

КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра детских инфекционных болезней

Зав. кафедрой, профессор Р.Х. Бегайдарова

Заболевания,
сопровождающиеся
синдромом сыпи

к.м.н., доцент Стариков Ю.Г.

Караганда 2016г.

Розеола

Макрофаг В настоящее время все экзантемы можно разделить на 4 группы:

Эритема

2. Сыпь геморрагическая

Петехии

Пурпура

Экхимозы

3. Сыпь полостная

Мириада

Везикулы

Гнойничок

Буллы

4. Сыпь безполостная

Папула

Корь, краснуха,
псевдотуберкулез,
скарлатина.

Краснуха

Первый день сыпи



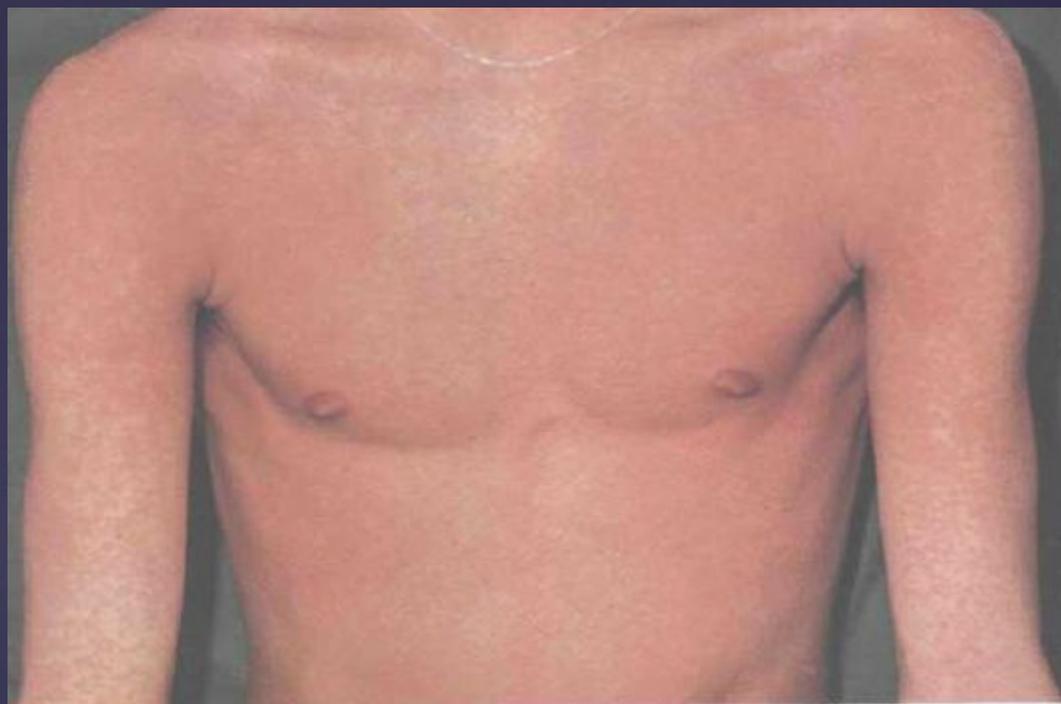
Экзантема при краснухе



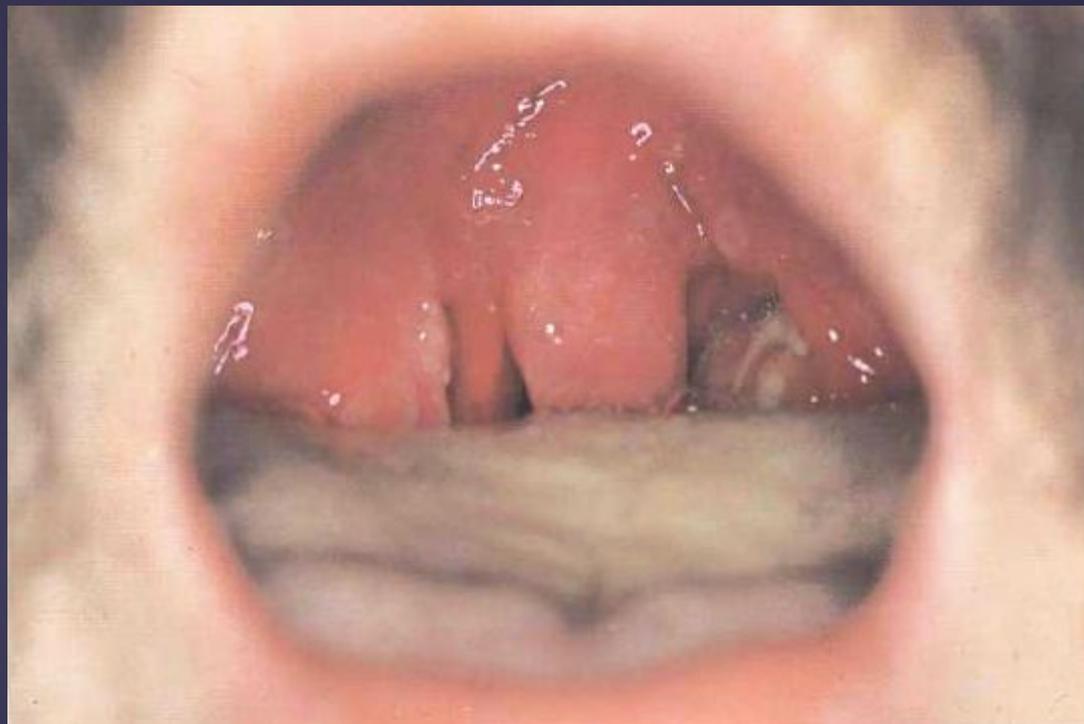
□ Краснуха — вирусная инфекция, протекающая в виде приобретенной (с воздушно-капельным механизмом передачи, легкими клиническими проявлениями и с благоприятным исходом) и врожденной (с трансплацентарным механизмом передачи и развитием тяжелых уродств плода). Вирус краснухи выделен и идентифицирован в 1962 г. Он относится к РНК-содержащим вирусам, нестойк во внешней среде, термолабилен. Однако в замороженном состоянии (-20°C - -60°C) может сохранять свои инфекционные свойства на протяжении нескольких лет.

- При краснухе затылочная лимфоаденопатия является не только ранним, но и ценным катаральным признаком. При краснухе сыпь, катаральные явления и умеренные симптомы интоксикации появляются в первый день заболевания и практически в дальнейшем не нарастают.
- Характер сыпи при краснухе имеет мелкопятнистый вид, не имеет тенденции к слиянию и располагается преимущественно на пояснице, ягодицах и разгибателях.
- Заключительным аккордом в дифференциальной диагностике является интерпретация лабораторных данных при краснухе выявляется большой процент клеток Тюрка (плазматические клетки).

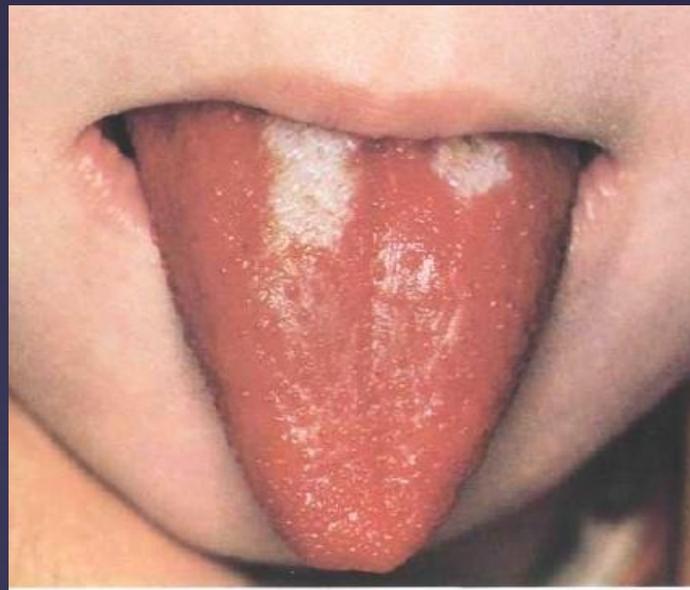
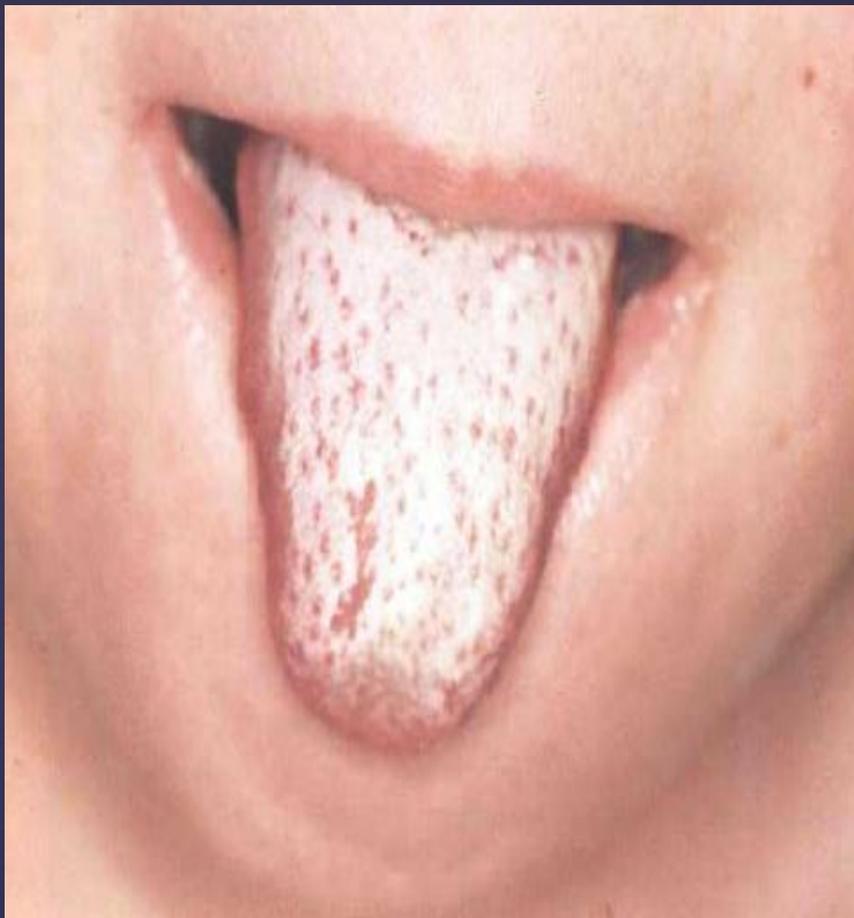
▣ СКАРЛАТИНА — острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела. Ребенок жалуется на боль в горле при глотании, головную боль. Через несколько часов от начала болезни на лице, туловище, конечностях появляется розовая точечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи. Характерен внешний вид больного: глаза блестящие, лицо яркое, слегка отечное, щеки пылающие, что резко контрастирует с бледным носогубным треугольником (симптом Филатова) . В естественных складках кожи, на боковых поверхностях туловища сыпь более насыщена, особенно внизу живота, на сгибательной поверхности конечностей, в подмышечных впадинах, локтевых сгибах и паховой области.



Характер сыпи при
скарлатине

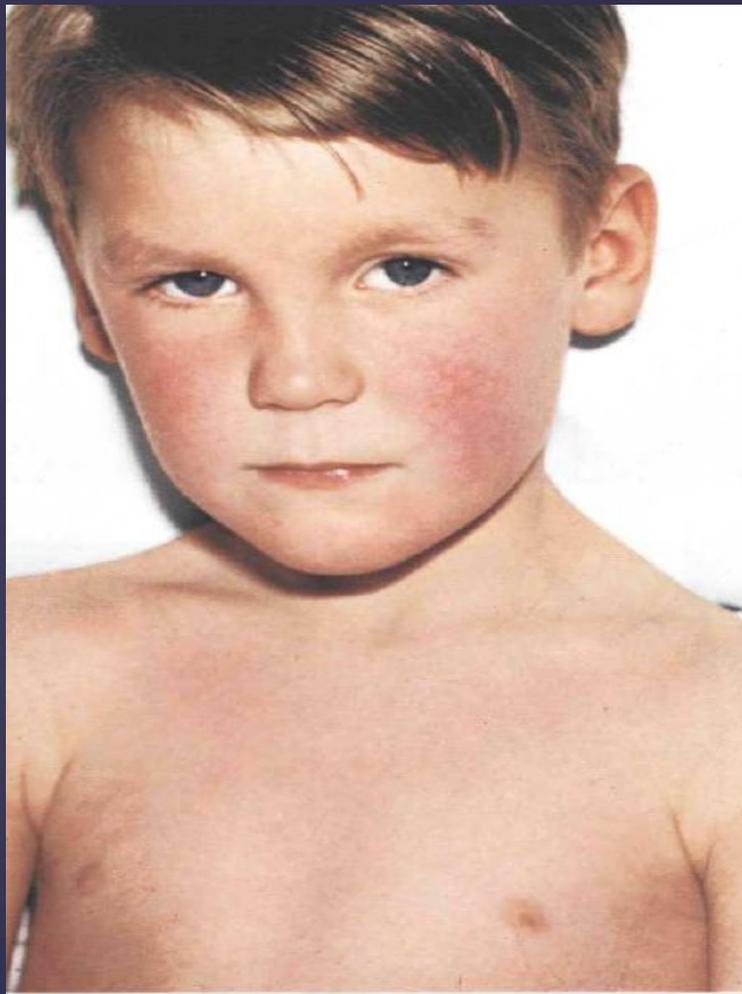


АНГИНА



Малиновый язык





- Изменения со стороны гемограммы при скарлатине выражаются в виде лейкоцитоза, нейтрофилиеза, повышенной СОЭ.

Период реконвалесценции



ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ

Псевдотуберкулез (ДСЛ) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся выраженным полиморфизмом клинических симптомов с преобладанием токсико-аллергического синдрома, скарлатиноподобной сыпи, поражений желудочно-кишечного тракта, печени, нередко имеющее рецидивирующее затяжное течение.

▣ Возбудителем псевдотуберкулеза является иерсиния псевдотуберкулезис, относящаяся к семейству кишечных бактерий. Отличается высокой устойчивостью во внешней среде. Человек является биологическим тупиком. Основной источник мышевидные грызуны, путь передачи алиментарный.

□ Наиболее характерна мелкопятнистая сыпь. Она появляется на коже груди, в локтевых сгибах, в подмышечных впадинах, в паховых областях. В течение 6-8 часов высыпания распространяются на область живота, боковые поверхности туловища, конечности. Характерен белый дермографизм. По локализации высыпаний и характеру сыпи, заболевание напоминает клинику скарлатины. Обычно такая сыпь появляется на 4-5 сутки болезни. Высыпания обильные, нередко располагаются вокруг суставов.

□ Зев как и при скарлатине ярко гиперемирован, но нет ангины, т.е. нет острого тонзиллита. Кроме того, имеются гепатоспленомегалия, диарея, катаральные явления чего нет при скарлатине.



Рис. 142 Псевдотуберкулез. Симптом "перчаток".



рис. 143. Псевдотуберкулез. Мелкоточечная и пятнисто-папулезная сыпь на голених
Симптом "носков".



р. 141. Псевдотуберкулез. Симптом "капюшона". Мелкоточечная сыпь на груди и животе.
Белый дермографизм.

□ Со стороны гемограммы отмечается картина бактериальной инфекции: лейкоцитарный нейтрофилез со сдвигом влево вплоть до юных клеток, высокая СОЭ до 20 и более мм/ч.

□ .

Корь

Вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем, характеризующаяся циклическостью течения, синдромами интоксикации, катарального воспаления и экзантемы. Инкубационный период у больных корью продолжается от 9 до 17 дней, а у получивших иммуноглобулинопрофилактику — до 21 дня. Для катарального периода кори характерно сочетание двух синдромов — интоксикации и катарального воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Первыми симптомами обычно являются: сухой, навязчивый кашель, заложенность носа, иногда с необильными выделениями слизистого характера.

На 2-3 день катарального периода кори кашель усиливается, становится резким, грубым. Появляется гиперемия конъюнктив, ринорея становится обильной, может быть отечность век, светобоязнь, на мягком небе — энантема в виде довольно крупных пятен темно красного цвета. В эти же сроки, обычно за 1-2 дня до высыпания сыпи, появляется патогномоничный для кори симптом Бельского-Филатова. Объективно он выглядит в виде очень мелких беловатых точек, окруженных венчиком гиперемии, чаще локализующихся в области переходной складки у малых коренных зубов, иногда — на слизистых оболочках щек, губ, десен и даже конъюнктив. Уже к концу катарального периода больной корью имеет довольно типичный вид: лицо одутловатое, веки отечные, слезотечение, светобоязнь, частый сухой кашель, насморк, может быть вялость, адинамия, понижение аппетита, бессонница.

Патогномоничный симптом
Бельского-Филатова присуц
исключительно кори и ни при
каких других заболеваниях не
встречается





Период высыпания начинается на 2-3 день болезни, продолжаясь 3-4 дня характеризуется появлением сыпи на фоне максимально выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений. Первые элементы сыпи появляются за ушами, на переносице и в течение суток распространяются на все лицо, шею, верхнюю часть груди и плечи.

По морфологии элементов — сыпь пятнистая или пятнисто-папулезная. В начале своего появления она имеет вид мелких пятен или папул насыщенно розового цвета, через несколько часов увеличивается в размерах, сливается и становится типичной для кори — пятнисто-папулезной. Характерным признаком коревой сыпи является переход ее в пигментацию.









□ Со стороны гемограммы в разгар болезни отмечается лейкопения, нейтрофилез, замедленная СОЭ. В дальнейшем нейтрофилез сменяется абсолютным лимфоцитозом.

Благодарю за внимание!