

Грижевская А.Н.

Дифференциальная
диагностика инфекционных
экзантем у детей

ВИТЕБСК, 2003

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра инфекционных болезней

**«Дифференциальная диагностика
инфекционных экзантем
у детей»**

**(учебно-методические рекомендации для студентов
и врачей – стажёров)**



Витебск, 2003

616.511-053.2

Г83

Разработаны и подготовлены к изданию:

доцентом кафедры инфекционных болезней, к.м.н. А. Н. Грижевской.

Методические рекомендации обсуждены на заседании кафедры инфекционных болезней и по специальностям инфекционных болезней (протокол заседания №6 от «17» февраля 2003 г.) и профильном по микробиологии, иммунологии и инфекционным болезням «27» марта 2003 г., протокол №2.

Рецензент – доцент кафедры инфекционных болезней, к.м.н. Т.И. Дмитраченко.

Одобрены и рекомендованы к изданию центральным учебно-методическим Советом непрерывного медицинского и фармацевтического образования Витебского Государственного медицинского университета (протокол № 4 от «21» апреля 2003 г.).

Введение

Появление высыпных элементов на коже у ребенка может быть симптомом как инфекционного, так и неинфекционного заболевания. В последние годы отмечается бурный рост аллергических и токсико-аллергических поражений кожи у детей, что требует от врачей четких знаний о данной патологии. С другой стороны, диагностика инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемой, представляет значительные трудности из-за наличия ряда общих клинических проявлений, сходства морфологии и локализации высыпаний. Проведенный нами анализ клинической диагностики заболеваний с экзантемой показал, что предварительный диагноз на поликлиническом этапе в 61% случаев не совпадает с заключительным диагнозом, выставленным в стационаре (по данным Витебской областной инфекционной больницы).

В связи с этим проведение дифференциальной диагностики экзантем приобретает особую актуальность, причем важно уметь разграничить не только инфекционные и неинфекционные экзантемы, но и отдельные нозологические формы самих инфекционных заболеваний по характеру сыпи.

I. Основные особенности кожи в детском возрасте

Кожа является многофункциональным органом организма человека.

Она обеспечивает взаимодействие с окружающей средой через функцию защиты, дыхания, терморегуляции. К особенностям кожных покровов у детей относятся:

1. легкая ранимость, особенно в периоде новорожденности, в связи с тонкостью рогового слоя, недоразвитием базальной мембраны;
2. высокая интенсивность кожного дыхания (в 8 раз выше, чем у взрослых);
3. несовершенство терморегуляции, что связано с обильной васкуляризацией;
4. повышенная резорбционная функция кожи, также связанная с обильной васкуляризацией;
5. недостаточность функции потовых желез до 3-4 мес. жизни, апокринные железы начинают функционировать с 8-10 лет;
6. гидрофильность и слабая теплопроводность.

II. Дифференциальная диагностика экзантем инфекционного и аллергического генеза.

Наибольший интерес и наибольшие трудности у клиницистов вызывает дифференциальная диагностика инфекционных и аллергических сыпей. Настоящей опорой в разграничении этих экзантем может быть только адекватная трактовка всей клинической картины заболевания. Острое появление у больного сыпи требует прежде всего исключения инфекционного заболевания. Инфекционный характер экзантем подтверждается наличием у больного ряда признаков общих для всех инфекционных заболеваний:

1. Температурная реакция и общие симптомы интоксикации (нарушение самочувствия, снижение аппетита, головная боль и др.)
2. Определенная цикличность течения, свойственная инфекционной болезни, обусловившей появление экзантемы.

Выделяют несколько периодов:

а/ продромальный, или начальный; б/ высыпания; в/ угасание сыпи; г/ выздоровления.

3. Наличие других симптомов или синдромов поражения организма, свойственных той или иной нозологической форме.

4. Высокая контагиозность, что приводит к возникновению аналогичных заболеваний у окружающих лиц.

С целью дифференциальной диагностики аллергической и инфекционной экзантемы нами предложен следующий алгоритм (табл. 1).

III. Общая характеристика экзантем при инфекционных заболеваниях

Высыпания на коже при инфекционных заболеваниях возникают в результате очаговой реакции кожи на воздействие самого возбудителя или его токсических продуктов, а также вследствие нервно-рефлекторных влияний. Поражение кожи может ограничиваться в некоторых случаях лишь расширением сосудов и повышением их проницаемости, либо быть вызвано глубокими нарушениями трофики тканей, деструкцией тех или иных отделов кожи.

Экзантемы делятся на первичные и вторичные. Первичными называют такие элементы, которые возникают на неизменной коже. Вторичные образуются из первичных при дальнейшем их развитии. К первичным относятся: розеола, пятно, эритема, геморрагии, папула, бугорок, пузырек, пузырь, пустула, волдырь; к вторичным – корка, пигментация, язва, рубец.

Розеола, или пятнышко – элемент бледно-розового, красного, пурпурно-красного, пурпурного цвета, размером от 2 до 5 мм, округлой или неправильной формы, края четкие или размытые, над уровнем кожи не выступает, при растягивании кожи исчезает и появляется вновь после его прекращения. Ро-

Экзантема

Появление сыпи на фоне повышения температуры тела и общих симптомов интоксикации	Анамнез	Появление сыпи после приема лекарства или пищевого продукта, отягощенный аллергоанамнез
Удается проследить	Контагиозность	Не определяется
Удается проследить	Цикличность	Не определяется
Чаще монормфные	Характер элементов	Полиморфные, характерен экссудативный компонент, быстро меняют форму и размеры
В некоторых случаях	Наличие зуда	Всегда, выраженный
Определяется	Регионарный лимфоаденит	Не определяется
Чаще определяется характерная локализация	Локализация сыпи	Нет излюбленной локализации
Есть	Симптомы поражения других органов	Нет
Изменения лейкоцитарной формулы	Кровь	Эозинофилия
Инфекционная	Вид экзантем	Аллергическая

зеолы возникают вследствие расширения сосудов сосочкового слоя кожи. Розеола размером около 1мм обозначают как мелкоточечную сыпь.

Пятно – элемент того же цвета, что и розеола, размером от 5 до 20мм, не выступает над уровнем кожи, чаще неправильной формы. Пятно также образуется в результате расширения сосудов сосочкового слоя кожи, и также исчезает при растягивании кожи или давлении на нее и вновь появляется после прекращения этих действий. При размерах пятен от 5 до 10мм сыпь обозначается как мелкопятнистая, от 10 до 20мм – как крупнопятнистая.

Эритема – обширные участки гиперемии кожи, образуются чаще всего путем слияния крупнопятнистых элементов сыпи или возникают с самого начала появления сыпи.

Геморрагии – элементы различной величины и формы, не исчезающие при растягивании кожи. Возникают вследствие выхода эритроцитов из кровеносного русла в окружающие ткани при повреждении сосудистой стенки или повышении ее проницаемости. Цвет геморрагии вначале красный, пурпурный или фиолетовый, затем по мере рассасывания кровоизлияния становится желто-зеленым и, наконец, желтым, что связано с превращением образовавшегося при распаде эритроцитов гемосидерина. Геморрагии могут быть в виде точечных кровоизлияний размером от 2 до 5мм (петехии), элементов до 1-2см (пурпура) и более 2см в диаметре (экхимозы).

Папула – мягкий плоский узелок, возникающий в результате расширения сосудов и образования клеточного инфильтрата в верхних слоях дермы или вследствие разрастания эпидермиса; папулы возвышаются над уровнем кожи, что обычно хорошо определяется на ощупь, имеют плоскую или куполообразную поверхность, размер их от 1 до 20 мм, форма и окраска такие же как у розеол и пятен, часто оставляют после себя пигментацию и шелушение кожи.

Бугорок – бесполой элемент, возникающий в результате образования в глубоких слоях дермы гранулемы воспалительного характера, клинически сходен с папулой, отличие в том, что при ощупывании бугорка всегда отчетливо определяется плотноватый инфильтрат в коже, кроме этого в отличие от папул бугорки при обратном развитии подвергаются некрозу, оставляя после себя рубец или рубцовую атрофию кожи.

Узел – ограниченное, глубоко уходящее в глубь кожи уплотнение, образующееся вследствие развития клеточного инфильтрата в подкожной клетчатке и в дерме, часто выступает над уровнем кожи, имеет размер от 6 до 10мм и более, болезненный при пальпации, темно-красного цвета, часто с синюшным оттенком. Сыпь подобного характера получила название узловатой эритемы.

Волдырь – бесполой элемент, возникает в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя кожи, быстро появляется и так же быстро исчезает, обычно не оставляя после себя никакого следа; возвышается над

уровнем кожи, имеет округлую или овальную форму, размер от нескольких миллиметров до 20 см и больше; цвет бледно-розовый или светло-красный; часто сопровождается зудом, при резком сдавлении сосудов отечной жидкостью волдыри могут быть белого цвета. Более типичен для аллергических реакций.

Пузырек (везикула) – полостной элемент, развивающийся в толще эпидермиса под роговым слоем, в середине или на границе с дермой; размер до 5 мм, заполнен серозным или кровянистым экссудатом. Содержимое пузырька обычно высыхает в прозрачную или бурого цвета корочку.

Пузырь – образование, аналогичное пузырьку, имеющее размеры до 10-15 мм и более.

Пустула – полостное образование, заполненное гнойным содержимым, чаще формируется при вторичном инфицировании содержимого везикулы, иногда пустулы образуются первично на неизменной коже.

Чешуйка – образуется на месте исчезнувшей сыпи в результате отторжения роговых пластинок или десквамации, которая в норме происходит незаметно; в зависимости от величины чешуек различают: 1) отрубевидное шелушение, когда кожа покрыта мельчайшими чешуйками и становится как бы припудрена мукой; 2) мелкопластинчатое шелушение, если размер чешуек от 1 до 5 мм; 3) крупнопластинчатое шелушение – чешуйки размером более 5 мм. Цвет чешуек бледно-серый или бледно-желтый.

Пигментация возникает на месте исчезнувших первичных экзантем вследствие повышенного образования меланина или в результате распада гемоглобина эритроцитов, попавших в кожу через порозную стенку сосудов. Пигментные пятна имеют обычно бурый цвет.

Корка – продукт высыхания экссудата пузырьков или пустул. В зависимости от состава экссудата корки могут быть серозные (полупрозрачные или серого цвета), гнойные (желтого или оранжево-желтого цвета) и кровянистые (темно-красные, бурые).

Эрозия – дефект кожи в пределах эпидермиса или частично сосочкового слоя кожи, образуются на месте вскрытых пузырьков, пузырей; ярко-красного цвета с серозным отделяемым.

Язва – глубокий дефект кожи, поражающий эпидермис, дерму, нередко и нижележащие ткани; образуется при вскрытии обширных пустул, трофических нарушениях; заживает с образованием рубцов.

Рубец – разрастание грубоволокнистой соединительной ткани на месте дефектов кожи.

IV Правила описания экзантем.

При описании сыпи в истории болезни необходимо четко указать время и последовательность появления элементов, оценить интенсивность сыпи (количество элементов), излюбленную локализацию, характер элементов (размер, форму, окраску), их дальнейший метаморфоз и сроки исчезновения, а также фон кожи, на котором выявлена сыпь.

Последовательность появления сыпи: отмечают части тела, где появились первые элементы сыпи, и как быстро шло их дальнейшее распространение. Об одномоментном высыпании говорят в том случае, если распространение сыпи происходит в течение одних суток, при постепенном или этапном высыпании сыпь распространяется по телу в течение нескольких дней. Иногда высыпание может происходить толчкообразно, с беспорядочным появлением свежих элементов в течение нескольких дней.

Локализация сыпи: указываются части тела, где имеется сыпь, при обильном высыпании обязательно отмечают места преимущественного распространения сыпи.

Количество сыпи: различают три особенности количества сыпи:

- 1) единичные элементы – при описании точно указывается их число;
- 2) сыпь необильная – быстро сосчитывается количество элементов при осмотре;
- 3) сыпь обильная – множественная, не сосчитывается.

Размер элементов сыпи: указывается в линейных единицах по наиболее развитым и преобладающим по своему количеству элементам. Недопустимо описание размеров сыпи путем сравнения с различными монетами, зернами и др.

Форма элементов может быть круглая, овальная, неправильная, звездчатая, края – четкие, нечеткие (размытые).

Цвет сыпи: на практике описание различных экзантем используются в основном три насыщенных спектральных цвета (красный, оранжевый, желтый), один смешанный (пурпурный) и три промежуточных (красно-оранжевый, оранжево-желтый и пурпурно-красный). Каждый из перечисленных цветов имеет три светлых оттенка (очень бледный, бледный и светлый) и три темных (темноватый, темный, черноватый).

Пример описания сыпи в истории болезни больного скарлатиной: «Сыпь появилась вчера вечером на коже шеи, за ушами, на лице, распространялась одномоментно. При осмотре определяется обильная мелкоточечная сыпь на всем теле, исключая носогубный треугольник, расположена на гиперемированном фоне кожи, с преимущественным распространением в области естественных складок, боковых поверхностей живота, паховой области, необильная петехиальная сыпь в области локтевых сгибов.

V Характеристика экзантем при различных инфекционных заболеваниях

Корь. Период высыпаний начинается на 4-5-й день болезни и характеризуется появлением сыпи на фоне максимально выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений. Сыпь вначале появляется в виде бледно-розовых пятен на шее, за ушами, на щеках. В течение 24 часов она быстро распространяется на все лицо, руки и верхнюю часть грудной клетки. Экзантема приобретает пятнисто-папулезный характер, ярко-розовую окраску и имеет тенденцию к слиянию. В течение следующих 24 часов сыпь распространяется на спину, живот, проксимальные отделы конечностей. На 3-й день она появляется на дистальных отделах конечностей и в это же время начинает бледнеть на лице. Так проявляется этапность высыпаний при кори. После сыпи на коже остаются пигментные пятна, которые сохраняются в течение 1-1,5 недель. Кроме пигментации, на месте сыпи определяется отрубевидное шелушение.

Митигированная корь развивается у детей, получивших в инкубационном периоде иммунный глобулин или препараты крови. Экзантема появляется на 2-3 день, она необильная, этапность ее появления нарушена, нет склонности к слиянию, пигментация выражена слабо и она кратковременная.

Краснуха. Сыпь появляется одновременно на разных участках тела на 1-2 день заболевания, преимущественная локализация сыпи – лицо, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы. Экзантема мелкопятнистая, размером 2-4 мм в диаметре, в первые сутки достаточно яркая, отдельные элементы могут сливаться (напоминает корь). Со второго дня сыпь бледнеет, может приобретать точечный вид (напоминает скарлатину). Исчезает через 2-3 дня, не оставляя пигментации и шелушения.

Скарлатина. Экзантема появляется одномоментно в первые 2 дня болезни, по характеру она мелкоточечная, расположена на гиперемизированном фоне, сгущаясь в местах естественных складок, на боковых поверхностях туловища. Наиболее густо сыпь располагается на лице в области щек, оставляя резко бледный носогубный треугольник. Иногда в местах естественных складок и местах, подвергающихся трению, образуются мелкие петехиальные элементы (симптом Пастиа). Могут появляться мелкие пузырьки, наполненные прозрачной или мутноватой жидкостью (милиарная сыпь). При тяжелых формах скарлатины сыпь может приобретать пятнисто-папулезный или геморрагический характер. Экзантема держится 3-7 дней, а затем исчезает, не оставляя пигментацию. После ее исчезновения наблюдается шелушение кожи от мелкого отрубевидного в области шеи, мочек ушей до крупнопластинчатого на ладонях, пальцах рук и ног.

Вид экзантемы	Мелкоточечная		Везикулёзная	
	1-2-й день заболевания	2-4-й день заболевания	1-2-й день заболевания	3-4-й день заболевания
Порядок высыпания	Одномоментное	Одномоментное	Одномоментное	Одномоментное
Тип локализации	По всему телу, исключая носогубный треугольник, сгущение в естественных складках	В области суставов, сгибательные поверхности конечностей, симптомы «перчаток» и «носков»	По всему телу, включая волосистую часть головы, не склонные к слиянию	По ходу чувствительных нервных стволов, чаще межреберных и тройничного нервов, склонны к слиянию
Порядок исчезновения сыпи	Исчезает через 4-5 дней, с 9-го дня – крупнопластинчатое шелушение на стопах и ладонях	Исчезает через 2-3 дней, на 7-12 день – крупнопластинчатое шелушение на стопах и ладонях	Исчезает бесследно	Легкая пигментация
Другие симптомы заболевания	Синдром ангины, «малиновый» язык, стойкий белый дермографизм, симптом Пастиа	Катаральные явления, артриты, «малиновый» язык, гепатоспленомегалия, боли в животе	Нет характерных симптомов	Выраженный болевой синдром по ходу пораженных нервов
Диагноз	Скарлатина	Псевдотуберкулез	Ветряная оспа	Опоясывающий герпес

Приложение. Таблица 2

Энантема

Геморрагическая		Пятнисто-папулёзная	
1-2-й день заболевания	3-4-й день заболевания	1-2-й день заболевания	3-4-й день заболевания
Одномоментное	Одномоментное	Одномоментное	Этапное
Ягодицы, бедра, голени	Подмышечные впадины, грудь, шея, лицо	По всему телу, элементы не склонны к слиянию	По всему телу, элементы склонны к слиянию
Пигментация, некрозы	Исчезает бесследно, либо пигментация	Исчезает бесследно через 3-4 дня	К 9-10 дню заболевания переходит в пигментацию
Назофарингит, менингит, острая надпочечниковая недостаточность	Острая почечная недостаточность, геморрагическая энантема, кровоизлияние в склеру	Увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов, легкие катаральные явления	Энантема на слизистой полости рта – пятна Бельского – Филатого – Коплика, катаральные явления, конъюнктивит
Менингококкемия	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	Краснуха	Корь

Рожа. Излюбленная локализация рожи у детей – на лице и голени. На пораженном участке кожи появляется яркая гиперемия в виде пятна, которое быстро увеличивается в размерах. Эритема обычно возвышается над уровнем кожи, окружена валиком с фестончатыми краями, которые ограничивают воспаление от неизмененных участков кожи. Пораженные участки плотные, резко болезненные. Иногда воспаление приобретает буллезную форму, при которой на месте рожистого воспаления образуются пузыри, наполненные серозно-желтоватым содержимым. Изменения на коже могут быстро прогрессировать, образуя выступы в виде «языков пламени» и зубцов (ползучая форма). Местные изменения держатся от 5 до 15 дней, после чего длительно сохраняется пастозность тканей.

У новорожденных детей рожа обычно начинается в области пупка или наружных половых органов и промежности. Эритема выражена слабее, чем у детей старшего возраста. Инфильтрация кожи и подкожной клетчатки интенсивная, что может приводить к некротизации и абсцедированию. Края зоны воспаления неровные, однако отграничивающего валика нет. Также возможно образование пузырей.

Менингококкемия. Для этой генерализованной формы менингококковой инфекции характерно появление геморрагической экзантемы в первые сутки заболевания. Элементы неправильной звездчатой формы, плотные на ощупь, выступают над уровнем кожи и не исчезают при растягивании окружающих тканей. Размеры различны: от мелкоточечных петехий до обширных кровоизлияний. Геморрагическая сыпь может сочетаться с розеолезной. Излюбленная локализация экзантемы - ягодицы, бедра, голени. Распространение сыпи на туловище, руки, лицо указывает на развитие крайне тяжелой формы заболевания. Редко элементы сыпи напоминают узловатую эритему. Обратное развитие сыпи зависит от ее характера и обширности поражения. Через 1-2 дня от начала лечения исчезают розеолезные и мелкие геморрагические элементы, крупные геморрагии часто дают некрозы с последующим их отторжением, после чего формируются рубцы.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. У больных отмечается одутловатость и гиперемия лица. С 3-4 дня от начала заболевания появляется петехиальная сыпь на коже подмышечных впадин, груди, иногда на лице и шее, могут быть и крупные геморрагии.

Иерсиниоз. При этом заболевании весьма часто на 2-3 день болезни отмечается появление полиморфной сыпи (мелкоточечной, пятнисто-папулезной, геморрагической, иногда по типу крапивницы), локализующейся вокруг суставов, на кистях рук и на тыльной поверхности стоп (симптомы перчаток», «носков»). Тяжелая форма иерсиниоза сопровождается появлением экзантемы на туловище, конечностях, которая усиливается в области суставов, кистях рук и на стопах.

Псевдотуберкулез. Примерно у половины больных с первого дня заболевания появляется мелкоточечная или мелкая пятнисто-папулезная сыпь на гиперемизированном фоне кожи. Обычно экзантема локализуется внизу живота, в подмышечной области и на боковых поверхностях туловища, местами сгущается и приобретает синюшный оттенок на шее, лице, кистях рук и стоп (симптомы «капошона», «перчаток», «носков»). Иногда сыпь имеет крупнопятнистый, геморрагический характер, может быть по типу крапивницы или узловатой эритемы, сопровождающейся зудом. Сыпь держится в течение 3-7 дней, после ее исчезновения наблюдается отрубевидное шелушение на шее, туловище, крупнопластинчатое – на пальцах рук и ног.

Инфекция вирусом простого герпеса 1-2 типов. Наиболее частая локализация – кожа и слизистые оболочки носа, губ, половых органов. Высыпания носят везикулезный характер. За несколько часов до появления сыпи в зоне высыпания появляются кожная гиперестезия, жжение, зуд. Пузырьки тонкостенные мелкие с прозрачным содержимым. Чаше они располагаются небольшими группами, окружены зоной гиперемии. В течение 3-4 дней содержимое пузырьков мутнеет, они подсыхают, некоторые элементы вскрываются, на их месте образуются поверхностные эрозии, затем корочки.

Ветряная оспа. Экзантема появляется с первого дня заболевания. Вначале она имеет вид пятна, через несколько часов пятно превращается в папулу, которая еще через несколько часов превращается в везикулу. Пузырьки мелкие, однокамерные, 0,2-0,5 см в диаметре, расположены на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, заполнены прозрачным содержимым. На вторые сутки их содержимое мутнеет, через 1-2 дня пузырек подсыхает и превращается в корочку, отпадающую через 1-3 недели. Рубец не образуется, может оставаться после отпадения корочки пигментированное или депигментированное пятно. Высыпания локализуются на лице, волосистой части головы, на туловище, конечностях. Отмечается тенденция к преимущественной локализации в местах наибольшего раздражения кожи и давления на нее. На ладонях и подошвах экзантема обычно отсутствует. Сыпь сопровождается легким зудом. Некоторые элементы при присоединении бактериальной флоры превращаются в пустулы, в этих случаях после отпадения корочки формируется рубчик.

Высыпание происходит не одновременно, а толчкообразно в течение 3-4 дней. В результате этого на одном и том же участке кожи располагаются элементы, находящиеся на разных стадиях развития: пятна, папулы, везикулы, корочки (симптом ложного полиморфизма).

Опоясывающий герпес. Высыпания расположены по ходу связанных с пораженным ганглием нервных стволов. В зоне соответствующей чувствительной иннервации появляются выраженные приступообразные боли, покраснение кожи, ощущение жжения и зуда. К концу первых – началу вторых

суток на пораженном участке кожи образуются группы тесно расположенных пузырьков величиной 0,3-0,5 см, наполненных прозрачным содержимым. Элементы сыпи имеют склонность к слиянию. Через несколько дней содержимое пузырьков становится мутным, эритематозный фон бледнеет. К концу первой – началу второй недели пузырьки подсыхают, образуются корочки, которые затем отпадают, оставляя легкую пигментацию. Новые высыпания появляются в течение 2-4 дней. Весь цикл изменений занимает 5-10 дней. Чаще всего поражаются участки кожи, иннервируемые межреберными и тройничными нервами. Характерно одностороннее поражение.

Инфекционный мононуклеоз. Экзантема развивается у 3-15% больных, преимущественно раннего возраста. Сыпь появляется на 3-5 день заболевания, имеет пятнисто-папулезный, мелкоточечный, розеолезный или петехиальный характер. Она может быть очень обильной, иметь нечеткую этапность распространения, сопровождается зудом. Экзантема сохраняется 2-3 дня, редко дольше, исчезает бесследно, но иногда может оставаться пигментация. Чаще сыпь возникает при использовании в лечении больного ампициллина.

Инфекция вирусом герпеса 6 типа («внезапная экзантема»). Заболевание обычно развивается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. На 4-5 день болезни на фоне литического снижения температуры тела появляется пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь бледно-розового цвета, размерами до 2-5 мм, некоторые элементы окружены белым венчиком. Элементы возникают вначале на спине, ягодицах, затем на груди, животе, разгибательных поверхностях конечностей. На лице сыпь наблюдается редко. Исчезают элементы бесследно через 2-3 дня.

Парвовирусная В-19 инфекция (пятая болезнь). Чаще болеют дети школьного возраста. С первого дня заболевания на щеках больного появляются яркие плотные сливающиеся эритематозно-папулезные элементы, придающие лицу «пылающий вид» элементы. Через день или позже пятнисто-папулезные элементы образуются на туловище и конечностях. Ладони и стопы поражаются редко. За счет слияния отдельных элементов нередко возникает картина «сети» или «кружева», считающаяся типичным признаком заболевания. Сыпь сохраняется около недели, она может то бледнеть, то вновь возникать на том же месте.

Энтеровирусная инфекция. У детей раннего возраста экзантема является основным признаком заболевания. Сыпь появляется на фоне снижения температуры тела. Характер высыпаний чрезвычайно разнообразен: может быть пятнистая, пятнисто-папулезная, розеолезная, везикулезная, геморрагическая экзантема. Пятнистые элементы напоминают сыпь при краснухе, чаще располагаются на разгибательных поверхностях конечностей, спине. Появляются на 1-2 день заболевания, исчезают бесследно через несколько часов или дней. Пятнисто-папулезные элементы напоминают корь, склонны к сли-

янию, образуя на туловище крупные эритематозные поля. Везикулезная сыпь характерна для так называемого «синдрома кожи, рук, стоп и слизистой оболочки». При этом синдроме появляются тонкостенные везикулы на инфильтрированном основании. Они локализуются на дистальных отделах конечностей, особенно на ладонях и стопах, могут сочетаться с пятнисто-папулезной сыпью на ягодицах и спине. Геморрагические элементы обычно мелкие, располагаются на шее и груди, всегда сочетаются с высыпаниями другого характера.

Болезнь Лайма. На месте укуса клеща через 2-32 дня возникает красное пятно или папула, появляется ощущение жжения и зуда. Гиперемия постепенно увеличивается до 1-10 см и более. Зона поражения горячая на ощупь. В центре поражения нередко имеется наиболее яркий участок инфильтрации, иногда возникает везикула или некроз. Наружные границы гиперемии несколько возвышаются над уровнем здоровой кожи, края фестончатые. Постепенно центральная часть эритемы бледнеет и она приобретает кольцевидный вид. В окружности первичного очага может быть несколько таких кольцевидных эритем. Обычно изменения держатся длительно, до нескольких месяцев, иногда несколько недель или часов. После исчезновения эритемы наблюдается небольшое шелушение, на месте укуса остается рубчик. У части больных на различных участках тела появляются «дочерние эритемы», они меньше по размеру и не имеют в центре следов укуса клеща.

Экзантемы при стафилококковой инфекции. Выделяют 2 формы стафилококковых экзантем: стафилококковый ожогоподобный синдром и стафилококковый скарлатиноподобный синдром. Первая форма развивается чаще у новорожденных (эксфолиативный дерматит Риттера) и детей первых 5 лет жизни. При этом на отдельных участках кожи появляются крупные вялые пузыри, заполненные серозной или геморрагической жидкостью. Затем пузыри вскрываются, формируя обширные эрозии. Кожа в местах поражения инфильтрирована, темно-багрового цвета, напоминает обожженную. Наряду с такими высыпаниями на других участках может наблюдаться скарлатиноподобная экзантема. Характерен положительный симптом Никольского.

Вторая форма чаще развивается у детей старшего возраста с уже имеющейся очаговой стафилококковой инфекцией (фурункул, флегмона и др.). На высоте клинических симптомов, реже на спаде появляется скарлатиноподобная сыпь, вначале вокруг очага поражения, а затем быстро распространяется по всему телу. Элементы стафилококковой экзантемы несколько крупнее, чем при скарлатине, обычно располагаются на неизменном фоне кожи, сгущение по ходу естественных складок встречается реже. Через 5-7 дней сыпь исчезает, оставляя после себя крупнопластинчатое шелушение, даже на туловище.

В таблице 2 представлены дифференциальные критерии наиболее часто встречающихся у детей инфекционных экзантем.

Список литературы

- 1) Инфекционные болезни у детей / Под ред. проф. В.Н. Тимченко, проф. Л.В. Быстрыковой. С-П., 2001.
 - 2) Козин В.М. Дерматология (учебное пособие). Мн., 1999.
 - 3) Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М.: Мед., 1985.
 - 4) Новикова В.И. Курс лекций по педиатрии: Учебное пособие. Витебск, ВГМУ. 2002.
 - 5) Рахманов А.Г., Неверов В.А., Пригожина В.К. Инфекционные болезни у детей. С-П., 2001.
 - 6) Справочник неонатолога / Под ред. проф. В.А.Таболкина, проф. Н.П. Шабалова. Л., 1984.
 - 7) Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии (пер. с нем.). Т.2. М., 1998.
 - 8) Шлосберг Д, Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. С-П., 1999.
- Шувалова Е.П., Змушко Е.И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. С-П., 2001.

Оглавление

Введение.....	1
Основные особенности кожи в детском возрасте.....	1
Дифференциальная диагностика экзантем инфекционного и аллергического генеза.....	2
Общая характеристика экзантем при инфекционных заболеваниях.....	2
Правила описания экзантем.....	6
Характеристика экзантем при различных инфекционных заболеваниях...	7
Список литературы.....	14

Библиотека ВГМУ



**Дифференциальная диагностика инфекционных экзантем у детей
Методические рекомендации**

Подписано в печать *20.05.03* г. Формат 60x84 1/16
Бумага типографская №2. Компьютерный набор. Усл. печ. листов 1,0
Заказ № *2357* Тираж *100* экз.

Издательство Витебского государственного медицинского университета.
210602, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27. Лицензия ЛВ №91 от 422.12.97 г.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете
210602, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27. Лицензия ЛП №326 от 05.01.99 г.