

Дифференциальная диагностика экзантем

Выполнила: интерн-терапевт 630 гр. Мырзағали И.Б

* Высыпания на коже (экзантемы) имеют большое значение в диагностике инфекционных болезней. Это обусловлено тем, что высыпания встречаются при многих инфекционных болезнях, кроме того, они хорошо заметны, нередко бросаются в глаза уже при первом осмотре больного. Имеются экзантемы, характерные для того или иного инфекционного заболевания.

* Существуют даже термины «кореподобная сыпь», «скарлатиноподобная сыпь» и др. Однако подобные высыпания встречаются не только при каких-то определенных заболеваниях. Например, «скарлатиноподобная сыпь» может наблюдаться не только при скарлатине, но и при стафилококковой инфекции, при некоторых формах псевдотуберкулеза («дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка»), лекарственной болезни. Следовательно, даже при таких экзантемах необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Корь

В катаральной стадии заболевания корью, на 2—3 день, можно наблюдать появление экзантем и пятен Филатова—Коплика. Первые — темно-красные, неправильной формы, размером с просяное зерно, располагаются как мягком, реже — на твердом небе.

- * Пятна Филатова—Коплика размером с булавочную головку, сине-белые, окружены узким красным ободком и обнаруживаются на слизистой оболочке рта напротив коренных зубов или на слизистой нижней губы в течение 2—4 дней.
- * Пятна увеличиваются и окружающая полнокровная кайма расширяется. Пятнисто-папулезная экзантема появляется на 3—4 день заболевания, сначала на лице, груди, на следующий день — на животе и спине и только на третий день — на конечностях. Пятна имеют овальную или неправильную форму, размером с булавочную головку или чечевичное зерно, окружены бледной каймой; позднее пятна несколько выступают над поверхностью кожи, их становится больше, они увеличиваются в размерах, сливаются.
- * Дифференциальный диагноз экзантем Окрашка пятен изменяется от розового до красного и затем коричневого цвета. В отличие от краснухи, экзантема при кори мало поражает ягодичную область. Пятнистое, одутловатое лицо, конъюнктивит, разбухший, как при насморке, нос производят впечатление неопрятности. С появлением экзантем температура снижается. Позднее экзантема постепенно бледнеет.
- * Дифференциация с краснухой и скарлатиной проводится не на основании вида экзантем, а по наличию пятен Филатова—Коплика, характерному течению и отсутствию увеличенных лимфатических узлов.

Краснуха

- * умеренно заразное заболевание детского возраста, характеризующееся слабо выраженными общими нарушениями, пятнистой экзантемой, увеличением лимфатических узлов преимущественно в затылочной, заднешейной и позадиушной областях:
- * - продромальный период практически отсутствует, катаральный и интоксикационный синдромы не выражены
- * - характерна розеолезная и мелкопятнистая сыпь, появляющаяся на лице и быстро распространяющаяся по всему телу со сгущением на разгибательных поверхностях, исчезающая впоследствии бесследно
- * - диагноз подтверждает выделение вируса, вирусной РНК в ПЦР или обнаружения вируса в носоглоточной слизи, а также серологические реакции (IgM или низкоавидные IgG к краснухе, нарастание титра противокраснушных АТ в 4 и более раз).

Симптомы	Нозологическая форма	
	Корь	Краснуха
Возбудитель	<i>Morbivirus</i>	<i>Rubivirus</i>
Начало заболевания	Катаральные явления и интоксикация, усиливающиеся в течение 2–4 дней	Сыпь
Время появления сыпи	3–4-й день болезни	1-й день болезни (очень редко — 2-й)
Морфология сыпи	Пятнисто-папулезная, неправильной формы, яркая, склонна к слиянию	Пятнистая, мономорфная, бледно-розовая, не склонна к слиянию, фон кожи обычный
Размеры сыпи	Средней величины и крупная (более крупная на 2–3-й день высыпаний)	Мелко- и среднепятнистая
Порядок высыпаний	Этапность высыпаний, начиная с лица, в течение 2–4 дней	Одномоментно, в течение первого дня
Локализация сыпи	В зависимости от дня высыпаний: 1-й день — на лице, 2-й день — на лице и туловище, 3-й день — на лице, туловище и конечностях	По всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях плеч, предплечий, бедер, на ягодицах
Обратное развитие сыпи	Переходит в пигментацию в том же порядке, в каком и появилась	Исчезает бесследно через 2–4 дня
Шелушение	Отсутствует	
Состояние ротоглотки	Гиперемия слизистой, пятнистая энантема на мягком небе, пятна Бельского — Филатова — Коплика	Зев чистый или слабо гиперемирован
Реакция лимфатических узлов	Микрополиаденит	Увеличены и болезненные затылочные и заднешейные лимфатические узлы
Температурная реакция	До 38–39 °С (двухволновая, в катаральный период и в период высыпаний)	Субфебрильная (до 38 °С в 1-й день болезни)
Интоксикация	Выраженная, в течение 5–7 дней	Отсутствует или слабо выражена в 1-й день
Изменения других органов и систем	Выраженные катаральные явления, конъюнктивит, ларингит, отит, пневмония	Отсутствуют
Лабораторные данные	Лейкопения, нейтрофилез, лимфопения в период высыпаний, увеличение СОЭ	Лейкопения, лимфоцитоз
Специфическая диагностика	РПГА с парными сыворотками ИФА	ИФА (обнаружение IgM)

Скарлатина

- * острое инфекционное заболевание, характеризующееся синдромом интоксикации, ангиной и специфической мелкоточечной экзантемой.
- * - через 6-48 часов на лице появляется сыпь, которая быстро распространяется по всему телу, она розеолезная (мелкоточечная) на гиперемизированном фоне кожи, носогубный треугольник не покрыт сыпью, поэтому на фоне ярко гиперемизированных щек выглядит бледным
- * - сгущение сыпи отмечается на щеках, боковых поверхностях шеи и туловища, в естественных складках, на сгибательной поверхности конечностей
- * - в естественных складках кожи сыпь часто геморрагическая, сливающаяся в полосы (симптом Пастиа)
- * - кожа сухая, в период угасания сыпи отмечается симптом «шагреновой кожи» (сухая и шершавая на ощупь)
- * - сыпь не оставляет пигментации, после исчезновения сыпи кожа начинает шелушиться; на

Ветряная оспа

- * острое высококонтагиозное заболевание, характеризующееся синдромом интоксикации, лихорадкой и специфической везикулезной сыпью на коже и слизистых:
- * - продромальный период в виде слабовыраженного синдрома интоксикации с возможным появлением кратковременной скарлатино-, краснушно - или кореподобной сыпи
- * - в периоде разгара (обычно со 2-3 дня сыпи) температура и интоксикация, к которым присоединяется появляющаяся «волнами» сыпь с динамикой в виде пятно-папула-везикула-корочка
- * - сыпь появляется по всему телу, редко включая слизистые полости рта и конъюнктивы, сопровождается выраженным кожным зудом, что способствует развитию наиболее частого осложнения в виде пиодермии

Симптомы	Нозологическая форма	
	Скарлатина	Ветряная оспа
Возбудитель	β -гемолитический стрептококк группы А	Вирус семейства <i>Herpesviridae</i> (<i>varicellazoster</i>)
Начало заболевания	Острое, повышение температуры, боль в горле, рвота, сыпь	Острое, повышение температуры тела
Время появления сыпи	1–2-й день болезни	
Морфология сыпи	Точечная, обильная, на гиперемизированном фоне кожи. Кожа сухая, шероховатая	Везикулезная, ложный полиморфизм из-за этапов развития элементов (пятно — папула — везикула — корочка)
Размеры сыпи	Мелкая	От 2 до 5 мм
Порядок высыпаний	Одномоментно	Толчкообразно, подсыпания в течение 4–5 дней
Локализация сыпи	По всему телу (кроме носогубного треугольника), преимущественно на сгибательных поверхностях, симметричное сгущение в естественных складках	По всему телу, включая волосистую часть головы
Обратное развитие сыпи	Исчезает бесследно через 2–5 дней (иногда через несколько часов)	Легкая пигментация без рубцов
Шелушение	Крупнопластинчатое, на 2–3-й неделе заболевания	Отсутствует
Состояние ротоглотки	Ограниченная яркая гиперемия («пылающий зев»), тонзиллит, малиновый язык	Везикулы на слизистой оболочке ротоглотки
Реакция лимфатических узлов	Увеличенные и болезненные подчелюстные и шейные лимфатические узлы	Отсутствует
Температурная реакция	До 38–39 °С в течение 2–3 дней	Каждое подсыпание сопровождается подъемом температуры
Интоксикация	Кратковременная, 1–3 дня	
Изменения других органов и систем	Только при тяжелых формах и осложнениях	Отсутствуют
Лабораторные данные	Лейкоцитоз, нейтрофилез, умеренное повышение СОЭ	Иногда лейкопения, лимфоцитоз
Специфическая диагностика	Выделение β -гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки. Определение титра антистрептолизина-О в крови	ИФА





IMPROVEHEALTH

Паратиф А и В

- * На 8—10-й день болезни на коже появляется характерная экзантема. Она выявляется у 55—70 % заболевших брюшным тифом и локализуется преимущественно на коже живота и нижней части груди. Сыпь, как правило, скудная, число ее элементов редко превышает 6—8, по характеру розеолезная, мономорфная. Розеолы имеют вид розовых пятнышек округлой формы, с четкими контурами, диаметром около 3 мм. Нередко они слегка возвышаются над уровнем кожи (*roseola elevanta*) и хорошо заметны на ее бледном фоне. При надавливании или растяжении кожи по краям розеолы она исчезает, после чего появляется вновь. Каждый элемент сыпи существует 1—5 дней, чаще 3—4 дня. После исчезновения сыпи остается едва заметная пигментация кожи. Могут образовываться новые розеолы на фоне угасающих старых (феномен «подсыпания»), что связано с волнообразным течением бактериемии. У некоторых больных обнаруживается желтушное окрашивание кожи ладоней и подошв – каротиновая гиперхромия кожи (симптом Филипповича), возникающая вследствие нарушения каротинового обмена, обусловленного поражением печени.

Риккетсиоз



На 4-5-й день болезни появляется наиболее характерный симптом - обильная розеолезно-петехиальная сыпь на коже. Сначала сыпь появляется на боковых поверхностях груди, животе, сгибательных поверхностях верхних конечностей. Сыпь на лице, ладонях и волосистой части головы отмечается редко. Высыпания в течение 3-6 дней имеют яркую окраску, а затем бледнеют, розеолы исчезают, петехии пигментируются. На 2-3-й нед от начала заболевания высыпания исчезают.



Менингококковая инфекция

- * Высыпания при менингите у детей раннего возраста — явление редкое, наблюдаются они в основном на задней стенке глотки. Их вызывают, как правило, патогенные микроорганизмы, называемые менингококками. Если бактерии с током крови попали в другие органы, то имеет место менингококковый сепсис, или менингококцемия, может возникнуть пурпурно-красная сыпь под кожей. Причина сыпи — кровотечение из мелких кровеносных сосудов, являющееся характерным признаком менингококцемии. Срочно обращайтесь за медицинской помощью, если у ребенка отмечаются такие признаки, как: напряжение мышц шеи, высокая температура тела, частая рвота, нарастающая сонливость, светобоязнь. В таком случае ребенка надо доставить в больницу как можно скорее, только своевременная помощь может спасти ему жизнь. Очень важно: высыпания при менингококцемии плоские, пурпурно-красные, звездчатой или неправильной формы, в первую очередь на бедрах, ягодицах, спине. Типичные проявления менингита наблюдаются не всегда, а ребенок не всегда производит впечатление больного. Поэтому при любых сомнениях и подозрениях лучше вызвать врача.

*



Крапивница

- * Крапивница – аллергическая кожная реакция немедленного типа, вызываемая разнообразными эндогенными (внутренними) и экзогенными (внешними) факторами. Является очень распространенным заболеванием – каждый третий человек перенес его хотя бы однократно.
- * Сопровождается крапивница сыпью, появлением на любом участке кожи многочисленных волдырей, сильно зудящих и ярко-розового цвета. Они бывают плотной консистенции, величиной до ладони и более. Высыпание их продолжается 1-2 часа, затем волдыри бесследно исчезают, но могут появиться новые. Обычно приступ длится несколько часов-дней (острая крапивница), но иногда продолжается месяцы и даже годы (хроническая крапивница). Процесс может сопровождаться недомоганием, головной болью, лихорадкой.
- * Высыпания распространяются с одного участка на другой, не нарушая общего самочувствия. Это выпуклые, красноватые и вызывающие ощущение зуда образования, которые остаются на коже менее суток (чаще они проходят через несколько часов). Однако волдыри обычно появляются снова в других местах.



Экзема

- * Истинная экзема начинается с появления на коже нескольких отечных и покрасневших участков, на которых затем возникают высыпания: очень мелкие папулы или везикулы. После быстрого вскрытия элементов сыпи образуются микроэрозии, из глубины которых отделяется обильный серозный экссудат. Благодаря этому экзематозные эрозии еще называют «серозными колодцами». Экссудат является причиной постоянного мокнутия поверхности пораженных участков кожи. Развитие элементов сыпи заканчивается образованием корочек.
- * Высыпания при истинной экземе располагаются очагами с неровными контурами и могут локализоваться по всему кожному покрову. Наиболее часто заболевание начинается с поражения кожи лица и кистей. Очаги имеют симметричный характер. Лишь в редких случаях наблюдается единичный участок поражения.
- * Для истинной экземы характерным признаком является эволюционный полиморфизм, обусловленный одновременным присутствием на пораженном участке кожи элементов сыпи в различной стадии развития: покраснения, везикулы, эрозии и корочки. Каждое изменение сопровождается постоянным зудом. Он может

Дерматит

- * Сыпь располагается на лице, наружной поверхности голени, в местах сгибания и разгибания локтей и коленей. Элементы высыпаний носят мокнущий характер и склонны к образованию корочек.



Диагностика

- * Уменьшить диагностические трудности и вселить уверенность в возможность правильной трактовки сыпи помогают выработанные правила описания экзантем. 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.
- * Каждая из этих характеристик важна в диагностике, и особенно в дифференциальной диагностике экзантем и получить их несложно. Затруднения возможны при оценке характера элементов сыпи.

Лечение

- * Контагиозность вируса не является высокой, тем не менее, дети с внезапной экзантемой должны быть изолированы от сверстников до исключения других инфекционных заболеваний и исчезновения симптомов.
- * В комнате, где находится больной с внезапной экзантемой, проводятся ежедневная влажная уборка и проветривания каждые 30 минут. В лихорадочном периоде ребенок должен получать обильное питье (чай, компоты и морсы). Прогулки разрешаются после нормализации температуры.
- * Специфического лечения внезапной экзантемы не существует. Если дети плохо переносят высокую температуру, показан прием жаропонижающих препаратов (парацетамола или ибупрофена). По назначению детского врача при внезапной экзантеме могут быть использованы противовирусные и антигистаминные препараты.