

Корь у детей (B05)



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2016 (Казахстан)

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

от «9» июня 2016 года

Протокол № 4

Классификация

Тип	Тяжесть	Течение
Типичная; по клиническому периоду кори: <ul style="list-style-type: none">• катаральный период;• период высыпаний;• период пигментации.	<ul style="list-style-type: none">• легкая;• среднетяжелая;• тяжелая: без геморрагического синдрома; с геморрагическим синдромом.	<ul style="list-style-type: none">• острое;• гладкое (без осложнений); негладкое (с осложнениями);• микст-инфекция.
Атипичная: <ul style="list-style-type: none">• стертая;• митигированная;• геморрагическая (гипертоксическая или злокачественная).		

Классификация случаев кори:

Клиническое определение заболевания:

Больной с температурой и макуло-папулезной сыпью (не везикулярная) и одним из следующих признаков: кашель, насморк, конъюнктивит;

Подозрительный случай: любой больной, соответствующий клиническому определению заболевания;

Эпидемиологический связанный случай: больной, имеющий проявления и симптомы, соответствующие кори, находившийся в контакте с лабораторно подтвержденным случаем за 7-18 дней до появления симптомов;

Отмененный случай: любой больной, который не соответствует определению клинического, лабораторно-подтвержденного или эпидемиологически связанного случая.

Лабораторно подтвержденный случай не обязательно должен отвечать клиническому определению случая.

Диагностика (амбулатория)

Жалобы:

- повышение температуры тела;
- кашель;
- слезотечение, светобоязнь;
- насморк;
- головная боль;
- слабость, вялость, недомогание;
- высыпания на коже;
- жидкий стул.

Анамнез:

- острое начало;
- контакт с лабораторно-подтвержденным случаем кори за 7-18 дней до появления симптомов заболевания;
- циклическое течение заболевания с выраженными катаральными явлениями в первые дни болезни, высыпаниями с 4-5 дня болезни;
- после затухания сыпи температура тела нормализуется, остаются пигментация и шелушение.

Физикальное обследование:

В катаральном периоде (продолжительность периода 3-4 дня):

- нарастающий катаральный синдром (кашель, ринит, трахеит, ларингит, бронхит, конъюнктивит, склерит, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, покраснение глаз);
- лицо больного одутловатое, веки пастозные;
- коревая энантема: красные неправильной формы пятна на слизистой оболочке мягкого, отчасти твердого неба;
- пятна Филатова-Коплика-Бельского (в конце периода) на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже – на слизистой оболочке губ, десен и конъюнктивы глаз.

При выявлении симптома Бельского-Филатова-Коплика диагноз кори бесспорен (клинически).

В периоде высыпания:

- наличие в первый день высыпаний пятен Бельского-Филатова-Коплика;
- появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания;
- сыпь макуло-папулезная с тенденцией к слиянию;
- этапное распространение сыпи в течение 3 дней: в течение первых суток за ушами, на лице, шее, верхней части груди, на 2-й день- на туловище, на 3-й день- на конечностях;
- усиление интоксикации, катаральных явлений со стороны слизистых оболочек дыхательных путей и конъюнктивы глаз (насморк, кашель, слезотечение, светобоязнь);
- признаки трахеобронхита, ларингита, крупа;
- возникновение пигментации после сыпи;

В периоде пигментации:

- сыпь угасает в той же последовательности, что и появляется, оставляя пигментацию и шелушение.

Митигированная корь наблюдается у детей, получивших с профилактической целью гаммаглобулин в первые 5 дней от момента контакта с больным. При митигированной кори инкубационный период может удлиниться до 21 дней. При этой форме нарушается цикличность инфекционного процесса, катаральные явления выражены слабо, катаральный период укорочен до 1-2 дней или может отсутствовать. Пятна Бельского-Филатова-Коплика у основной части больных отсутствуют. Сыпь появляется одновременно на 1 или 2 день от начала болезни, она может наблюдаться на отдельных участках кожи тела. Высыпания мелкие, необильные, пятнисто-папулезного характера на неизменном фоне кожи. Сыпь держится 1-2 дня и исчезает сразу, не оставляя пигментацию и шелушение. Течение болезни обычно без осложнений.

Стертая форма клинически не отличается от митигированной формы, встречается у вакцинированных детей в возрастной группе от 2 до 10 лет.

Корь с аггравированными симптомами (гипертоксическая, геморрагическая, злокачественная) встречается очень редко. При геморрагической форме состояние больных тяжелое за счет интоксикационного и геморрагического синдромов. Отмечаются множественные кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, в анализах мочи у таких больных выявляется гематурия. В клинике гипертоксических и злокачественных форм преобладают симптомы интоксикации, изменения со стороны нервной системы в виде гиперестезии, судорожной готовности и судорог. Эти формы могут привести к летальному исходу.

Легкая форма кори характеризуется слабо выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38 °С в течение 2-3 дней, легким кашлем, насморком и конъюнктивитом. Пятна Бельского-Филатова-Коплика отмечаются у 30% больных. Пятнистая и пятнисто-папулезная сыпь появляется на 4-5 день, имеет слабую тенденцию к слиянию. Высыпания на нижних конечностях обычно необильная или отсутствует.

Среднетяжелая форма характеризуется симптомами общей интоксикации, лихорадкой до 39°С, катаральными явлениями верхних дыхательных путей и конъюнктивитом. У всех больных выявляются пятна Бельского-Филатова-Коплика. Период высыпания сопровождается высокой температурой, усилением катаральных явлений и интоксикацией. Сыпь обычно обильная, пятнисто-папулезная, сливается, локализуется на лице, туловище, конечностях и имеет этапный характер. При среднетяжелых формах могут быть осложнения со стороны бронхолегочной и нервной систем (2-3%).

Тяжелая форма кори характеризуется гипертермией до 40°С, поражением нервной системы с расстройством сознания, (могут быть судорожная готовность и судороги), адинамией. Катаральные явления выраженные, пятна Бельского-Филатова-Коплика встречаются у всех больных. Сыпь обильная, сливная, пятнисто-папулезная, иногда имеет геморрагический характер. Этапность высыпания сохраняется. Чаще, чем при других формах, наблюдаются осложнения со стороны ЦНС и бронхолегочной системы.

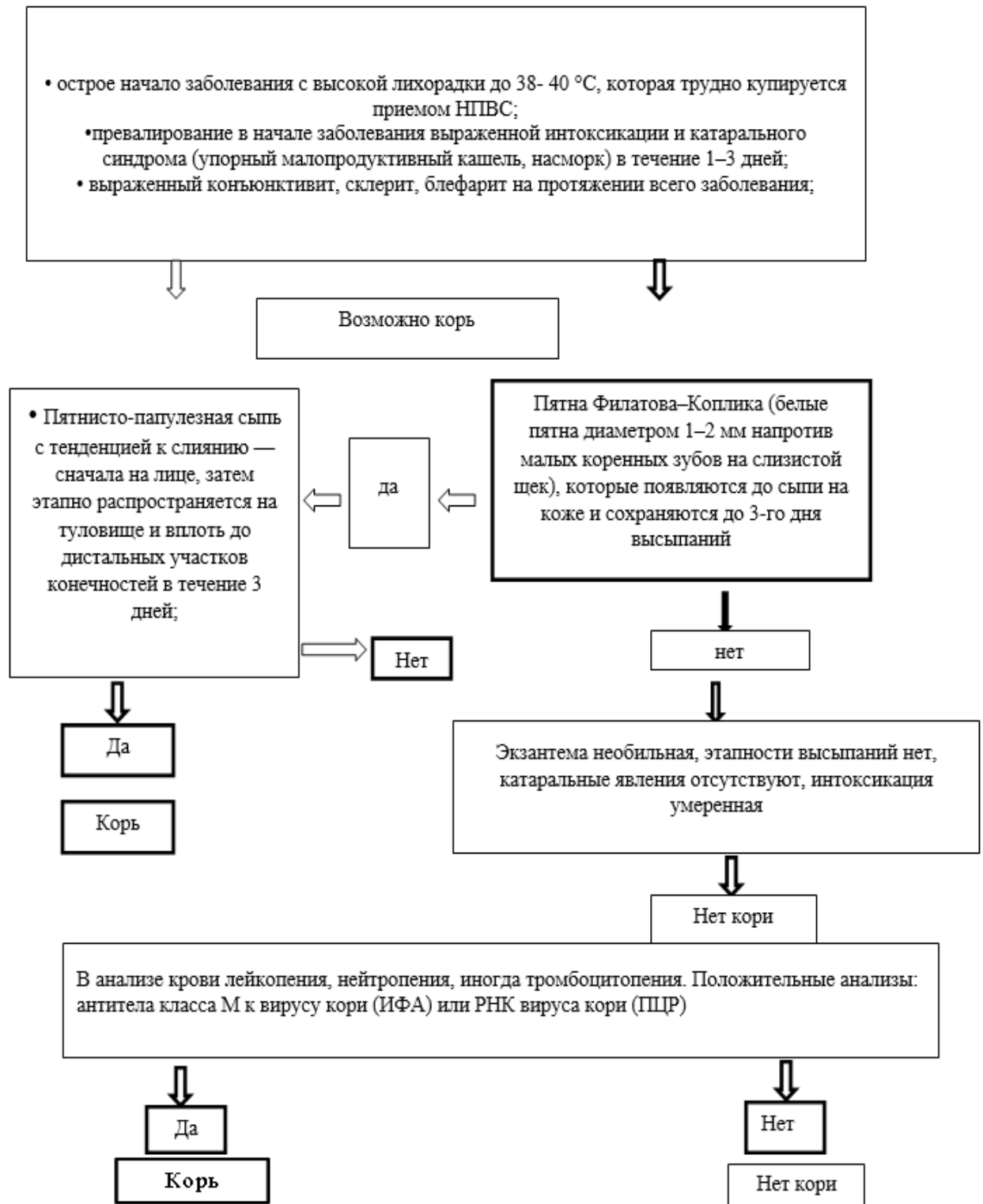
Осложнения:

- со стороны органов дыхания (пневмонии, ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, бронхоолиты, плевриты);
- пищеварительной системы (стоматиты, глубокие или обширные язвы в ротовой полости,

энтериты, колиты);

- нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, миелиты);
- органов зрения (конъюнктивиты, кератиты, блефариты, кератоконъюнктивиты);
- органов слуха (отиты, мастоидиты);
- мочевыделительной системы (циститы, пиелонефриты);
- кожи (пиодермия, абсцесс, флегмона).

Диагностический алгоритм



Лечение (скорая помощь)

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Диагностические мероприятия: не проводятся.

Медикаментозное лечение: при лихорадке свыше 38,5°С парацетамол 10- 15 мг/кг через рот или perrectum; [УД – А][11]

- при судорогах – диазепам 0,5% – 0,2- 0,5 мг/кг в/м или perrectum; [УД – А]

Госпитализация

Показания для плановой госпитализации:

- контактные дети из закрытых и других медицинских учреждений с 7 по 18 дни контакта (по эпидемиологическим показаниям).

Показания для экстренной госпитализации:

- у детей до 5 лет наличие общих признаков опасностей (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- тяжелые и среднетяжелые формы кори;
- корь с сопутствующими субкомпенсированными/ декомпенсированными хроническими заболеваниями;
- дети из закрытых медицинских учреждений.