

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

Макрофагия  
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

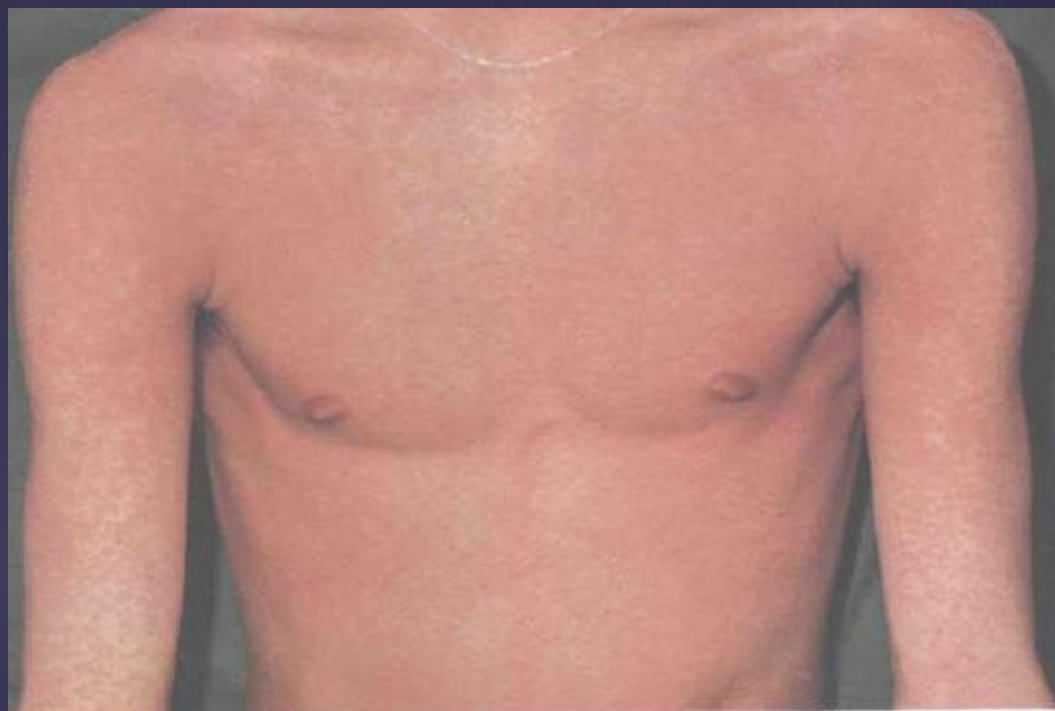


□ Краснуха — вирусная инфекция, протекающая в виде приобретенной (с воздушно-капельным механизмом передачи, легкими клиническими проявлениями и с благоприятным исходом) и врожденной (с трансплацентарным механизмом передачи и развитием тяжелых уродств плода). Вирус краснухи выделен и идентифицирован в 1962 г. Он относится к РНК-содержащим вирусам, нестоек во внешней среде, термолабилен. Однако в замороженном состоянии ( $-20^{\circ}\text{C}$  -  $-60^{\circ}\text{C}$ ) 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.

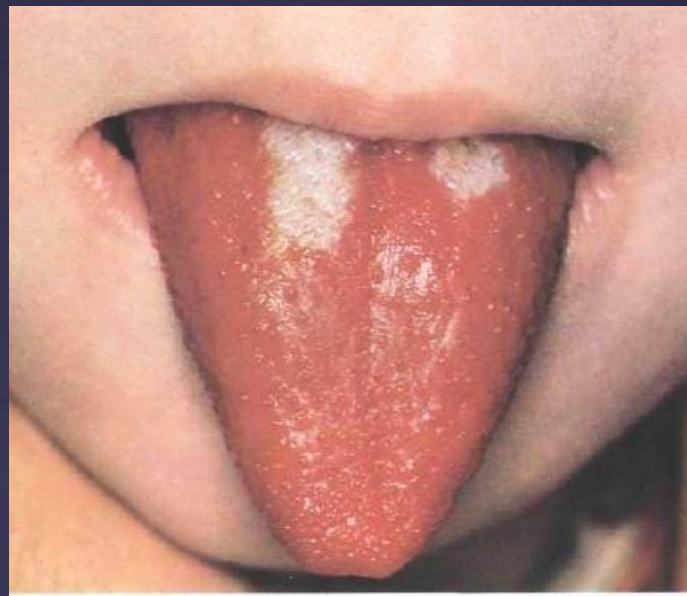




Характер сыпи при  
скарлатине

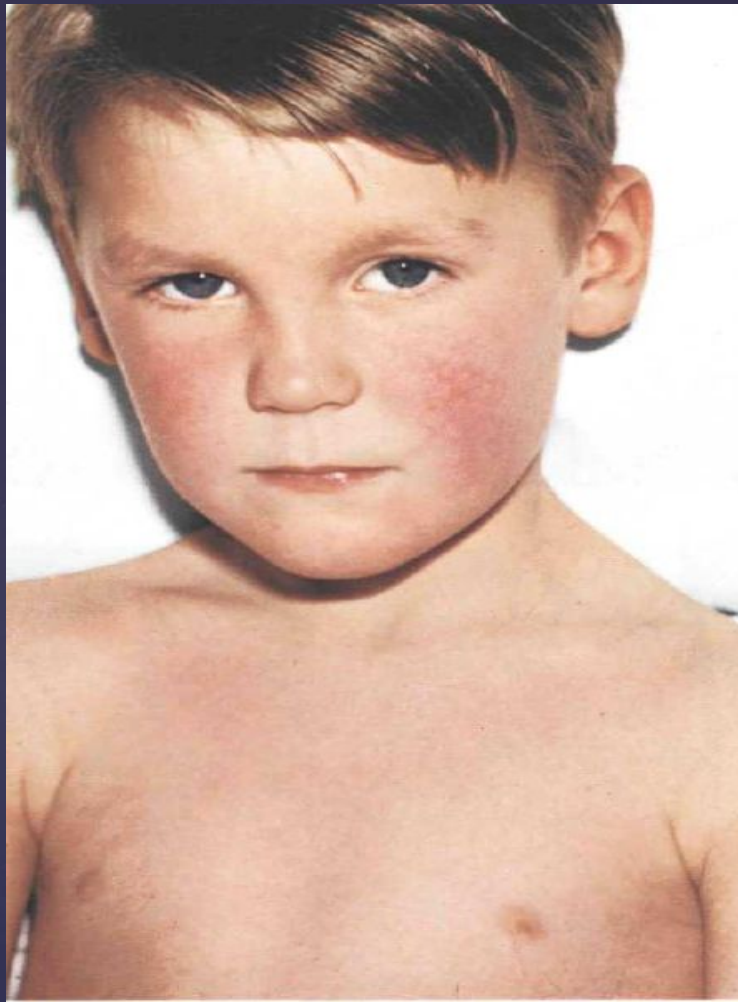


АНГИНА



**Малиновый язык**





- Изменения со стороны гемограммы при скарлатине выражаются в виде лейкоцитоза, нейтрофилеза, 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 голенях  
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!