

Морбили (брусница, дребна шарка)

На латински език: Morbilli.

На английски език: Morbilli, Measles.

Определение: Брусницата представлява остро инфекциозно заболяване с вирусна етиология. Протича с характерен макуло-папулозен обрив.

Етиология: Заболяването се причинява от РНК-вирус, принадлежащ към сем. Paramyxoviridae, род Morbillivirus. Вирусът на морбили е много неустойчив и бързо загива в околната среда.

Епидемиология: Най-често боледуват деца на възраст от 2 до 10 години. Кърмачета до 3 месеца не боледуват, защото получават антитела от майката, при положение, че тя е прекарала заболяването. Деца от 3 до 9 месечна възраст боледуват рядко. Източник на инфекцията е болният човек. Той е заразен 1-2 дни преди първите прояви на болестта до около 7 дни след това (или 4 дни след появата на обрива). Заразяването става по въздушно-капков път. Възприемчивостта е много голяма. Контагиозният индекс достига 96-100% при неимунизирани лица. Най-често заболяването възниква в края на зимата и през пролетта.

Патогенеза: Чрез секретите от горните дихателни пътища на болните при говор, кихане и кашлица вирусът попада върху орофарингеалната и назофарингеалната лигавица, както и върху конюнктивите на възприемчивия индивид. Вирусът прониква и се размножава в епителните клетки на респираторния тракт и конюнктивата. Оттам той достига до регионалните лимфни възли. Чрез кръвта се разсейва до лимфоидните клетки из цялото тяло – тонзили, паерови плаки, апендикс, лимфни възли, слезка, тимус и др.

Имуногенеза: След преболедуване от морбили се създава пожизнен имунитет.

Патоморфология: Установява се катарално възпаление на фаринкса, ларинкса, трахеята, бронхите. Може да се развие пневмония, менингити, менингоенцефалити.

Клинична картина: Инкубационният период е 10-14 дни. В края на този период настъпва т. нар. продромален стадий или наричан още катарален стадий. Този стадий продължава 3-4 дни. Протича с отпадналост, обща слабост, безапетитие. Температурата се повишава до 38-39 °C и се задържа постоянно висока. Болните имат обилна хрема, суха, лаеща кашлица, обилно сълзотечение с парене в очите, фотофобия. Конюнктивите са зачервени, клепачите са оточни. Специфични за морбили са т. нар. петна на Филатов-Коплик. Локализират се по лигавицата на бузите срещу кътниците. Представяват малки 1-2 mm бели петънца върху зачервена лигавица. Приличат на зрънца сол върху зачервена основа. Появяват се на втория или третия ден на катаралния стадий и бързо изчезват.

В края на катаралния стадий (на 3-ия или 4-ия ден) настъпва рязко понижаване на

температурата за около един ден, след което отново се повишава до 40 °С и се появява обрив. Започва обривния стадий на заболяването. Обривът е ситен, макуло-папулозен – розово-червени петна или леко надигнати пъпчици с размери 1-2 mm и избледняват при натиск. Имат склонност да се сливат и да образуват плаки. Обривът се появява най-напред зад ушите, като в първите 24 h обхваща лицето и шията. На втория ден обхваща горните крайници и трупа, а в следващите 1-2 дни – долните крайници. Дланите и ходилата не се засягат. Обривът се задържа 4-5-6 дни, след което започва да избледнява откъм най-напред обхванатите участъци на кожата. На мястото на обрива остават кафеникави петна. Те могат да се запазят продължително време. През целия обривен стадий е налице фебрилитет, обилна хрема, кихане, кашляне, сълзотечение, фотофобия, болки в гърлото, дрезгав глас. Лицето на болните има характерен вид: обрив по бузите, подути клепачи, сълзящи, зачервени очи. Понякога се увеличават шийните и ретроаурикуларните лимфни възли.

Реконвалесцентен стадий. Започва с нормализиране на температурата, изчезване на обрива, подобряване на общото състояние. Обикновено е къс.

Наблюдават се леки, средно тежки и тежки форми. В някои случаи заболяването протича атипично.

Лабораторни изследвания: Броят на левкоцитите е нормален или понижен, в ДКК има лимфоцитоза, а СУЕ е леко ускорена.

Усложнения: Най-честото усложнение е среден отит, особено при малки деца и при по-тежко протичане на болестта. Причинява се от бактериална суперинфекция. Много често са усложненията от страна на белите дробове: бронхолит, бронхопневмонии, пневмонии, плеврити. Пневмонията често започва като вирусна, но винаги се наслагва бактериална инфекция. По-редки усложнения са ендомиокардит, перикардит, преходен хепатит, пиелонефрити. Към края на обривния период се развиват усложнения от страна на нервната система – серозни менингити или енцефалити, невропатии тип Гийен-Баре.

Диагноза: Поставя се въз основа на данните за контакт с болен от морбили и на характерната клинична картина. Диагнозата се потвърждава чрез серологични тестове – РСК, ELISA. При морбилен енцефалит вирусът се доказва в ликвор чрез PCR.

Диференциална диагноза. В катарален стадий се прави с грип, парагрип, RS-виروзи и др. В обривния стадий с рубеола, варицела, скарлатина, инфекциозна мононуклеоза (особено при ампицилинова терапия – т. нар. “ампицилиново морбили”), алергични реакции и др.

Лечение: При леки и средно тежки форми лечението се провежда в дома. Болните с тежки и усложнени форми се хоспитализират. Препоръчва се течна-кашава диета, повече течности, витамини, антипиретици. Антибиотици се дават при настъпила вторична бактериална инфекция.

Прогноза: В повечето случаи прогнозата е благоприятна. Застрашаващи живота са усложненията от страна на белите дробове и ЦНС.

Профилактика: Активна имунизация. Провежда се с жива атенюирана ваксина.

Използва се моноваксина или тривалентна ваксина на морбили, паротит и рубеола.

Прилага се на деца на 13-месечна възраст, подкожно или мускулно. Реимунизация се прави на 12-годишна възраст.

Пасивна имунизация. Прилага се човешки имуноглобулин интрамускулно до третия ден от контакта с болен от морбили. Препоръчва се при контактни на морбили деца под 1 годишна възраст, при хронично болни и имунодефицитни лица, при бременни жени.

Болните се изолират в дома за 5 дни от появата на обрива, а при по-тежки форми за 10 дни.