

# Дифференциальная диагностика инфекционных экзантем у детей

**Подготовили:** Кучеренко Н.П., Голосной Э.В., Коваленко Т.И.,  
Гончарова Л.А.



- **Экзантемы** (высыпания на коже) и **энантемы** (сыпь на слизистых) обычно возникают при многих инфекционных и неинфекционных болезнях. Практический врач должен уметь правильно оценить выявленные симптомы болезни, сориентироваться в эпидемиологической ситуации, оказать первую помощь. Он обязан знать и уметь применять на практике современные методы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения конкретных больных с экзантемами.

# При выявлении сыпи необходимо:

- определить срок ее появления (день болезни);
- оценить интенсивность сыпи (количество элементов);
- ее излюбленную локализацию;
- порядок высыпания (одномоментное появление, этапное, «подсыпание» элементов);
- характер высыпных элементов;
- их дальнейших метаморфоз и сроки исчезновения;
- фон кожи, на котором выявлена сыпь.

## Морфологические элементы сыпи условно делятся на первичные и вторичные

- **Первичные элементы сыпи** – это те, которые возникают на не изменённой коже.
- К первичным элементам относятся: пятно, папула, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок.
- Первичные элементы, в свою очередь, разделяются
- на полостные, заполненные серозным, геморрагическим или гнойным содержимым (пузырек, пузырь, гнойничок),
- бесполостные (пятно, папула, узел, волдырь, бугорок).

- **Вторичные высыпания** образуются при дальнейшем развитии первичных элементов.
- к вторичным элементам относятся: чешуйка, гиперпигментация, депигментация, корка, язва, эрозия, рубец, лихенификация, атрофия).

# Дифференциальная диагностика

Признак	Скарлатина	Корь	Краснуха	Менингококцемия
Начальные симптомы	Лихорадка, интоксикация, синдром острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом	Катаральные явления и интоксикация, усиливающиеся в течение 2—4 дней	Сыпь, незначительные катаральные явления	Лихорадка, интоксикация, возникающие остро, часто бурно
Время появления сыпи	1—2-е сутки	На 4—5-й день болезни	1-й день болезни (очень редко — 2-й)	Первые часы болезни
Морфология сыпи	Мелкоточечная	Пятнисто-папулезная	Мелкопятнистая	Пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением

<b>Признак</b>	<b>Скарлатина</b>	<b>Корь</b>	<b>Краснуха</b>	<b>Менингококцемия</b>
<b>Размеры сыпи</b>	До 2 мм	Средней величины и крупная (более крупная на 2—3-й день высыпания, сливная)	Мелкая, реже — средней величины	От мелких пятен до обширных экхимозов
<b>Порядок высыпания</b>	Одновременное по всему телу	Этапно, начиная с лица в течение 3—4 дней	Одновременное, в течение 1 дня	Постепенное, с быстрой ( в течение часов) динамикой элементов сыпи
<b>Локализация сыпи</b>	Сгибательная поверхность конечностей, боковая поверхность туловища, места естественных складок	В зависимости от дня высыпания (1-й день — на лице, 2-й — на лице и туловище, 3-й — на лице, туловище и конечностях)	По всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах, лице	Ягодицы, нижние конечности, реже — руки, лицо
<b>Яркость сыпи</b>	Яркая	Яркая или очень яркая	Бледно-розовая	Очень яркая, иногда с синюшным оттенком
<b>Фон кожи</b>	Гиперемирован	Не изменен	Не изменен	Не изменен

<b>Признак</b>	<b>Скарлатина</b>	<b>Корь</b>	<b>Краснуха</b>	<b>Менингококцемия</b>
<b>Обратное развитие сыпи</b>	Исчезает бесследно. Шелушение (крупнопластинчатое, отрубевидное)	Сыпь крупно-пятнистая, яркая, переходит в пигментацию, начиная с лица	Исчезает бесследно через 3—4 дня	Некрозы на месте значительных поражений
<b>Катаральные явления</b>	Отсутствуют	Выраженные в течение 5—6 дней	Слабые или незначительные, кратковременные (1—2 дня)	Отсутствуют
<b>Изменения слизистых оболочек полости рта</b>	Отграниченная гиперемия мягкого неба	Гиперемированные, разрыхленные; пятнистая энантема на мягком небе; пятна Бельского—Филатова—Коплика	Чистые, иногда единичные элементы мелкопятнистой энантемы	Чистые, может быть гиперемия задней стенки глотки
<b>Интоксикация</b>	Умеренная или выраженная	Значительная, максимальная в периоде высыпания	Незначительная	Резко выражена
<b>Поражение других органов</b>	Сердце, суставы, почки	Дыхательная система, ЖКТ, ЦНС	Очень редко — ЦНС, суставы	ЦНС, надпочечники, суставы, сердце,



Диагноз скарлатины выставляется на основании данных о контакте с больным скарлатиной, ангиной, при наличии характерной сыпи и поражения горла.

- Для подтверждения диагноза должен быть взят *мазок из зева на флору* – высеивается (но не всегда) бета-гемолитический стрептококк.
- При наличии ангины с налетами дополнительно берется *мазок из зева на дифтерийную палочку*.
- В *общем анализе крови* отмечают изменения гемограммы, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз, нейтрофилию со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.
- Для экспресс-диагностики применяют *РКА*, выявляющую антигены стрептококков.
- Для ранней диагностики осложнений: на 4, 10 и 21-й день от начала болезни выполняется общий анализ мочи, и на 21-й день – еще общий анализ крови.
- скарлатина часто дает осложнения на сердце, поэтому в период выздоровления желательно провести исследование ЭКГ, которое позволяет выявляться развитие пороков клапанов на ранней стадии. Также изменения электрокардиограммы могут указать на наличие ревматического миокардита.

Диагноз скарлатины основывается на клинических (острое начало заболевания, лихорадка, интоксикация, острый катаральный или катарально-гнойный (при септической форме болезни - некротический), тонзиллит, обильная точечная сыпь, сгущающаяся в естественных складках кожи и лабораторных (нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ, обильный рост бетагемолитических стрептококков при посеве материала из очага инфекции на кровяной агар, нарастание титров антител к стрептококковым антигенам - М-протеину, А-полисахариду, стрептолизину-О и другим) данных.

Скарлатину следует дифференцировать с болезнями, протекающими с экзантемой - краснухой, скарлатиноподобной формой псевдотуберкулеза и аллергической реакцией организма на чужеродные антигены (гаптены) лекарственного или другого происхождения.

Распознавание ветряной оспы в настоящее время существенно облегчается тем, что отпала необходимость дифференцировать заболевание с натуральной оспой, уже давно ликвидированной. Дифференцировать необходимо от везикулезного риккетсиоза, который встречается редко и лишь в определенных районах. Характерно появление первичного аффекта в месте ворот инфекции, генерализованной лимфаденопатии, что не характерно для ветряной оспы. С герпетической сыпью и высыпаниями при опоясывающем лишае дифференцирование также не представляет трудностей по характеру сыпи (группа тесно расположенных мелких пузырьков на общем воспалительном основании). Иногда сходные элементы появляются в результате укусов блох и других насекомых, но в этих случаях нет общих проявлений, сыпь однотипная, кроме сыпи на коже при ветряной оспе появляется и экзантема. К специфическим лабораторным методам прибегать обычно нет необходимости. Из специфических методов наиболее надежным подтверждением диагноза является выделение вируса в культуре тканей, а также по 4-кратному нарастанию титра специфических антител.



В период разгара болезни диагноз типичной кори трудностей не представляет. В начальном периоде до появления коревой экзантемы диагноз основывается на выраженном конъюнктивите с отеком нижнего века, катаре верхних дыхательных путей, энантеме и особенно на выявлении пятен Бельского-Филатова-Коплика.

Наиболее сложно диагностировать атипичную корь у привитых. Дифференцировать приходится от краснухи, энтеровирусной экзантемы, инфекционной эритемы Розенберга, аллергической (лекарственной, сывороточной) сыпи, от инфекционного мононуклеоза. В этих случаях целесообразно использовать лабораторные методы. В начальном периоде и в первые два дня после появления сыпи в окрашенных мазках мокроты, носовой слизи или мочи можно обнаружить многоядерные гигантские клетки. Из этих же материалов на культуре клеток можно выделить вирус кори. Коревой антиген можно выявить в эпителии дыхательных путей методом иммунофлюоресценции. Используют также серологические методы (РСК, РТГА, РИФ и др.). Диагностическим считается нарастание титра в 4 раза и более.

- Распознавание типичных случаев краснухи во время эпидемической вспышки в коллективе не представляет трудностей. Диагноз спорадических случаев, особенно при атипичном течении, довольно сложен. Заболевание приходится дифференцировать от других заболеваний, протекающих с мелкопятнистой экзантемой (аденовирусные и энтеровирусные заболевания, корь, инфекционный мононуклеоз, розовый лишай, лекарственная экзантема, инфекционная эритема и др.). В диагностике помогает характерная картина периферической крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток). Диагноз краснухи можно подтвердить или посредством выделения и идентификации вируса, или по нарастанию титров специфических антител. Для этой цели используют различные реакции: РСК, иммуноферментный анализ, реакция иммунофлюоресценции, а также выявление специфических антител класса. Серологические реакции ставят с парными сыворотками с интервалом 10-14 дней. Диагностическим является нарастание титра антител в 4 раза и более. Выделение и идентификация вируса довольно сложны и в практической работе почти не используются.

- Основной задачей диагностики экзантемных болезней является, прежде всего, дифференцировка инфекционных и неинфекционных заболеваний. Следует стремиться установить конкретную нозологическую форму. Это определяет необходимость и характер противоэпидемических мероприятий, целесообразность и место изоляции, помогает решить вопросы адекватной и всесторонней терапии; позволяет предвидеть осложнения и неблагоприятные исходы при конкретных болезнях, протекающих с экзантемой.

