

**ГОО ВПО ДНМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО**

**Кафедра детских инфекционных болезней**

**Инфекционные экзантемы 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).

# Характерные особенности клиники экзантем у детей

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 крупнопятнистая, 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 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.



А типичную корь диагностировать 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.



А распознавание типичных случаев краснухи во время эпидемической вспышки в коллективе не представляет трудностей. Наряду с сыпью наблюдается патогномичный симптом увеличение затылочных и других лимфоузлов. 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.

