетках хозяина, и гликопротеидную мембрану, представленную гемагглютинином (белок Н) и гемолизином (F), которые индуцируют образование специфических антител — основу гуморального иммунитета.

Штаммы вируса кори, выделенные в различных странах, идентичны в антигенном отношении, что было учтено при постановке задачи ликвидации кори.

Вирус кори высококонтагиозен, но неустойчив в окружающей среде, он быстро погибает под воздействием солнечного света, УФ-излучения, при высыхании.

При инфицировании человека вирус кори проявляет эпителиотропные, лимфотропные и нейротропные свойства. Входными воротами для вируса является слизистая оболочка дыхательных путей и, возможно, конъюнктивы глаз, где осуществляется адгезия вируса и откуда он попадает в регионарные лимфатические узлы, в которых начинает размножаться.

С 3—4-го дня инкубационного периода вирус проникает в кровь (первичная вирусемия, во время которой его можно частично нейтрализовать парентеральным введением иммуноглобулина) и оседает в лимфатических узлах, печени, селезенке. Начинается новый этап концентрации и интенсивного размножения вируса в этих органах, в результате которого образуются гигантские многоядерные клетки, несущие коревой антиген. Размножившийся вирус снова проникает в кровь (вторичная вирусемия) и разносится по организму, что соответствует началу заболевания. В капиллярах слизистых оболочек и кожи происходит контакт sensibilizированных Т-клеток и клеток, несущих коревой антиген, реакция гиперчувствительности замедленного типа, которая клинически проявляется характерной сыпью на коже и пятнами Бельского—Коплика—Филатова на слизистой оболочке полости рта.

Эпителиотропные свойства вируса реализуются клинически воспалительной реакцией в дыхательных путях (коревой бронхит, пневмония) и пищеварительном тракте (абдоминальный синдром, диарея).

Нейротропные свойства коревого вируса клинически ассоциируются с развитием инфекционного токсикоза с возможным возникновением энцефалической реакции у детей младшего возраста или коревого менингоэнцефалита у детей старшего возраста и взрослых. Вирус кори может персистировать в ткани мозга человека, формируя клиническую картину подострого склерозирующего панэнцефалита.

Лимфотропные свойства вируса у заболевших проявляются увеличением лимфатических узлов (преимущественно шейных), печени, селезенки и особенно повреждением иммунокомпетентных клеток с развитием иммунодефицита, который предрасполагает к возникновению бактериальных осложнений.

Различают типичную и атипичную корь. По тяжести типичную корь делят на легкую, среднетяжелую и тяжелую. При атипичной кори основные симптомы заболевания стерты или некоторые из них отсутствуют, характерно изменение длительности отдельных периодов кори: уменьшение продолжительности периода высыпания, отсутствие катарального периода, нарушение этапности высыпания. К атипичным вариантам также относятся гипертоксическая, геморрагическая и злокачественная формы, встречающиеся крайне редко.

Корь может иметь гладкое и осложненное течение. По срокам развития различают ранние осложнения, возникающие в остром катаральном периоде и

периоде высыпаний, и поздние, вызванные вторичной инфекцией в периоде пигментации и реконвалесценции кори. Ранние осложнения обусловлены непосредственно вирусом кори, поздние имеют вторичный характер и связаны с активацией бактериальной флоры. В настоящее время наиболее частыми осложнениями кори являются коревой круп, ларинготрахеит, отит, бронхит, пневмония, синусит, стоматит, колит и энтероколит, импетиго, фурункулёз, которые могут быть как ранними, так и поздними независимо от возраста.

Развитие пневмонии возможно в любом периоде болезни. По своему характеру ранние пневмонии протекают как бронхопневмонии или интерстициальные пневмонии, отличаются тяжелым течением, выраженными симптомами интоксикации, дыхательной и сердечной недостаточности. Поздние пневмонии характеризуются ухудшением состояния ребенка после 5-го дня высыпаний, повышением температуры тела, развитием дыхательной недостаточности, появлением физикальных изменений в легких в виде мелко и среднепузырчатых хрипов с рентгенологическими признаками очаговой пневмонии. Наиболее тяжело протекают пневмонии у детей раннего возраста.

Перенесенная корь формирует прочный пожизненный иммунитет, основу которого до настоящего времени связывают с гуморальным звеном. Специфические антитела при кори (вначале IgM) обнаруживаются через сутки после появления сыпи при естественном течении заболевания, максимальный уровень достигается на 7—10-й день сыпи. IgM-антитела можно обнаружить в течение месяца. Их наличие свидетельствует об активной фазе коревой инфекции, вызванной либо диким, либо вакцинным вирусом кори.

#### Литература:

1. Болотовский В.М., Михеева И.В., Лыткина И.Н., Шахани- на И.Л. Корь, краснуха, эпидемический паротит: единая система управления эпидемическими процессами. М 2004; 223.
2. Детские инфекции. Справочник практического врача. Под ред. Л.Н. Мазанковой. М 2009; 240.
3. Инфекционные болезни у детей. Учебное пособие. Под ред. В.В. Ивановой. М 2002; 928.
4. Nematova Nilufar Qayimovna. (2023). Naqshbandiya tariqati va uning ma'naviy jihatlari. SAMARALI TA'LIM VA BARQAROR INNOVATSIYALAR, 1(4), 225–231. Retrieved from <https://innovativepublication.uz/index.php/jelsi/article/view/154>