

Как проявляется заболевание?

При типичных формах кори инкубационный период длится, в среднем, 10-12 дней (максимально – 21 день). Затем начинается продромальный период, который сопровождается повышением температуры (до 39-40°C), недомоганием, конъюнктивитом, насморком и трахеобронхитом. Характерными симптомами являются насморк и сухой кашель. Иногда возникают рвота, боли в животе и диарея. Пятна Филатова-Бельского-Коплика (мелкие беловатые папулы на слизистой оболочке щёк против вторых нижних моляров) появляются за 1-2 дня до начала высыпаний на коже и могут наблюдаться еще 1-2 дня после появления сыпи.

Пятнисто-папулезные высыпания обычно появляются на 4-7 день болезни и поэтапно распространяются с головы на конечности в течение 3-4 дней. Этапность сыпи является важным диагностическим признаком кори. В течение следующих 3-4 дней сыпь постепенно исчезает. Переход сыпи в пигментацию происходит поэтапно. Нередко после пигментации наблюдается отрубевидное шелушение, что также является характерным признаком кори.

Особенностью кори у детей первого года жизни является раннее и обширное вовлечение в инфекционный процесс внутренних органов (печени, селезенки) и большое число (более 55%) бактериальных осложнений (пневмония, гнойный конъюнктивит, инфекция мочевых путей и др.).

Отличительными особенностями кори у взрослых являются резко выраженная гипертермия и интоксикация при относительно слабом катаральном синдроме, позднее появление обильной сыпи с тенденцией к слиянию, значительная и длительно сохраняющаяся (до 3-4-го дня сыпи) энантема и пятна Филатова-Бельского-Коплика, преобладание (98,0%) тяжелых и среднетяжелых клинических форм. Течение заболевания более длительное.

При атипичных формах кори основные симптомы выражены слабо, стерто, некоторые симптомы могут отсутствовать. Иногда отсутствует катаральный период, не выражена этапность высыпаний.

Митигированная корь наблюдается у лиц, получивших в инкубационном периоде иммуноглобулин, и характеризуется более длительной инкубацией, легким течением, невысокой температурой, необильной мелкопятнистой экзантемой, отсутствием катаральных явлений, пятен Филатова-Бельского-Коплика и этапности высыпаний.

К атипичным формам кори относятся и тяжелые варианты клинического течения: гипертоксические, осложненные инфекционно-токсическим шоком; геморрагические, при которых, наряду с резкой интоксикацией, отмечаются множественные кровоизлияния в кожу и слизистые, а также кровь в моче.

Корь опасна своими *осложнениями*. Наиболее частым осложнением кори являются пневмонии, реже в качестве осложнений встречаются кератиты, иридоциклиты, увеиты, отиты, коревой круп, стоматиты, колиты, энцефаломиелиты, гнойничковые поражения кожи (фурункулез и др.). *У взрослых более частым осложнением, чем у детей,* является менингоэнцефалит, нередко оставляющий необратимые последствия со стороны центральной нервной системы. Летальные исходы от кори регистрируются с частотой 1 на 10 000 случаев. Риск серьезных осложнений и смерти наиболее высок у маленьких детей и взрослых. Наиболее грозным осложнением кори является подострый склерозирующий панэнцефалит (ПСПЭ), редкое дегенеративное заболевание центральной нервной системы, вызываемое персистенцией дефектного кореподобного вируса, которое развивается приблизительно через 7 лет после перенесенной кори с частотой 1 на 100 000 случаев этой инфекции. У больных появляются прогрессивные изменения личности, миоклонические судороги и двигательные расстройства, приводящие к коме и смерти. ПСПЭ чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

После перенесенного заболевания развивается пожизненная невосприимчивость (иммунитет) к последующему заражению.