



СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

НЕОТЛОЖНАЯ И СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ
И ФЕЛЬДШЕРОВ**

Под общей редакцией
профессора Н.Ф. Плавунова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений и условных обозначений	7
Благодарность	9
Предисловие	10
Глава 1. Экстренные консультативные инфекционные выездные бригады скорой медицинской помощи	13
Глава 2. Дифференциальная диагностика экзантем в службе скорой и неотложной медицинской помощи	26
Глава 3. Герпесвирусные инфекции: клиническая картина, диагностика и тактика при оказании скорой медицинской помощи . . .	90
Глава 4. Особенности клинической картины и диагностики рожи . . .	159
Глава 5. Дифференциальная диагностика синдрома желтухи на догоспитальном этапе	199
Глава 6. Диагностика и лечение бактериальных менингитов в условиях скорой и неотложной медицинской помощи.	271
Глава 7. Особенности менингококковой инфекции у детей: диагностика, клиническая картина и лечение на догоспитальном этапе	332
Глава 8. Диагностика кори при оказании скорой и неотложной медицинской помощи	356
Глава 9. Лихорадка у детей: тактика ведения и лечения	372
Глава 10. Инфекционные (паразитарные) болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории города Москвы: эпидемиология, клиническая картина, диагностика и тактика при оказании скорой медицинской помощи.	413
Заключение	507
Предметный указатель	508

Глава 2

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗАНТЕМ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А. Кадышев, Л.Н. Проскурина

Как известно, кожа человека представляет собой индикатор общего состояния, который отражает многие физиологические и патологические процессы, протекающие в различных органах и системах организма. Поражение кожи может сопровождать многие заболевания различной природы.

Сыпь (*eruption, efflorescentia*; от греч. *exanthema* — «сыпь, высыпание», от *exantheo* — «цвести, расцветать») — это общее название очаговых патологических изменений кожи и слизистых оболочек. Высыпания на коже принято называть **экзантемой**, а высыпания на слизистых оболочках — **энантемой**.

Экзантема часто сочетается с энантемой, причем энантема предшествует экзантеме, поэтому для диагностики инфекционного заболевания важно осматривать и видимые слизистые оболочки пациента. Например, обнаружение сыпи на слизистых оболочках ротоглотки у больного с подозрением на ОРВИ позволит врачу заподозрить краснуху или корь.

Частота экзантем при разных инфекционных болезнях неодинакова. В то же время имеется много болезней, при которых экзантема не появляется: пищевые токсикоинфекции, шигеллезы, холера, ротавирусный гастроэнтерит, амебиаз, ботулизм, грипп, ОРВИ, дифтерия, эпидемический паротит, коклюш, малярия, бешенство, столбняк, что позволяет исключить соответствующую нозологию.

Среди инфекционных заболеваний, при которых экзантема встречается, можно выделить некоторые, где высыпание — обязательный компонент клинической картины (корь, скарлатина, ветряная оспа). При других болезнях сыпь необязательна, но встречается с частотой 50–70%, к таким инфекциям относятся псевдотуберкулез, тифо-паратифозные заболевания. Наконец, при ряде инфекционных болезней экзантема встречается относительно редко (инфекционный мононуклеоз, лептоспироз, иерсиниоз, энтеровирусная инфекция и др.). В связи с этим диагностическая ценность наличия или отсутствия экзантемы при разных инфекционных болезнях различна. При дифференциальной диагностике экзантем необходимо учитывать не только инфекционные болезни, но и кожные заболевания, изменения кожи при укусах членистоногих насекомых. Также экзантема может быть следствием аллергических реакций на естественные аллергены, лекарственные препараты, может возникнуть при раздражении кожи химическими веществами.

Сыпь традиционно представляет собой очаговую реакцию кожи на действие микроорганизмов или их токсинов, возникающую нередко при участии гистаминаподобных веществ. Эта реакция обусловлена первичным поражением кожных сосудов, проявляющимся в гиперемии, с последующим развитием воспаления (инфильтрата, гранулемы, некроза). Механизм возникновения сыпи сводится к расширению капилляров, стазу крови и элементам воспалительного процесса. Таким образом, сыпь может появиться при любой инфекционной болезни с генерализацией инфекции, но всегда наблюдается в тех случаях, когда живой возбудитель задерживается в коже.

Экзантемы при инфекционных болезнях различаются не только по частоте появления, но и весьма разнородны по характеру отдельных элементов сыпи, локализации, срокам появления, динамике высыпания (этапность подсыпания) и развития отдельных элементов (трансформация одних элементов в другие). Все эти особенности учитываются при дифференциальной диагностике. Выявление экзантемы базируется на данных осмотра, который оптимально проводить при максимально естественном освещении.

Традиционно экзантемы делятся на первичные и вторичные. Важно определить, представляют ли собой выявленные на коже изменения первичный характер, то есть само повреждение кожи, или же экзантематозные проявления претерпели изменения под действием вторичных факторов (инфекция, травма или лечение).

Объективные изменения кожи принято делить на признаки, которые выявляют состояние кожного покрова в целом (влажность, бледность и т.д.), и на признаки, которые характеризуют локальные изменения кожного покрова. Последние проявляются в виде так называемых морфологических элементов.

В диагностическом процессе очень важны четкое определение отдельных элементов сыпи и единое понимание терминов. В практической работе следует придерживаться определенного единства. Однако дерматологи и инфекционисты не всегда однозначно обозначают те или иные элементы экзантемы. Наиболее отвечают требованиям дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний определения элементов сыпи, которые были сформулированы профессором кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова А.И. Ивановым в 1970 г., и они вошли в терминологический словарь, которым пользуется большинство инфекционистов в настоящее время.

Морфологические элементы — это клинические проявления различных патогистологических изменений в эпидермисе, дерме и гиподерме. Самой сложной для врачей является оценка характера элементов сыпи.

Первичные морфологические элементы возникают на неизменной коже и подразделяются на бесполостные и полостные.

К бесполостным элементам относятся розеола (*roseola*), пятно (*macula*), геморрагия (*haemorrhagia*), папула (*papula*), волдырь (*urtica*), бугорок (*tuberculum*) и узел (*nodus*).

Полостные элементы — это высыпания, имеющие полость, заполненную серозным, кровянистым или гнойным содержимым. К их числу относят пузырек (*vesicula*), пузырь (*bulla*) и гнойничок (*pustula*).

Вторичные морфологические элементы поражения кожи образуются в результате эволюции первичных элементов либо их повреждения при расчесах, либо инфицирования.

К вторичным элементам относятся такие проявления, как дисхромии кожи (гиперпигментация — *hyperpigmentatio* или депигментация — *depigmentatio*), чешуйка (*squama*), корка (*crusta*), эрозия (*erosia*), язва (*ulcus*), трещина (*fissura*), рубец (*cicatrix*), рубцовая атрофия (*atrophia cicatrix*), лихенификация (*lichenificatio*), эксфолиация (*excoriatio*), ссадина, вегетация (*vegetatio*).

Субъективные симптомы — это испытываемые больным различные по интенсивности и характеру ощущения, проявляющиеся в виде зуда, стягивания кожи, жжения, боли. Ниже перечислены различные форменные элементы сыпи, которые могут наблюдаться как при инфекционных,

так и неинфекционных заболеваниях. Вместе с тем необходимо учитывать известную условность данной классификации. Так, у одного и того же пациента одновременно могут быть разные морфологические элементы, как например, при ветряной оспе (пятна, папулы, везикулы, корочки).

В диагностике инфекционных болезней детальный сбор эпидемиологического анамнеза имеет немаловажное значение, так как в ряде случаев он может являться не только вспомогательным, но и решающим фактором в постановке диагноза. Диагностическая информативность эпидемиологического анамнеза на современном этапе особенно ценна в связи с обеднением и трансформацией клинической симптоматики инфекционных болезней, ростом микст-инфицирования.

Под **эпидемиологическим анамнезом** понимают совокупность сведений, характеризующих возможный источник заражения, механизм и пути передачи инфекции, восприимчивость пациента. План сбора эпидемиологического анамнеза включает данные о профессиональной занятости пациента, наличии контактов с источниками и переносчиками инфекции, географический анамнез, сезонность и групповой характер некоторых инфекционных болезней. Необходимо также учитывать, что эпидемиологический анамнез информативен в пределах инкубационного периода предполагаемой инфекции.

При дифференциальной диагностике высыпаний важны возраст больного, данные о ранее перенесенных заболеваниях, проведенных профилактических прививках, склонности к аллергии, принимаемых медикаментах и пищевых продуктах, а также сведения о путешествиях, контактах с животными.

2.1. ОСНОВЫ СТРОЕНИЯ КОЖИ

Кожа состоит из эпидермиса и дермы. С подлежащими тканями кожа соединена подкожно-жировой клетчаткой (рис. 2.1).

Эпидермис включает пять слоев эпидермальных клеток. Самый нижний слой — базальный — отделен от дермы базальной мембраной. Он представляет собой один ряд высоких призматических клеток, расположенных перпендикулярно базальной мембране. Сразу над ним лежит шиповатый слой (3–8 рядов клеток с цитоплазматическими выростами), затем следует зернистый слой (от одного до пяти рядов уплощенных клеток), блестящий, или стекловидный, слой (включает 2–4 ряда безъядерных клеток, различим на ладонях и стопах) и роговой слой, состоящий из многослойного ороговевающего эпителия.

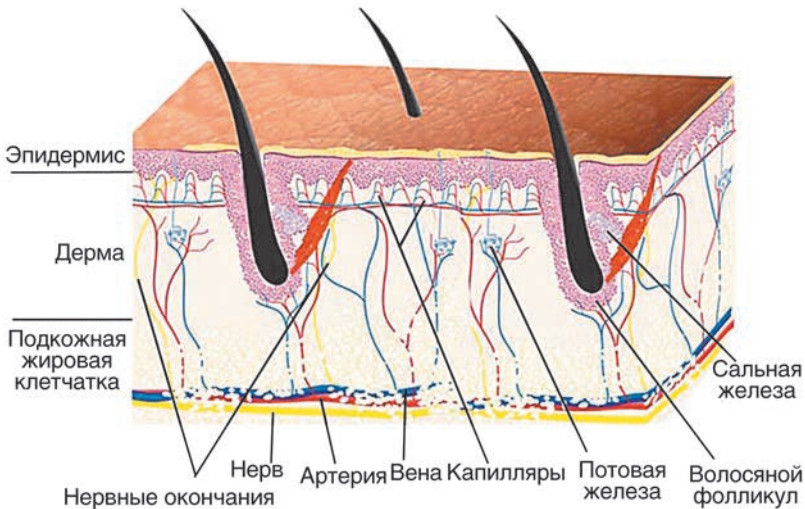


Рис. 2.1. Строение кожи

Дерма представляет собой соединительную ткань и состоит из двух слоев: поверхностного сосочкового слоя, на котором располагаются многочисленные выросты, содержащие петли капилляров и нервные окончания, и глубокого сетчатого слоя, содержащего кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания, фолликулы волос, железы, а также эластические, коллагеновые и гладкомышечные волокна, придающие коже прочность и эластичность.

Подкожно-жировая клетчатка состоит из пучков соединительной ткани и жировых скоплений, пронизанных кровеносными сосудами и нервными волокнами. Физиологическая функция жировой ткани заключается в накоплении и хранении питательных веществ. Кроме того, она служит для терморегуляции и дополнительной защиты внутренних органов.

2.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ

Различают следующие морфологические элементы высыпаний на коже: розеола, пятно, эритема, папула, волдырь, бугорок, узел, пузырек, пустула, пузырь, геморрагия.

Каждый элемент экзантемы имеет морфологические границы и соответствующее определение.

Розеола (*roseola*) — небольшое пятнышко, размером от 1 до 5 мм в диаметре, чаще округлой формы, бледно-розового, красного или пурпурного цвета, с четкими или размытыми краями, не выступающее над уровнем кожи. Основное отличие розеола в том, что она исчезает при надавливании на область элемента сыпи прозрачным шпателем или при растягивании кожи и появляется вновь после прекращения давления (растягивания). Образуется в результате локального воспалительного расширения сосудов сосочкового слоя кожи (рис. 2.2).

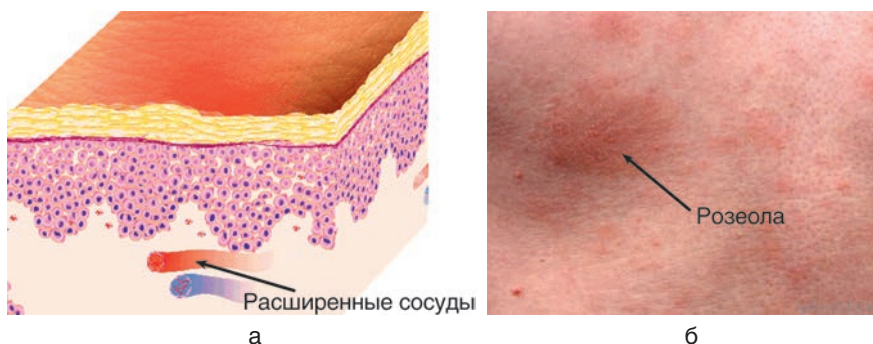


Рис. 2.2. Розеола (а–б)

Экзантема, представленная розеолами, обозначается как розеолезная сыпь. Встречается в начальном периоде кори, сыпного тифа, болезни Брилля–Цинссера, ку-лихорадки, крымской геморрагической лихорадки (КГЛ), блошиного сыпного тифа, марсельской лихорадки, клещевого сыпного североазиатского тифа, псевдотуберкулеза, лептоспироза, внезапной экзантемы, вызванной вирусами герпеса человека (ВГЧ) 6-го и 7-го типа.

Классическая розеолезная сыпь описана у больных брюшным тифом. Однако при брюшном тифе и паратифах А и В розеола несколько приподнимается над поверхностью кожи (*roseola elevata*), величиной до 5 мм, с четкими, очерченными краями, необильны, иногда одиночные. По образному выражению выдающегося русского терапевта М.П. Кончаловского, «одна звезда — еще не звездное небо, но одна розеола заставляет подумать о брюшном тифе». Некоторые авторы описывают эту сыпь как своеобразное сочетание розеол и папул (розеолно-папулезная).

Ее дифференцируют от розеолезной сыпи неинфекционного генеза, появляющейся после укуса насекомых и при вторичном сифилисе. Дифференциальная диагностика данной сыпи с развившейся в результате укусов насекомых может быть сложна. Необходимо учитывать сезон года и локализацию элементов на открытых от одежды участках кожи — на лице, руках. Большое диагностическое значение имеют проявления укусов насекомых, оставляющих след в виде единичных или многочисленных зудящих пятен, реже — папул. Последующее за этим развитие необъяснимой лихорадки, гепатоспленомегалии дает серьезное основание для подозрения и дальнейшего обследования пациента на лейшманиоз.

Близко к розеолезной сыпи стоит так называемая мелкоточечная сыпь. Она состоит из множества мелких (в диаметре около 1 мм) элементов красного цвета. При растяжении кожи эти элементы, как и розеолы, исчезают. Каждый элемент несколько возвышается над уровнем кожи, что обуславливает особую «бархатистость» кожи в области сыпи. Нередко эти элементы расположены на фоне гиперемии-рованной кожи. Иногда при развитии такой сыпи кожу сравнивают с наждачной бумагой. Данная экзантема характерна в большей степени для скарлатины, псевдотуберкулеза, кишечного иерсиниоза [сыпь по типу перчаток и носков (рис. 2.3)], менее — для стафилококковой инфекции, включая синдром стафилококкового токсического шока.



Рис. 2.3. Иерсиниоз, симптом перчаток и носков. Обильные сливные пятнистые высыпания, образующие участки эритемы на стопах и кистях, особенно на ладонях с отеком кистей

В диагностике скарлатины помогают выявление симптомов Филатова (бледный носогубный треугольник) и Пастиа (сгущение сыпи в местах естественных складок).

Дифференцируют от токсикодермии и скарлатиноподобной десквамативной рецидивирующей эритемы Фереоля–Бенье.

Пятно (*macula*) — это изменение окраски кожи без изменения рельефа и консистенции, представляет собой самый частый элемент сыпи при инфекционных заболеваниях, сходный с розеолой, но более крупных размеров (от 5 до 20 мм), не выступает над уровнем кожи, окраска такая же, как и у розеолы (рис. 2.4).

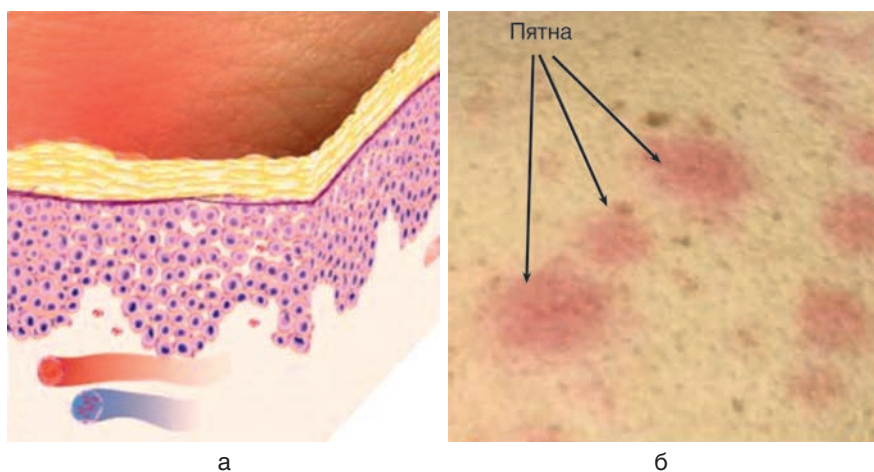


Рис. 2.4. Пятна (а–б)

По цвету и происхождению пятна подразделяются на красные (экзантемы), белые (витилиго), коричневые (цвета кофе с молоком, например, при туберозном склерозе), сине-черные (например, монголоидное пятно) (рис. 2.5), искусственные (татуаж).

Форма пятен может быть овальной, округлой или чаще неправильной, с фестончатыми краями. В отличие от дерматологов, инфекционисты выделяют мелкопятнистую сыпь, при которой элементы сыпи варьируют в диаметре от 5 до 10 мм, и крупнопятнистую сыпь с элементами диаметром 11–20 мм. Это разделение имеет дифференциально-диагностическое значение у больных краснухой (мелкопятнистая) и у больных корью, энтеровирусной инфекцией (крупнопятнистая сыпь) (рис. 2.6).

лимфоцитами) в кожные сосуды, реакциями гиперчувствительности I, III, IV типа по классификации P. Gell и R. Coombs.

Пятнистая сыпь встречается при инфекционных эритемах (Розенберга, Чамера, недифференцированной), австралийском клещевом риккетсиозе, болезни Окельбо (карельская лихорадка), инфекционном мононуклеозе, клещевом сыпном североазиатском тифе, кори, краснухе, лептоспирозе, лихорадке цуцугамуши, трихинеллезе, энтеровирусной (бостонской) экзантеме, эрлихиозе.

Дифференцируют от проявлений вторичного сифилиса, розового лишая и аллергического дерматита (рис. 2.7).

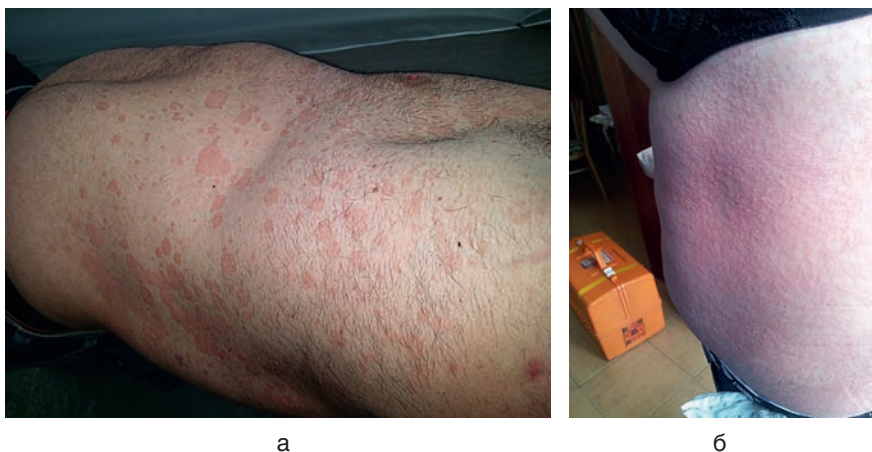


Рис. 2.7. Пятнистая сыпь: а — розовый лишай, обильная крупная пятнистая сыпь неправильной формы, местами сливная, с легким шелушением по краям элементов сыпи; б — аллергический дерматит, мелкоточечная папулезная сыпь

Эритема (*erythema*) — это обширные участки гиперемированной кожи красного, пурпурно-красного или пурпурного цвета, образующиеся в результате слияния крупнопятнистой сыпи (например, при кори, инфекционной эритеме Розенберга).

Эритема имеет фестончатые, изрезанные края, внутри эритематозных полей могут быть отдельные участки кожи с нормальной окраской (рис. 2.8).

Эритема возникает в результате расширения сосудов сосочков кожи и подсосочкового сосудистого сплетения. Выраженный воспалительный процесс отсутствует.



Рис. 2.8. Кольцевидная эритема (а–б)

Следует отличать от эритемы гиперемию кожи в результате острого местного воспаления, характерную для рожи, эризипелоида, сибирской язвы, некробациллеза, пастереллеза, при которых воспалительные участки приподняты над уровнем кожи, отечны и болезненны при пальпации.

Нет полного соответствия между терминами «эритема» и «инфекционная эритема». Так, морфологическим проявлением одной из форм инфекционной эритемы — узловой эритемы элементами сыпи являются узлы как элементы сыпи, а не эритема. Узловая эритема (*erithema nodosum*) является глубоким аллергическим васкулитом и встречается при ревматизме и других коллагенозах, кишечном иерсиниозе, бруцеллезе. Эта экзантема при иерсиниозе развивается через несколько недель от начала заболевания. Именно поэтому тщательно собранный анамнез болезни позволяет ретроспективно поставить диагноз иерсиниоза (рис. 2.9).

Следует помнить, что эритемой не считается гиперемия обширных участков кожи, также наблюдаемая у больных иерсиниозом, псевдотуберкулезом (симптомы капюшона, перчаток и носков), лептоспирозом, гиперемия подмышечных и паховых областей, шеи при скарлатине.

Мигрирующая эритема характерна для клещевого боррелиоза, который можно заподозрить у больного при наличии факта присасывания клеща в эндемичном районе и в весенне-летний период.



Рис. 2.9. Иерсиниоз. Обильная крупная пятнисто-папулезная сыпь на конечностях, включая ладони, со сгущением и образованием сливных эритематозных пятен вокруг суставов

При дифференциальной диагностике заболеваний с эритемой может возникнуть необходимость привлечения ревматолога и дерматолога для исключения таких заболеваний, как красная волчанка, центробежная кольцевидная эритема Дарье, гирляндобразная мигрирующая эритема Гамеля, фиксированная сульфаниламидная эритема, кольцевидная ревматическая эритема Лендорффа–Лейнера и др.

Папула (*papula*) — ограниченный, поверхностно расположенный бесполостный элемент, возвышающийся над уровнем кожи. Папулы могут быть заостренными и иметь конусовидную форму, плоскими, полушаровидными. Они имеют мягкую или плотную консистенцию, что определяется при пальпации. Поверхность папул может быть гладкой или покрытой чешуйками. Окраска папулы такая же, как у пятен и розеолы (рис. 2.10).

Различают воспалительные и невоспалительные папулы. При инфекционных болезнях появляются только воспалительные папулы.

Появление их обусловлено скоплением воспалительного инфильтрата в верхних слоях дермы, расширением кровеносных сосудов, развитием ограниченного отека или разрастания эпидермиса.

Величина папул варьирует от 1 до 20 мм. В зависимости от формы и величины папулы подразделяются на мелкие (1,0–1,5 мм),

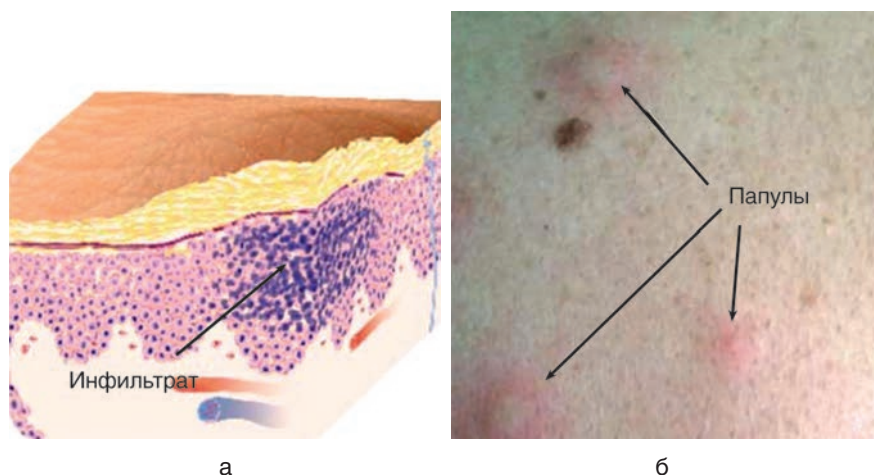


Рис. 2.10. Папула (а–б)

которые называют милиарными (величиной с просыное зерно, чаще конической формы, расположенные вокруг волосяного фолликула), более крупные (2–3 мм) — лентикулярные (выпуклые, овальные, круглые, плоские или многогранные размером с чечевицу или горошину) и нумулярные (монетовидные), возникающие в результате слияния между собой при периферическом росте крупных папул плоской формы. Слившиеся между собой папулы образуют бляшки, при объединении которых формируются площадки величиной с ладонь и больше. При разрешении папулезной сыпи может появиться шелушение кожи и остается пигментация. Сыпь подвергается обратному развитию без образования рубца.

При инфекционных болезнях папулезная экзантема является лишь кратковременной стадией развития элементов сыпи. По сути, нет инфекционной болезни, при которой в течение всего периода высыпания появлялась бы только папулезная сыпь. Папулы являются или компонентом в полиморфной сыпи, или стадией развития элементов сыпи. При дальнейшем своем развитии папулы могут переходить в другие морфологические элементы сыпи — пузырьки, пустулы. Подобная последовательность превращения имеет важное диагностическое значение. При появлении на месте папулы другого элемента сыпи следует говорить уже не о папуле, а об этом новом элементе сыпи. В случаях, когда элементы сыпи не однородные, а имеются

одновременно и папулы, и пятна, такая смешанная сыпь обозначается как макулопапулезная (пятнисто-папулезная, характерна для кори и краснухи) или розеолезно-папулезная. Своеобразное сочетание признаков розеол и папул отмечается при брюшном тифе и паратифах А и В.

Известен симптом Гризоля, позволяющий дифференцировать папулезную сыпь при кори и натуральной оспе: если больному корью растянуть участок кожи с папулезной сыпью, то папулы не пальпируются, при натуральной оспе папулу удастся прощупать на растянутой коже.

Инфекционные болезни, протекающие с папулезной сыпью, отличаются от неинфекционных папулезных дерматозов наличием высокой температуры тела и выраженных симптомов интоксикации. При дифференциальной диагностике необходима консультация дерматолога для исключения папулезного сифилиса (*syphilis papulesa*), псориаза, красного отрубевидного лишая, красного плоского лишая, нейродермита и др.

Волдырь (*urtica*) — немного возвышающийся над уровнем кожи внезапно развивающийся элемент островоспалительного характера, без полости внутри, величиной 2–15 см и более, круглой или овальной формы. Возникает в результате ограниченного острого воспалительного отека сосочкового слоя кожи, вызванного расширением и увеличением проницаемости капилляров и выходом через сосудистую стенку безбелкового экссудата, сдавливающего сосуды. В результате этого вначале волдырь имеет розово-красную окраску, затем бледнеет. Типичным является наличие бледной, фарфорово-белой окраски в центре и розово-красной — по периферии волдыря. При появлении волдыря возникает зуд и жжение кожи. Элементы сыпи имеют тенденцию к периферическому росту и слиянию между собой, в результате чего образуются кольцевидные гирляндоподобные очаги, напоминающие географическую карту (рис. 2.11).

Редкие случаи характеризуются образованием пузырей на поверхности волдыря. Элемент существует несколько часов, исчезает бесследно так же быстро, как и возникает, редко может сохраняться длительное время. Уртикарные элементы являются основным проявлением крапивницы, которая может быть острой (продолжительностью менее 6 нед) и хронической (более 6 нед).

Целый ряд как острых, так и хронических инфекций может сопровождаться уртикарными элементами.

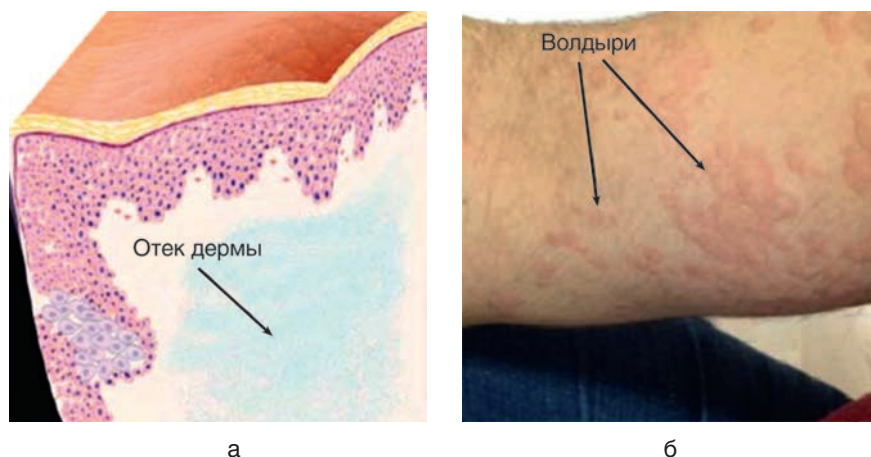


Рис. 2.11. Волдырь (а–б)

К микроорганизмам, способным вызывать крапивницу, относятся вирусы [Эпштейна–Барр (ВЭБ), энтеровирусы, риновирусы, вирус простого герпеса (ВПГ), вирус *Varicella zoster*], бактерии (*Helicobacter pylori*), простейшие (*Entamoeba histolytica*, *Lambliа intestinalis*, трихомонады), гельминты (токсокара, эхинококк, фасциола, трихинелла, нематоды, филярии, шистосомы), грибы (*Candida*, *Trichophyton*). Кроме инфекционных факторов, потенциальными этиологическими факторами крапивницы являются пищевые продукты, добавки, консерванты, лекарственные препараты, химические вещества, аэроаллергены, вызывающие аллергическую крапивницу, а также физические, психогенные факторы, укусы насекомых, генетические дефекты. Уртикарная экзантема может быть проявлением контактной крапивницы и сывороточной болезни. Уточнение этиологии крапивницы — сложная диагностическая задача. Полагают, что лишь 10–15% случаев крапивницы связаны с аллергическими факторами.

Бугорок (*tuberculum*) — ограниченное, плотное, бесполостное образование диаметром от 1 до 10 мм, от розовато-красного или желтовато-красного до медно-красного цвета. Бугорки образуются в результате скопления в дерме специфического воспалительного инфильтрата гранулематозного строения, который, в отличие от папулы, отчетливо определяется при пальпации (воспалительные бугорки). По клиническим проявлениям бугорок, особенно только что появившийся, сходен с папулой (по размерам, цвету, консистенции). Бугорки представля-

ют собой элементы, немного возвышающиеся над уровнем кожи, но залегающие глубоко в дерме, и при их пальпации всегда определяется инфильтрат, имеют четкие границы и тенденцию к группировке. В отличие от папул, при дальнейшем развитии бугорок может некротизироваться, образуя язву и оставляя после себя рубец.

Бугорок — это морфологический эквивалент реакции гиперчувствительности замедленного типа, поэтому он характерен для инфекций, сопровождающихся данным феноменом: кожного лейшманиоза, лепры, кожного туберкулеза, третичного и позднего врожденного сифилиса, грибковых поражений кожи. Для уточнения природы бугорка используют определение резистентности к давлению, проводимому пуговчатым зондом. При туберкулезных бугорках легкое давление зондом вызывает разрушение бугорка с кровотечением (зонд проваливается) — это симптом Пospelова. Бугорки (узелки) являются одним из главных критериев ревматической лихорадки (рис. 2.12).

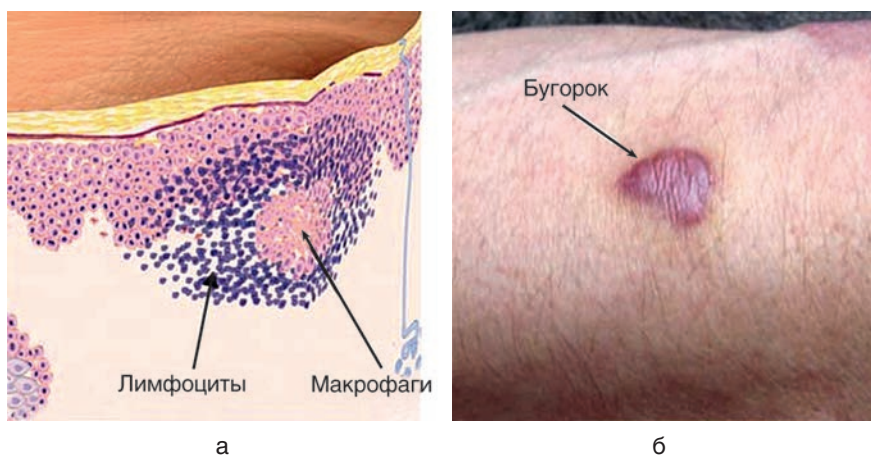


Рис. 2.12. Бугорок (а–б)

Невоспалительные бугорки — местные уплотнения кожи в результате развития в дерме фиброзной ткани, скоплений пигментных клеток. Этот вид бугорков не имеет столь большого значения в дифференциальной диагностике инфекционных болезней, а сами элементы легко дифференцируются от воспалительных бугорков при длительном сохранении без существенной динамики, с отсутствием воспалительных изменений.

Узел (*nodus*) — ограниченное плотное образование округлой или овальной формы, размером 1–5 см и более, без полости внутри. Образуется в результате формирования клеточного инфильтрата в подкожно-жировой клетчатке и собственно дерме (рис. 2.13).

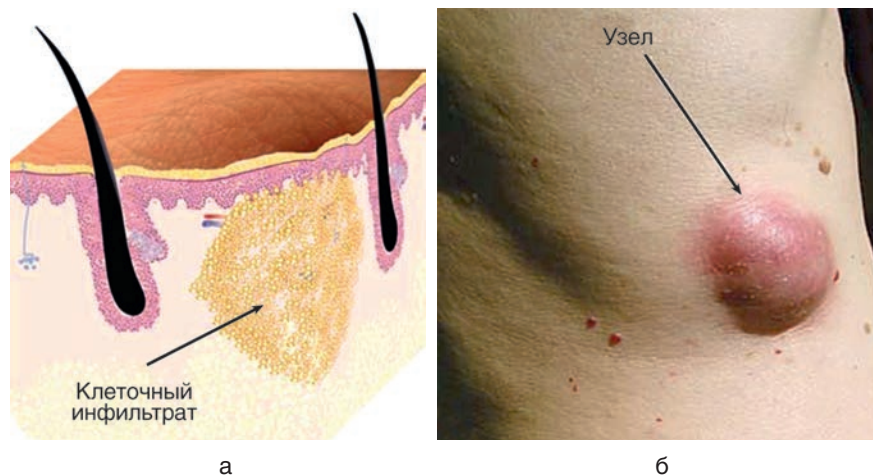


Рис. 2.13. Узел (а–б)

Узел воспалительного характера имеет мягкую консистенцию, четкие границы, спаян с эпидермисом, возвышается над поверхностью кожи, склонен к быстрому рассасыванию, кожа над ним красного цвета. Течение воспалительных узлов неодинаково, и в ряде случаев они исчезают бесследно (узловатая эритема). Узел, развившийся вследствие хронического специфического воспаления, расположен в глубоких слоях дермы, резко отграничен от окружающих тканей, не спаян с эпидермисом, имеет плотную консистенцию, склонен к распаду и изъязвлению с последующим рубцеванием. Развитием узловой эритемы могут сопровождаться заболевания, вызываемые β -гемолитическим стрептококком группы А (β -ГСА), иерсиниозы, хламидиоз, гистоплазмоз, фелиноз, туберкулез, сифилис (сифилитическая гумма), гельминтозы и протозойные инфекции. Неинфекционные причины узловой эритемы включают неспецифический язвенный колит, лимфогранулематоз, лейкозы, саркоидоз, прием сульфаниламидов, оральных контрацептивов.

Пузырек (*vesicula*) — мелкий полостной элемент с серозным или серозно-геморрагическим экссудатом. Развивается непосредственно

в эпидермисе, под роговым слоем, в середине или на границе с дермой. Он возвышается над уровнем кожи в виде элемента полушаровидной формы, диаметром от 1,5 до 5,0 мм. Как правило, везикула является переходным элементом в динамике развития экзантемы (пятно или розеола — папула — везикула — корочка), в дальнейшем сохнет с образованием прозрачной или бурого цвета корочки, которая отпадает, не оставляя следа. Встречается при ветряной и натуральной оспе, оспе обезьян, паравакцине (узелки доильщиц), опоясывающем и простом герпесе, эризипелоиде, ящуре, энтеровирусных болезнях, вызванных вирусом Коксаки А, тип 16, и энтеровирусом, тип 71, везикулезном (гамазовом) риккетсиозе (рис. 2.14).

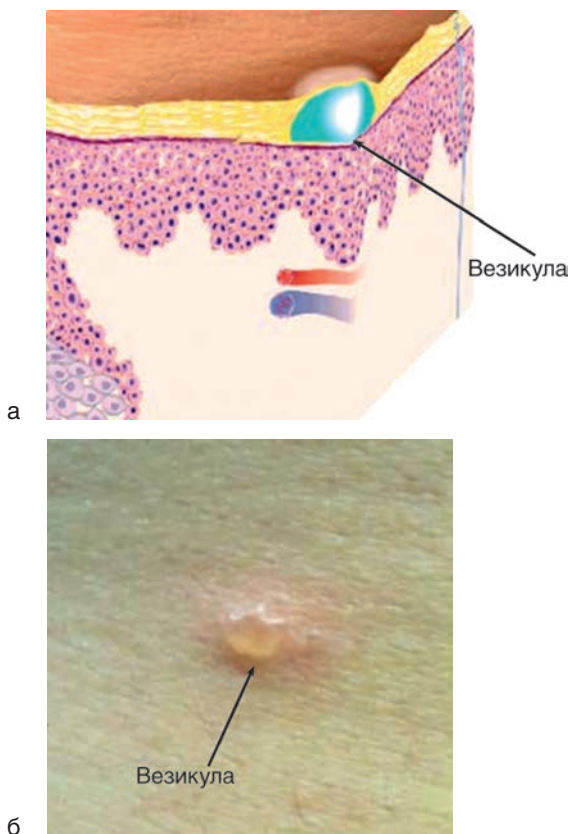


Рис. 2.14. Пузырек (а–б)

Различают однокамерные (при ветряной оспе) и многокамерные (при натуральной оспе) везикулы. При ветряной оспе элементы расположены интраэпидермально, окружены венчиком гиперемии; воспаление не захватывает дерму, поэтому на месте везикулы рубец не образуется. При тяжелом течении ветряной оспы возможна трансформация везикул в пустулы благодаря присоединению вторичной бактериальной микрофлоры, и в этом случае возможно образование на месте пустул мелких рубчиков.

Многокамерные везикулы образуются в результате баллонной дегенерации соседних клеток эпителия, вызванной вирусом натуральной оспы; перегородки между клетками сохраняются, и в месте их смыкания, благодаря меньшей эластичности, образуется пупковидное втяжение. Контуры таких везикул неровные, фестончатые (рис. 2.15).



Рис. 2.15. Ветряная оспа. Обильные полиморфные высыпания: папулы, разнокалиберные однокамерные везикулы с серозным содержимым, в центре везикулы с пупковидным втяжением

При прокалывании многокамерная везикула, в отличие от однокамерной, полностью не спадается. Везикулы при натуральной оспе расположены на плотном на ощупь инфильтрированном основании, воспаление захватывает сосочковый слой дермы; они часто трансформируются в пустулы и разрешаются с образованием рубцов.

Везикулезные элементы дифференцируют от проявлений дисгидроза, потницы и экзем. Истинную везикулезную сыпь следует отличать от *miliaria crystalline* — своеобразной мелкопузырьковой бледной сыпи, появляющейся на обычного цвета коже шеи, туловища, груди и живота при потнице (*s. sudamina*), и от *s. miliaria rubra* — красной сыпи, появ-

ляющейся, как правило, на туловище при обильном потоотделении (например, во время резкого снижения температуры тела). Ее дифференциально-диагностическое значение связано со сходством со scarlatinной экзантемой, известной под названием *scarlatina miliaris*.

Пустула (*pustula*) — гнойничок, полостной элемент, который представляет собой пузырек, заполненный мутным (гнойным) содержимым за счет скопления большого количества лейкоцитов, отмечаются воспалительные изменения в основании и вокруг в виде венчика гиперемии (рис. 2.16).

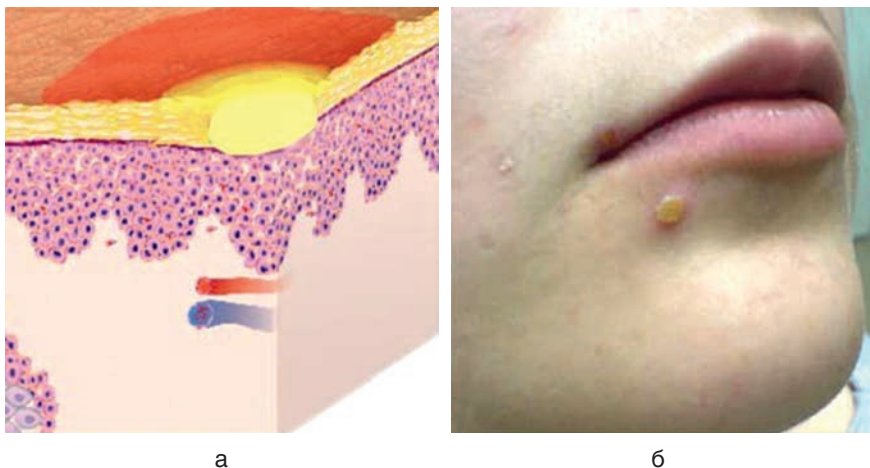


Рис. 2.16. Пустула (а–б)

Пустула является следующим звеном в развитии везикулы (везикула—пустула—корочка; пятно—везикула—пустула—язва и др.). Следующим этапом превращения при обратном развитии пустулы является образование корочки, под которой происходит заживление без рубца, но иногда заканчивается исходом в рубчик (натуральная оспа). В ряде случаев пустула может формироваться на неизменной коже, например мелкие метастазы стафилококковой инфекции, в отдельных случаях пустула — начальный элемент развития язвы, что наблюдается при каждой форме сибирской язвы.

В результате изменения пустулы может формироваться незначительная эрозия (*impetigo*), язвенная поверхность (*ecthyma*) более значительных размеров и глубины, чем сама пустула, и покрытая коркой язва (*rupia*) имеет склонность разрастаться в размерах.

Пузырь (*bulla*) — полостной элемент, выступающий над поверхностью кожи, с серозным, серозно-геморрагическим (рис. 2.17) или гнойным содержимым, размером от 5 мм до 10 см и более.



Рис. 2.17. Рожь левой голени, буллезно-геморрагическая форма. Очаг эритемы и отека, геморагии, крупная булла с геморрагическим содержимым

Границы пузыря четкие, очертания круглые или овальные. Образуется внутри эпидермиса, субэпидермально (многоформная экссудативная эритема, буллезная форма рожи, сибирская язва, герпетиформный дерматоз) и в шиповатом слое (вульгарная пузырчатка). Пузырь чаще однокамерный. Многокамерный пузырь образуется при слиянии нескольких более мелких булл и после вскрытия спадается, образуя корочку. Покрытие (крышка) пузыря может быть напряженным и дряблым.

При вскрытии пузыря может формироваться **эрозия** (*erosio*), с последующей нестойкой пигментацией. Буллезная экзантема может появиться на гиперемированной коже (буллезная форма рожи) или на фоне эритемы (многоформная экссудативная эритема), что характерно для многих кожных болезней (пузырчатка, буллезного пемфигоида Лехера и др.), синдрома Лайелла, синдрома Стивенса—Джонсона. Пузыри наблюдаются не только при инфекционных болезнях, но могут быть при ожогах (термических, химических, растениями), укусах змей. Иногда пузыри появляются и на неизменной коже (травматические и др.).

Геморрагия (*haemorrhagia*) — кровоизлияние в кожу различной формы и размеров в результате деструкции (разрыв), повышения проницаемости сосудов кожи и выхода эритроцитов из кровеносных сосудов в окружающую соединительную ткань дермы или подкожно-жировой клетчатки, не изменяющее цвет при надавливании на элемент (рис. 2.18).

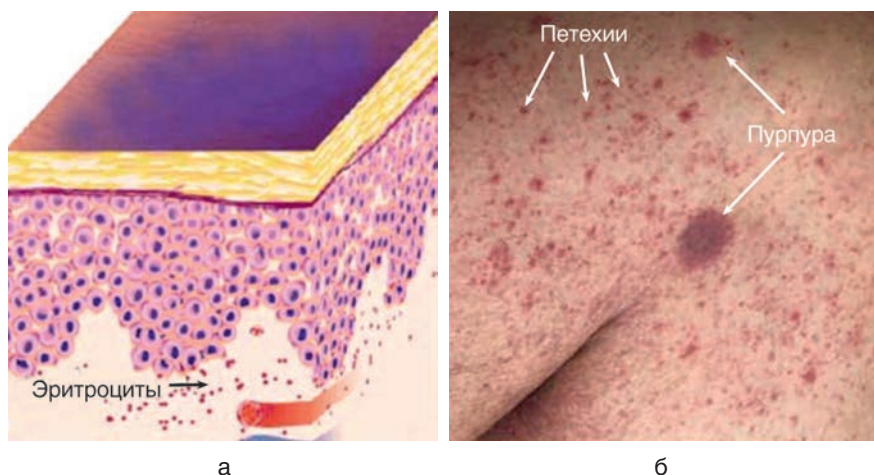


Рис. 2.18. Геморрагия (а–б)

Окраска в первое время после их появления бывает вначале красной, затем последовательно становится синей, зеленой, желтой, светло-коричневой, грязно-серой. Геморрагии исчезают бесследно, крупные — через 2–3 нед, мелкие значительно быстрее. По величине и форме геморрагии подразделяются на следующие элементы: петехии (*petechiae*) — точечные кровоизлияния до 1–2 мм в диаметре на фоне нормальной кожи (первичные петехии) или на фоне розеол — петехиальная трансформация (вторичные петехии). Различают мелкую геморрагическую (петехиальную) сыпь и крупную (звездчатую, некротическую). Множественные кровоизлияния округлой формы, диаметром от 2 до 5 мм, именуются как **пурпура** (*purpura*). Дерматологи под пурпурой понимают кровоизлияния диаметром до 2 см.

Геморрагии неправильной формы, размером более 5 мм называют экхимозами (*ecchymosis*). Петехии исчезают бесследно, крупные геморрагические элементы — оставляют грубые рубцы, при большом объеме поражения — глубокие некрозы, ведущие к ампутации дистальных участков.

Кровоподтеки (*sugillationes*) — кровоизлияния на местах инъекций или ушибов. Они не являются собственно разновидностью экзантемы, но в случае образования обширных кровоподтеков в местах инъекций или немотивированном появлении (без заметной травматизации) имеют диагностическое значение как показатель повышенной ломкости



Рис. 2.19. Кровоподтек

сосудов, часто встречаемой при развитии геморрагического синдрома (рис. 2.19).

Кровоизлияния в уже имеющиеся у пациента элементы сыпи (при кори, брюшном тифе, оспе и др.) говорят о геморрагическом превращении сыпи. Геморрагические элементы сыпи наблюдаются при многих инфекционных болезнях и имеют большое значение как для дифференциальной диагностики, так и для оценки тяжести течения болезни.

Геморрагическая экзантема характерна для генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ) — менингококкемии, септицемии, сыпного тифа, болезни Брилля—Цинссера и геморрагических лихорадок. Характерно появление петехий (*petechia*) — точечных кровоизлияний на фоне неизменной кожи (первичные петехии) или на фоне розеол (вторичные петехии). Геморрагии, расположенные в виде полосок, называются *vibices*. При геморрагических лихорадках, менингококковом, стрептококковом, стафилококковом сепсисе может появиться пурпура (*purpura haemorrhagica*) — множественные геморагии округлой формы, размером от 2 до 5 мм (рис. 2.20), и экхимозы (*ecchymoses*) — кровоизлияния неправильной формы, размером более 5 мм. Экхимозы диаметром более 10 мм подвержены некрозу. Следует подчеркнуть, что кровоподтеки (*sugillationēs*) — кровоизлияния в месте инъекции — не являются разновидностью экзантемы. Дифференциальную диагностику в первую очередь проводят с геморрагическими васкулитами (такими как простая пурпура, некротическая пурпура, ревматическая пурпура, болезнь Шенлейна—Геноха и др.), тромбоцитопенической пурпурой, лейкозами, авитаминозами Р и С, диабетом и др.

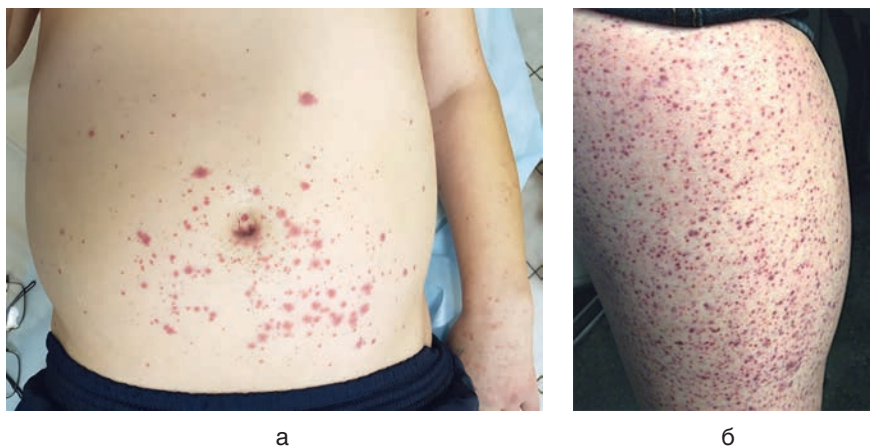


Рис. 2.20. Геморрагическая экзантема: а — крупные геморрагии в области живота; б — геморрагическая сыпь на правом бедре

2.3. ХАРАКТЕРИСТИКА ВТОРИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ

Как уже указывалось выше, вторичные элементы сыпи возникают в результате превращения, дальнейшего развития первичных морфологических элементов. В связи с этим они имеют большое значение в дифференциальной диагностике инфекционных болезней в более поздние периоды заболевания, а также для ретроспективной диагностики. Рассмотрим отдельные вторичные морфологические элементы.

Дисхромия кожи (*dischromia cutis*) — это нарушение пигментации, возникающее на месте разрешившейся экзантемы (рис. 2.21).

Гиперпигментация, или, как ее чаще называют, пигментация (*pigmentation*), появляется вторично — возникновение темных, бурого цвета пятен в местах локализации первичных элементов в результате синтеза меланина и/или отложения гемосидерина в клетках базального слоя эпидермиса. Выраженность и продолжительность пигментации различны. Так, после коревой макулопапулезной сыпи, особенно с геморрагическим пропитыванием, пигментация выраженная и сохраняется длительно. На месте брюшнотифозной розеолы появляется едва заметное буроватое пятнышко, быстро и бесследно исчезающее. Возможно появление пигментации на месте вторичных элементов (язв, эрозий).

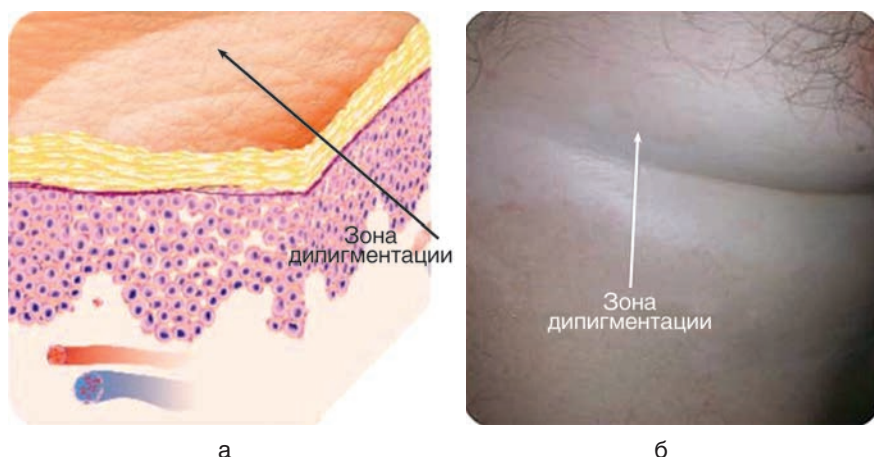


Рис. 2.21. Дисхромия кожи (а–б)

Депигментация (*depigmentatio*) возникает в результате уменьшения содержания меланина в местах локализации исчезнувших первичных морфологических элементов экзантемы — узелка, бугорка (кожный лейшманиоз, туберкулез и др.) или вторичных элементов — язв и эрозий («лучистая» депигментация при лепре).

Чешуйка (*squama*) представляет собой скопление разрыхленных отторгающихся клеток рогового слоя, потерявших связь с подлежащим эпидермисом. В норме такое отторжение происходит постоянно в небольшом количестве и остается незаметным. При заболеваниях с поражением кожи в периоде выздоровления чешуйки образуются в большом количестве на месте первичных морфологических элементов, чаще папул, бугорков и розеол.

В зависимости от формы и величины чешуек различают мелко- и крупнопластинчатое шелушение (рис. 2.22).

Мелкопластинчатое, отрубевидное шелушение (*desquamatio pityriasiformis*) наблюдается при кори, отрубевидном лишае, псевдотуберкулезе, иерсиниозе и выглядит как припудренная (ксеродермия) или присыпанная мукой поверхность кожи.

Крупнопластинчатое шелушение (*desquamatio lamellose*) характеризуется более крупным размером чешуек — от 1 до 5 мм, причем они могут отделяться от кожи целыми пластинами. Разновидностью пластинчатого шелушения является листовидное шелушение (чешуйки размером более 5 мм). Подобное шелушение характерно для скарла-

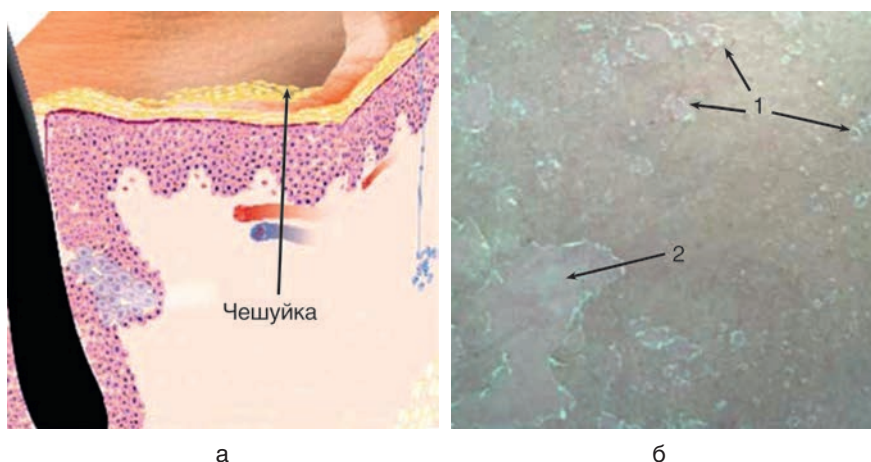


Рис. 2.22. Чешуйка (а). На снимке (б) видно мелкопластинчатое (1) и крупнопластинчатое (2) шелушение

тины, псевдотуберкулеза, токсикодермии, геморрагической лихорадки, иерсиниоза (на кистях и стопах) и десквамативной эритродермии Лейнера.

Шелушение, появляющееся в периоде выздоровления после инфекционных болезней, имеет важное значение для дифференциальной диагностики в поздние периоды заболеваний или во время реконвалесценции (краснуха, скарлатина, иерсиниоз, лихорадка денге и др.) (рис. 2.23).



Рис. 2.23. Скарлатина, мелкопластинчатое шелушение на подушечках пальцев

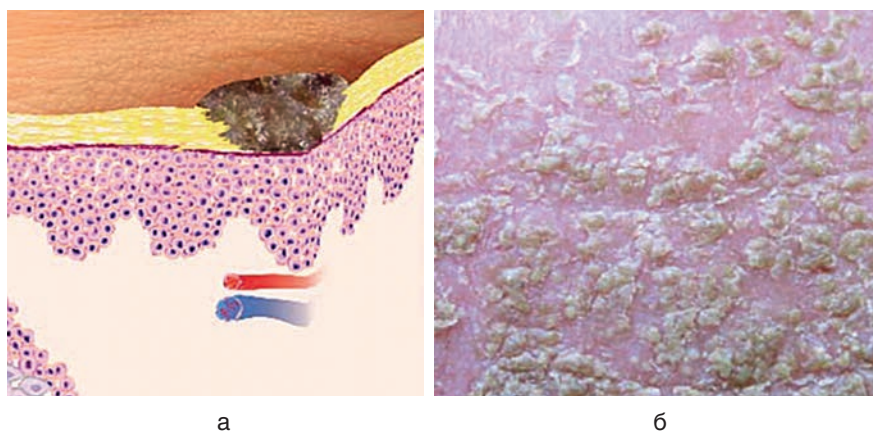
Появление или отсутствие шелушения на месте экзантемы, в том числе и исчезнувшей до осмотра специалиста, позволяет правильно поставить диагноз у пациентов с атипичным течением инфекционного процесса.

Корка (*crusta*) представляет собой продукт сгущения и высыхания различного рода экссудатов первичных элементов экзантемы (везикулы, пузырь, пустулы) и заживления вторичных элементов (эрозий, язв). Различают серозные корки (полупрозрачные или сероватого цвета), гнойные (желтые, зеленовато-желтые) и геморрагические (коричневые, темно-красные, черные).

По форме описаны слоистые (устрицеподобные) корки (сифилитическая рупия) и импетигиозные корки, сходные с каплями засохшего меда. Величина корок соответствует величине предшествовавшего ей элемента сыпи.

Корки (рис. 2.24) образуются при ветряной и натуральной оспе, опоясывающем герпесе, сибирской язве, пиодермии, импетиго, вульгарной эктима (рис. 2.25) и др.

Эрозия (*erosio*) — дефект эпидермиса, образующийся после вскрытия полостных первичных элементов (пузырьков, пустул, пузырей), вторичный морфологический элемент сыпи — мокнущая поверхность розового или красного цвета, соответствующая по величине и форме первичному элементу. Дно эрозии выстилает эпидермис или частично сосочковый слой дермы. Над краями эрозии нависают обрывки эпидермиса (рис. 2.26).



а

б

Рис. 2.24. Корка (а–б)



Рис. 2.25. Эктима. Округлая бляшка с приподнятыми краями, шелушением и трещиной в центре, в окружении — мелкие бляшки с шелушением

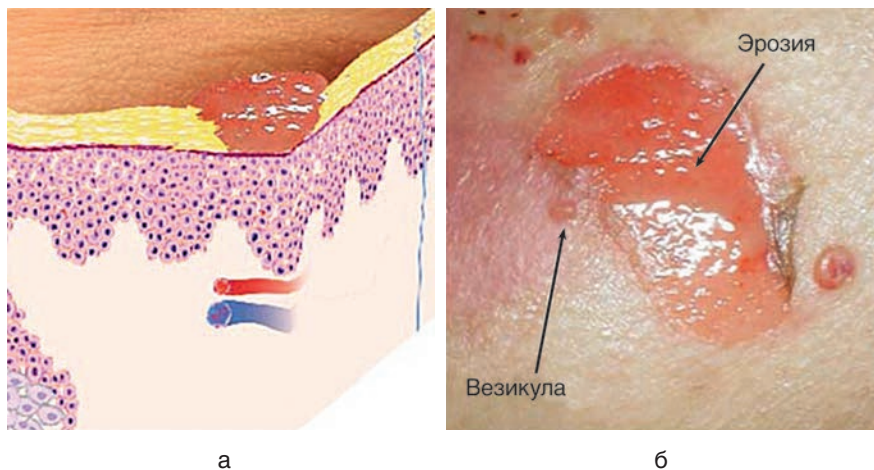


Рис. 2.26. Эрозия (а–б)

Из инфекционных болезней эрозии встречаются при тех нозологических формах, которым свойственны везикулы или пустулы (ветряная оспа, герпетическая инфекция и др.). Эрозии на месте герпетической сыпи сохраняют форму и соответствуют количеству бывших пузырьков. При заживлении эрозии не оставляют стойких изменений кожи. При сифилисе эрозии могут возникать на месте сифилитических папул или на фоне ограниченного инфильтрата (твердый шанкр). Для инфекционных болезней такой механизм возникновения эрозий не характерен. Первичные эрозии кожи, которые нетрудно от дифференцировать

от вторичных, могут развиваться в результате мацерации, трения, травмы и др. Для дифференциальной диагностики инфекционных болезней они значения не имеют.

Язва (*ulcus*) — глубокий дефект кожи, как правило, локализуется в месте входных ворот инфекции, достигающий дермы, подкожно-жировой клетчатки, фасций, мышц, костей. Возникает в результате распада ткани первичного элемента (бугорка, узла, глубокой пустулы, а при сибирской язве — вследствие последовательного разрушения дочерних везикул и пустул, формирующихся по краю материнского карбункула) и всегда заживает с образованием рубцов. Окружающая язву ткань часто инфильтрирована, но воспалительные изменения могут отсутствовать (первичный аффект при туляремии). Форма язвы (круглая, овальная, линейная, продолговатая, неправильная) и ее размеры (от 1 мм до 15 мм и больше) имеют дифференциально-диагностическое значение (рис. 2.27).

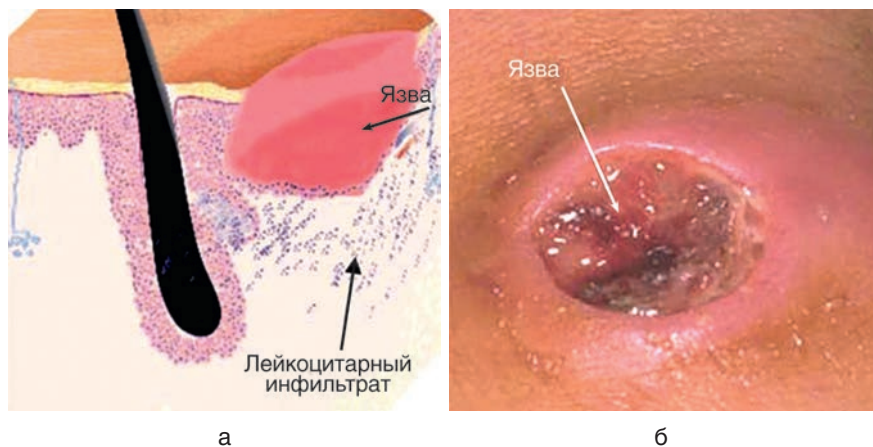


Рис. 2.27. Язва (а–б)

Края язвы могут быть подрытыми, отвесными, блюдцеобразными, каллезными, мягкими и др. Описаны язвы с ровным, гладким (твердый шанкр), кратероподобным (сифилитическая гумма) дном, с выраженными грануляциями на поверхности (кожный лейшманиоз). Язва всегда заживает рубцом, размеры которого соответствуют величине язвы и глубине некротических изменений.

Образование язвы характерно для системного клещевого боррелиоза, доброкачественного лимфоретикулеза, кожно-бубонной формы

чумы и туляремии, кожной формы сибирской язвы, кожного лейшманиоза, нокардиоза, марсельской лихорадки, онхоцеркоза, содоку, ящура и др. Их дифференцируют от травматических и трофических язв, скрофулодермы, сифилитической гуммы и др.

Трещины, надрывы (*fissura, rhagades*) определяются как линейные нарушения целостности кожи, возникающие вследствие чрезмерной ее сухости или потери эластичности при воспалительной инфильтрации (рис. 2.28).

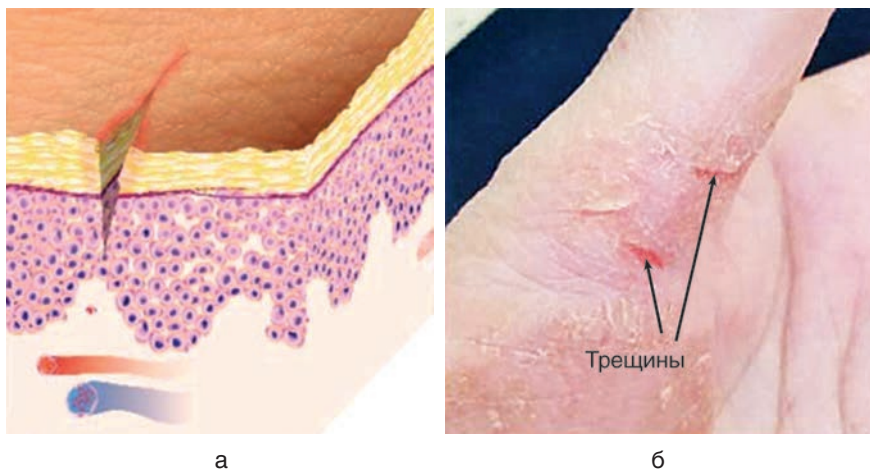


Рис. 2.28. Трещина (а–б)

В зависимости от глубины нарушения целостности кожи различают поверхностные и глубокие трещины. Поверхностные трещины локализируются в пределах эпидермиса, из них выделяется серозная жидкость. Глубокие трещины проникают в собственно дерму, из них выделяется серозно-кровянистая жидкость; такие трещины обычно болезненны. Чаще трещины образуются в области естественных складок кожи (в углах рта, за ушной раковиной, в межпальцевых складках) или на местах, подвергающихся растяжению (над суставами, на ладонях). Поверхностные трещины (эпидермальные) заживают без рубца, глубокие (дермальные) — рубцом.

Рубец (*cicatrix*) — грубоволокнистые соединительнотканые разрастания, замещающие глубокие дефекты кожи, образовавшиеся в результате изъязвления бугорков, глубоких пустул и узлов. Цвет свежих рубцов розово-красный, их поверхность блестит (рис. 2.29).

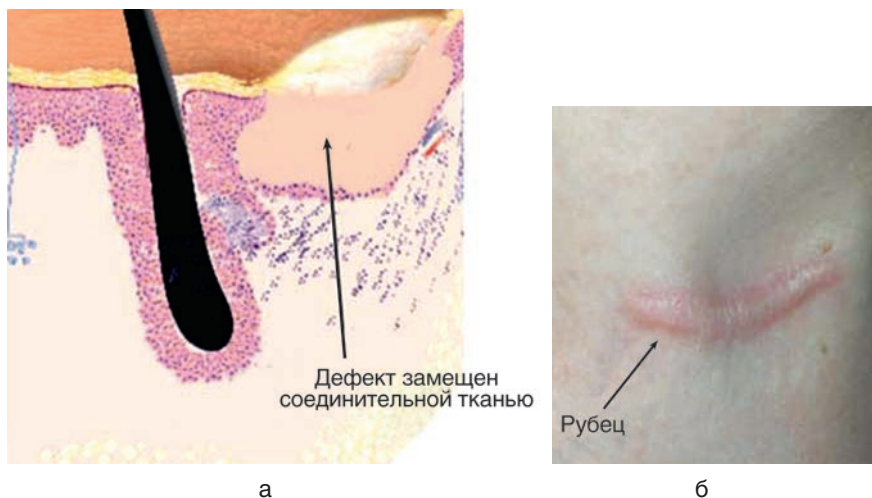


Рис. 2.29. Рубец (а–б)

Старые рубцы могут быть как гиперпигментированными, так и в исходе депигментированными. Образование рубца сопровождается гибелью сальных и потовых желез, волосяных фолликулов, сосудов и эластических волокон, исчезновением кожного рисунка.

Рубцы бывают плоскими, возвышающимися над поверхностью кожи (келоидными) (рис. 2.30), гипертрофическими (их разновидность — келоидные) и атрофическими с истонченной поверхностью, лежащими ниже уровня кожи.



Рис. 2.30. Гипертрофический (келоидный) рубец

По величине и форме они соответствуют замещаемому дефекту кожи. В инфекционной патологии встречаются при всех заболеваниях, при которых образуются язвы, реже формируются небольшие рубцы (рубчики) на месте оспенных пустул (натуральная оспа, редко — ветряная оспа).

Рубцовая атрофия (*atrophia cicatrix*) — это рубцевидное изменение кожи, похожее на атрофические рубцы, но развивающееся без вскрытия на поверхность кожи разрешившегося первичного элемента, то есть без образования видимого дефекта кожи — язвы. Формирование рубцовой атрофии возможно на месте не изъязвляющихся, а разрешающихся сухим путем очагов поражения. Кожа при этом истончена, лишена нормального рисунка, нередко западает по сравнению с окружающими неизмененными участками. Подобные поражения наблюдаются при таких кожных заболеваниях, как красная волчанка, склеродермия.

Экскориация (*excoriatio*) — дефект кожи, проявляющийся нарушением целостности кожного покрова в результате повреждения его при травмах и расчесах. При дефекте эпидермиса в пределах только рогового слоя видны лишь шелушащиеся полоски. При нарушении целостности нижележащих слоев эпидермиса появляется серозное отделяемое, возможно капиллярное кровотечение с последующим образованием желтоватых или кровянистых корочек.

Ссадина — это поверхностное механическое повреждение кожи, не глубже сосочкового слоя (рис. 2.31). Возникает в результате тангенциального воздействия тупых или острых (царапины) предметов.

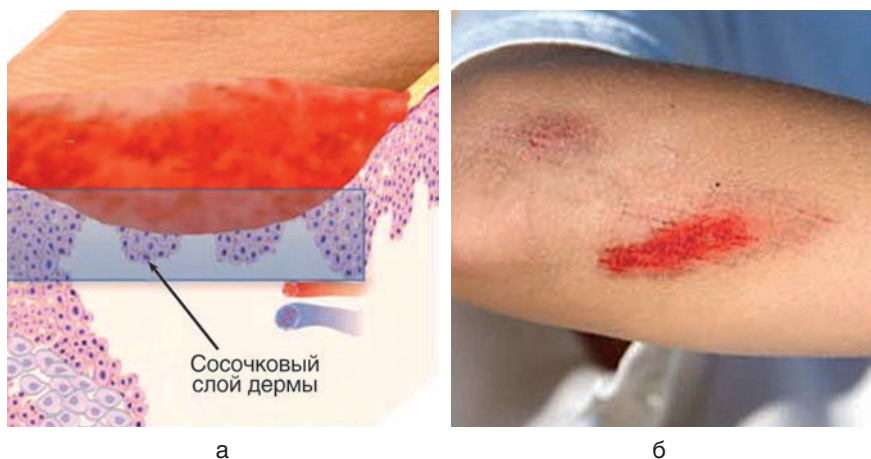


Рис. 2.31. Ссадина (а–б)

После заживления состояние кожного покрова полностью восстанавливается, образование рубца не происходит. В зависимости от глубины повреждения ссадины разделяются на поверхностные — повреждение только эпидермиса и глубокие — повреждение всех слоев эпидермиса и верхних слоев дермы.

Лихенификация (*lichenificatio*) характеризуется утолщением, уплотнением кожи за счет папулезной инфильтрации, усилением кожного рисунка. Кожа в пределах очагов лихенификации напоминает шагрелевую (рис. 2.32). Данные изменения наблюдаются при таких кожных заболеваниях, как нейродермит, экзема.

Вегетация (*vegetatio*) — это разрастание эпителия и сосочкового слоя дермы (рис. 2.33).

Наблюдаются при обыкновенной волчанке, вегетирующей пузырьчатке, сифилисе, актиномикозе. Они могут иметь вид сгруппированных сосочковых разрастаний, напоминающих по внешнему виду цветную капусту. Вегетации могут локализоваться на поверхности папул, эрозий, на дне язвы, особенно при расположении этих элементов в области естественных складок. Они сочные, мягкие, ярко-красного цвета, легко кровоточат. Важными условиями возникновения вегетаций являются наличие выделений и мацерация кожи. Наблюдаются при обыкновенной волчанке, вегетирующей пузырьчатке, сифилисе, актиномикозе.

2.4. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЫПИ

Перечисленные выше элементы экзантемы являются основными, встречаются при инфекционных болезнях, и при их выявлении проводится соответствующая дифференциальная диагностика. Следует обратить внимание, что начинать дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с экзантемой, необходимо с выявления и точного определения вида элементов сыпи. Для этого следует тщательно осмотреть кожный покров, так как могут отмечаться лишь единичные элементы сыпи, и их обнаружение возможно только при целенаправленном осмотре. Следует охарактеризовать сначала кожу и подкожную клетчатку, затем появившуюся на ней экзантему по следующим критериям:

- время появления;
- последовательность распространения;

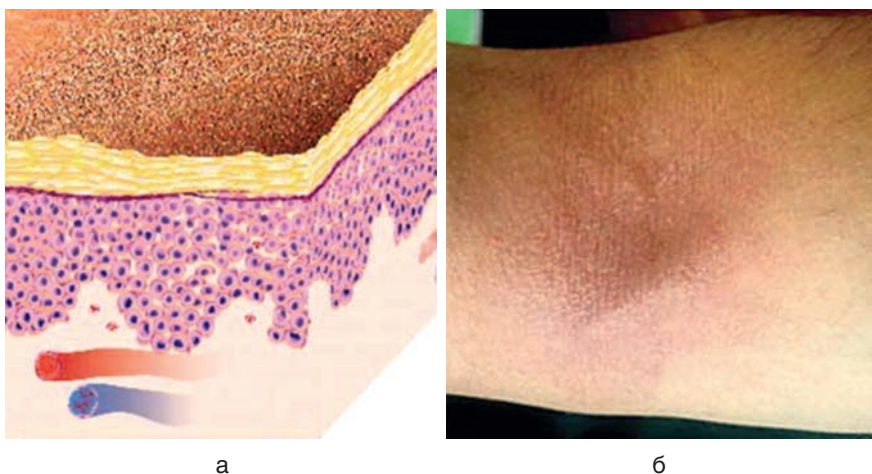


Рис. 2.32. Лихенификация (а–б)

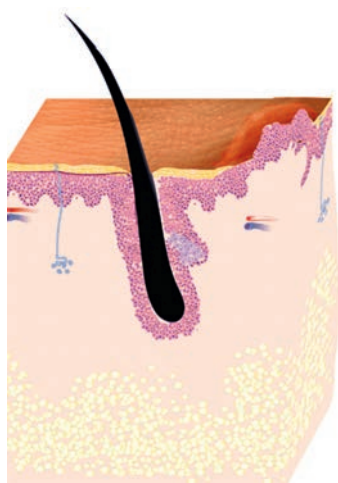


Рис. 2.33. Вегетация выделений и мацерация кожи

- локализация;
- количество;
- размеры;
- форма элементов;
- метаморфоз сыпи.

Для определения состояния поверхности элемента прибегают к пальпации. Проводя по поверхности элемента экзантемы указательным пальцем (без сильного надавливания), определяют состояние поверхности, а сдавливая элемент с противоположных сторон двумя пальцами — его плотность.

Если экзантема по всему кожному покрову или на отдельных участках представлена однородными морфологическими элементами, то такую сыпь называют мономорфной. Она характерна для брюшного тифа (мономорфная розеолезная сыпь), натуральной оспы (мономорфизм сыпи на отдельных участках тела).

Если при осмотре больного одновременно выявляют различные морфологические элементы сыпи (например, и розеолу, и пятно, и папулу, и т.д.), то такую сыпь называют полиморфной, или смешанной. Так, макулопапулезная сыпь (элементы от 5 до 20 мм) типична для кори и инфекционной эритемы Розенберга; розеолезно-папулезная и розеолезно-петехиальная — при сыпном тифе, розеолезно-петехиальная — при КГЛ. Ярким примером полиморфизма является ветряная оспа, при которой одновременно выявляются пятно, папула, везикула, пустула и корочка (рис. 2.34).



а

б

Рис. 2.34. Ветряная оспа: а — обильные полиморфные высыпания на лице, шею и волосистой части головы: папулы, разнокалиберные везикулы с серозным содержимым, в центре отдельных элементов — корочки; б — пустулезные элементы сыпи

Кроме определения вида отдельных элементов, следует уточнить другие особенности экзантемы, необходимые для дифференциальной диагностики. От патогенеза инфекционного процесса зависят сроки возникновения экзантемы — с первых дней болезни или спустя некоторое время после появления клинических проявлений болезни.

Очень важный признак — **время появления экзантемы**. При инфекционных болезнях экзантемы рекомендуется разделять по времени их появления.

- Заболевания, при которых сыпь появляется с первых дней болезни (скарлатина, краснуха, ветряная оспа, менингококкемия, инфекционная эритема Чамера, везикулезный риккетсиоз).
- Заболевания, при которых сыпь появляется на 4–5-й день болезни (корь, сыпной тиф, псевдотуберкулез, натуральная оспа, марсельская лихорадка).
- Заболевания, при которых сыпь выявляется со 2-й недели болезни и позже (брюшной тиф, паратифы А и В, лептоспироз и др.).

Последовательность распространения сыпи. При ряде заболеваний сыпь появляется одномоментно (скарлатина, геморрагические лихорадки, псевдотуберкулез). При краснухе сыпь возникает на лице и распространяется в течение нескольких часов. Этапность прослеживается при кори (в 1-й день болезни экзантема появляется на лице и шее, на 2-й день — на туловище и верхних конечностях, на 3-й день — на нижних конечностях). При менингококкемии (в 1–2-й день — на дистальных участках и туловище, 3-й день — на шее и лице). При натуральной оспе к концу 2–3-х суток можно обнаружить мелкую, папулезную сыпь на лице, разгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища, нижней части живота, в области треугольника Симона и плечевых треугольников. Типичные высыпания появляются с 3–4-го дня болезни в строгой последовательности: на слизистых оболочках щек и глотки, затем на лбу и висках, на лице, руках, туловище и нижних конечностях.

Повторные высыпания (в инфекционной практике их часто называют «подсыпания») имеют дифференциально-диагностическое значение. При брюшном тифе каждая волна лихорадки может давать новые розеолы. Подсыпания характерны для ветряной оспы, благодаря чему на одном участке кожи можно увидеть элементы в разной фазе развития. При риккетсиозах появляется сначала матричный элемент, далее идет распространение по телу.

2.5. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ ИЛИ МЕСТА СГУЩЕНИЯ ЭКЗАНТЕМЫ

Диагностическое значение имеет скопление сыпи на определенных частях тела (голове, туловище, конечностях) и зонах тела (коже живота, сгибательной или разгибательной поверхности конечностей, паховой области и т.д.). Так, при скарлатине сыпь с особым постоянством выявляется на щеках, шее, в подмышечных впадинах, на нижней части живота, в паховых областях и на сгибательной поверхности конечностей. При ветряной оспе высыпания гуще на лице и туловище и реже — на конечностях; при натуральной оспе, напротив, на конечностях и лице. Сыпному тифу свойственна сходная локализация сыпи: боковые поверхности туловища, грудь, сгибательная поверхность верхних конечностей, но ее не бывает на лице и шее. При псевдотуберкулезе экзантема сгущается в естественных складках (локтевые сгибы, паховые складки, подмышечные впадины) и вокруг суставов. При брюшном тифе и паратифах А и В элементы сыпи более густо располагаются на коже живота, при инфекционной эритеме Розенберга — в области крупных суставов и крестца.

Локализация сыпи может иметь прогностическое значение. Известно, что появление геморрагической сыпи на лице, шее и туловище при менингококковой инфекции (МИ) — признак неблагоприятного течения. Указывая локализацию сыпи, отмечают те части тела, где она имеется, при некоторых заболеваниях дается описание преимущественной ее локализации.

Количество элементов сыпи. Единичные элементы сыпи характерны для брюшного тифа (3–5 розеол на животе). Сыпь считается необильной, если элементов сыпи значительное количество, но они легко сосчитываются. Для скарлатины, кори, краснухи типична обильная сыпь — элементы не поддаются подсчету (рис. 2.35).

Размеры элементов следует обозначать в линейных единицах измерения (мм, см).

Форма элементов сыпи описывается как круглая, овальная, звездчатая, неправильная. Например, для менингококкемии характерна неправильная, звездчатая форма элементов, для мигрирующей эритемы при болезни Лайма — овальная (рис. 2.36).

Динамика сыпи (склонность к слиянию и образованию крупных сливных очагов). Например, при кори, инфекционном мононуклеозе, лептоспирозе элементы сыпи часто сливаются в сплошные эритематозные поля, при краснухе такой тенденции нет.



Рис. 2.35. Корь. Обильная мелкая пятнисто-папулезная сыпь на туловище, местами сливная



Рис. 2.36. Системный клещевой боррелиоз, фаза первичных проявлений: мигрирующая эритема в месте присасывания клеща. Крупный, прогрессивно увеличивающийся элемент овальной формы, с четкими контурами, возвышающийся над поверхностью кожи (а–б)

Метаморфоз сыпи. Диагностическое значение имеет последовательный переход элементов сыпи от одной стадии к другой, например превращение в динамике папулы в пузырек с геморрагическим содержимым, а затем в язву с валикообразными краями и черным струпом в центре является патогномоничным признаком сибирской язвы. Последовательный переход пятна в папулу, затем в везикулу, впоследствии покрывающуюся корочкой, характерен для ветряной оспы и вариолоида.

Цвет кожи имеет существенное диагностическое значение. Так, бледность кожи при фебрильной лихорадке наблюдается при сепсисе, инфекционном эндокардите, ревматизме и др. Внезапное побледнение кожи является чрезвычайно важным клиническим признаком внутреннего кровотечения (например, кишечное кровотечение у больных брюшным тифом).

Бледная кожа с пепельным оттенком характерна для малярии, с желто-зеленым — для лейшманиоза, желтая — для синдрома желтухи. Кожа ладоней иногда приобретает желтоватый цвет вследствие нарушения каротинового обмена (симптом Филипповича) у больных сыпным тифом. Похожее местное пожелтение кожи ладоней и стоп может появиться у больных брюшным тифом, сепсисом и др.

Покраснение кожи лица, шеи и верхней части туловища, наблюдаемое в период разгара сыпного тифа, является классическим примером нейропаралитической гиперемии, развивающейся вследствие поражения шейных симпатических ганглиев.

Изучение **дермографизма** (*dermographismus*) — изменения окраски кожи при ее механическом штриховом раздражении краем тупого предмета — может иметь диагностическое значение. Еще в середине XVIII в. итальянский врач Борсьери для диагностики скарлатины в начальном периоде болезни использовал симптом, получивший впоследствии его имя, сходный с современной методикой исследования дермографизма: при штриховом проведении пальцем по коже появляется белая полоса, быстро приобретающая ярко-красный цвет.

Различают **белый дермографизм** — дермографизм, считающийся физиологическим рефлексом в норме и характеризующийся появлением на коже полос белого цвета, обычно через 7–8 с после воздействия на кожу (скрытый период), обусловленный спазмом капилляров. Оценивают продолжительность скрытого периода. При активации симпатoadреналовой системы и повышении артериального давления скрытый период удлиняется до 12 с, явный период укорачивается, при понижении — скрытый период укорачивается до 4–5 с, а явный удлиняется до 6–10 мин. При тяжелом течении скарлатины, тифов, дифтерии, дизентерии выявляют белый дермографизм с длительным скрытым периодом, нередко становящийся прерывистым, с синеватым оттенком.

Красный дермографизм, обусловленный расширением капилляров раздражаемой области, характеризуется появлением на коже полос красного или насыщенного розового цвета через 5–15 с после штрихового раздражения тупым предметом (может сохраняться до 2 ч) (рис. 2.37).



Рис. 2.37. Красный дермографизм: розовые полосы, выступающие на коже после нанесения штрихов тупым предметом

Считается патологическим рефлексом и характерен для менингита, особенно туберкулезной этиологии (симптом Труссо); вокруг линии дермографизма появляются красные пятна (пятна Труссо).

По этиологическому фактору экзантемы можно разделить на инфекционные, вызываемые чаще всего бактериями и вирусами, и неинфекционные, развивающиеся при всякого рода аллергических состояниях. Возникновение инфекционных экзантем сопровождается подъемом температуры тела и явлениями интоксикации. Кроме этого, имеются другие признаки инфекционного заболевания: цикличность его течения, групповой характер болезни. Тем не менее повышенная температура тела не может быть абсолютным признаком инфекционного заболевания: так, генерализованная аллергическая крапивница может сопровождаться высокой лихорадкой.

В зависимости от характера элементов выделяют следующие группы экзантем:

- точечная;
- розеолезная;
- пятнистая;
- везикулезная;
- смешанная.

Незнание или неправильное толкование экзантемы приводит к диагностическим ошибкам, в результате которых больных, например, вторичным сифилисом направляют в инфекционный стационар с подозрением на сыпной тиф, псевдотуберкулез, больных розовым

лишаем — с подозрением на краснуху, иерсиниоз, а больных трихинеллезом — с подозрением на корь и т.д.

Наличие экзантемы на фоне интоксикационного синдрома требует настороженности врачей различных специальностей в отношении острого инфекционного заболевания. Указанные обстоятельства требуют от врача разносторонних знаний, опыта и умения быстро ориентироваться в ситуации, а знание особенностей кожных проявлений в зависимости от нозологической формы может помочь поставить правильный диагноз.

2.6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРИ И КРАСНУХИ

Одним из наиболее ярких примеров своевременной клинической дифференциальной диагностики инфекций с поражением кожи является разграничение кори и краснухи. Всеобщая восприимчивость населения к кори, резкий подъем заболеваемости корью в последние годы среди взрослого населения, развитие осложнений, недостаточный охват прививками требуют определения четких критериев диагностики этой патологии. Корь не имеет строгой сезонности и регистрируется круглогодично.

Корь относится к инфекциям, имеющим обязательный и отчетливый продромальный (катаральный) период, в отличие от краснухи. Для кори характерны более выраженная интоксикация, конъюнктивит, одутловатость лица, нередко фотофобия. При тщательном осмотре ротовой полости пациента в этот период болезни можно обнаружить симптом, позволяющий достоверно диагностировать корь до появления экзантемы. Этот симптом — пятна Бельского-Филатова-Коплика (рис. 2.38).

На несколько гиперемированной слизистой оболочке полости рта в области щек на уровне коренных зубов, за нижней губой и на деснах обнаруживаются белые просовидные высыпания, напоминающие манную крупу. На 3–4-й день болезни, в период максимальной интоксикации, у больного появляется патогномоничная пятнисто-папулезная сыпь (рис. 2.39), местами сливная и иногда с геморрагическим компонентом. Важнейшей характеристикой коревого высыпания являются его этапность (в течение 3–4 дней сыпь распространяется сверху вниз) с дальнейшей пигментацией.

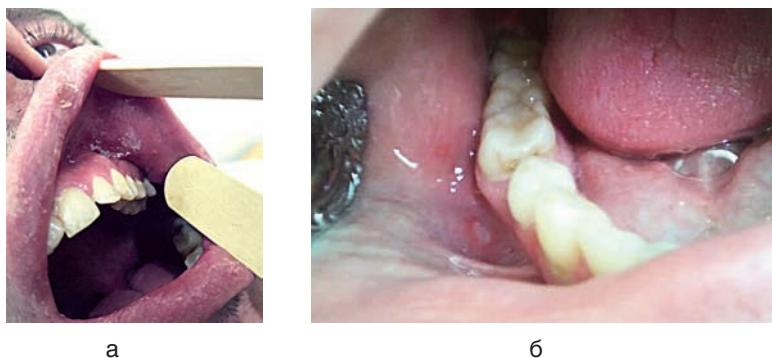
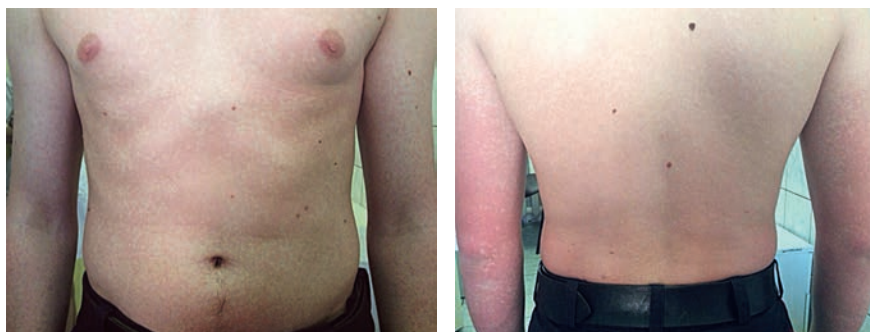


Рис. 2.38. Корь: а — пятна Бельского-Филатова-Коплика; б — на слизистой оболочке щеки вдоль линии смыкания зубов — просовидные высыпания и единичная афта на слизистой оболочке десны



Рис. 2.39. Корь: обильная пятнисто-папулезная сыпь со склонностью к слиянию: а — на ушных раковинах и за ушами; б — на шее и спине

Краснуху от кори отличают отсутствие продромального периода или его минимальная выраженность (до 1 сут), невысокая лихорадка и умеренная интоксикация, значительное увеличение периферических (особенно затылочных) лимфатических узлов, появление на 1–2-й день болезни характерной мелкопятнистой сыпи по всему телу и отсутствие ее пигментации (рис. 2.40).



а

б

Рис. 2.40. Краснуха: обильная мелкая, несливная папулезная сыпь (а–б)

2.7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Геморрагический синдром встречается при геморрагических лихорадках, менингеальной инфекции, лептоспирозе, сыпном тифе, болезни Брилля, возвратном тифе.

Своевременное раннее распознавание менингеальной инфекции имеет решающее значение для судьбы больного: промедление в диагностике и адекватной терапии резко повышает летальность. Менингеальная инфекция регистрируется в любом возрасте, но чаще всего у детей.

В дифференциальной диагностике менингококкемии с другими инфекционными заболеваниями, протекающими с геморрагическими высыпаниями, необходимо учитывать следующие признаки: острейшее начало, тяжесть состояния с первых часов, высокую лихорадку, головную боль, рвоту, гиперестезию и появление геморрагической сыпи в первые часы и сутки болезни, тогда как при других инфекциях эта сыпь возникает в разгаре болезни и в основном при тяжелом течении. Сыпь при менингококкемии имеет неправильную, звездчатую форму, локализуется преимущественно на конечностях и ягодицах, склонна к слиянию и образованию некрозов в центре крупных сливных элементов.

При неинфекционных заболеваниях, протекающих с геморрагической сыпью (геморрагическом васкулите, тромбоцитопенической пур-

пуре), отсутствуют выраженная лихорадка и симптомы общей интоксикации.

Критерии догоспитальной клинической диагностики лептоспироза.

- Характерный эпидемиологический анамнез (использование некипяченой воды для питья или купание в малопроточных водоемах, куда имеют доступ сельскохозяйственные животные; наличие грызунов на территориях, где находится пациент; участие пациента в сельскохозяйственных работах; работа на мясокомбинатах, в службе объектов канализации).
- Острое начало с быстрым повышением температуры тела до 39–40 °С.
- Боли в мышцах, особенно в икроножных и поясничной области.
- Характерный внешний вид с гиперемией и одутловатостью лица, склеритом.
- Поражение почек в конце 1-й – начале 2-й недели болезни.
- Увеличение печени и у части больных — появление желтухи с 3–5-го дня болезни.
- Проявления геморрагического синдрома в разгар болезни.

Наряду с лептоспирозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом относится к числу наиболее широко распространенных зоонозных инфекций. Опорно-диагностические признаки геморрагической лихорадки с почечным синдромом следующие.

- Характерный эпидемиологический анамнез (пребывание в лесу, туристические походы, охота, контакт с грызунами или их выделениями, употребление в пищу инфицированных продуктов).
- Выраженные проявления интоксикации.
- Нередко выявляются боль в глазах, светобоязнь, снижение остроты зрения, расплывчатость контуров предметов.
- Гиперемия и одутловатость лица, гиперемия шеи и верхней части груди, склерит.
- Рано возникают (3–5-й день болезни) и быстро прогрессируют почечные симптомы: чувство тяжести и тупые боли в пояснице, сопровождающиеся болезненностью при надавливании в этой области, снижение диуреза.
- Геморрагические симптомы выявляются с 3–4-го дня болезни, преимущественно регистрируются в Дальневосточном регионе [энантема на мягком нёбе, носовые кровотечения, кровоизлияния в склеры, симптомы щипка и жгута (рис. 2.41), скудная мелкоточечная геморрагическая сыпь на туловище].

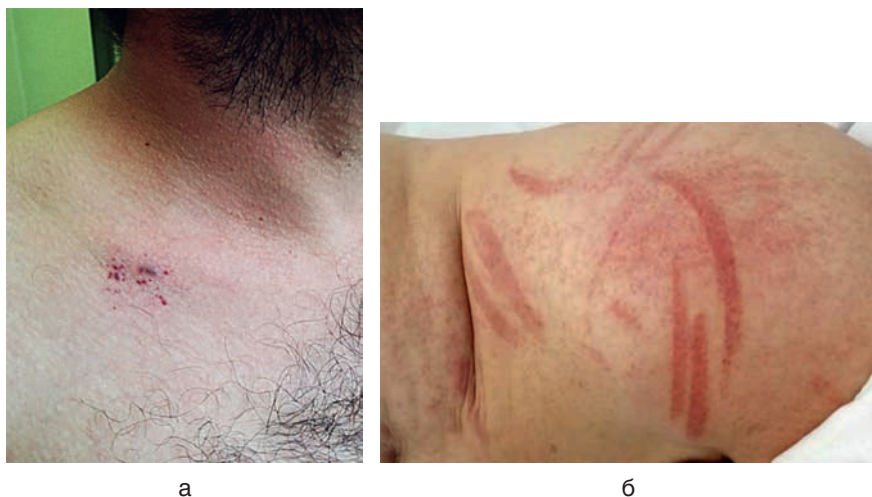


Рис. 2.41. Геморрагические симптомы: а — положительный симптом щипка в области правой ключицы; б — геморрагический синдром при геморрагической лихорадке с почечным синдромом. Петехиальные высыпания на боковых поверхностях туловища и бедер со сгущением в виде полос (по типу удара хлыста) в местах плотного прилегания одежды и ее складок, а также в виде следов от расчесов

2.8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЕЗИКУЛЕЗНОЙ СЫПЬЮ

Затруднений в дифференциальной диагностике везикулезной сыпи, как правило, не бывает. Простой герпес — одна из наиболее широко распространенных вирусных инфекций, протекает в латентной форме с пожизненным персистированием вируса. Клинически манифестные формы в основном возникают у лиц с иммуносупрессией. Простой герпес характеризуется рецидивирующим течением с повторными обострениями, провоцируемыми неблагоприятными факторами (переохлаждением, переутомлением, сопутствующими заболеваниями). Везикулы при простом герпесе локализуются, главным образом, вокруг естественных отверстий (вокруг губ, носа, глаз, на щеках, на ушах, вокруг половых органов и в области промежности), при опоясывающем герпесе (рис. 2.42) — по ходу нервных стволов (чаще всего межреберные



Рис. 2.42. Опоясывающий герпес. Сгруппированные сливные везикулы с серозным содержимым и широким венчиком гиперемии по ходу межреберного нерва (а–б)

и тройничной нервы), при ветряной оспе сыпь носит диссеминированный характер, и на ограниченном участке кожи можно увидеть разные стадии высыпаний — макулу, папулу, везикулу и корочку.

2.9. ЭКЗАНТЕМА ПРИ РОЖЕ

Экзантема при роже (рис. 2.43) представлена типичной эритемой с неровными, резко ограниченными от нормальной кожи краями («языки пламени»).



Рис. 2.43. Рожа правой голени, эритематозная форма. Очаг гиперемии с резко ограниченными краями, напоминающий «языки пламени»

Поскольку специфическая диагностика рожи не разработана, очень важно безошибочно устанавливать данную патологию на догоспитальном этапе. Диагностическими признаками рожистого воспаления являются: неблагоприятные профессиональные условия труда; контакт с больными ангиной, скарлатиной, стрептодермией; наличие сопутствующих заболеваний, способствующих развитию рожи; пожилой возраст; перенесенное в прошлом рожистое воспаление с учетом давности, локализации и тяжести течения; острое начало болезни с ознобом, быстрым повышением температуры тела, проявлениями интоксикации; раннее появление субъективных локальных ощущений (жжение, стягивание кожи, распирание и боль) с последующим развитием в этих местах воспалительных изменений; типичная характеристика рожистой экзантемы (рис. 2.44); наличие регионарного лимфаденита и лимфангита; избирательная односторонняя локализация процесса (голени, стопы, лицо); при рецидивах — последствия ранее перенесенной рожи (лимфостаз). Немаловажное значение для возникновения рожистого воспаления имеет состояние реактивности организма.



Рис. 2.44. Эритематозно-буллезная рожа левой ушной раковины. Очаг эритемы и отека с четкими, неровными контурами в области левой ушной раковины и околоушной области. Единичные мелкие буллы на ушной раковине

Таблица 2.1

**Дифференциальная диагностика экзантем
при некоторых инфекционных заболеваниях**

Нозология	Характеристика экзантемы
Тифо-паратифозные болезни	Характерна резкая бледность кожи лица. Кожа на ощупь сухая и горячая. С 8–10-го дня болезни (при паратифах А и В возможно на 4–5-й день болезни) на коже живота, нижней части грудной клетки, боковых поверхностях тела появляются возвышающиеся над поверхностью кожи розеолы розового цвета, с четкими краями, округлой формы, диаметром от 2 до 5 мм. Характерны монотипность элементов сыпи и феномен подсыпания. Отдельные розеолы сохраняются на коже до 5 дней и исчезают с легкой пигментацией
Скарлатина	Характерны «кукольное лицо» (слегка отечное, блестящие глаза, пылающие щеки и бледный носогубной треугольник) и белый дермографизм. Экзантема появляется в первые 2 дня болезни, мелкоточечная, на гиперемизированном фоне кожи, обильная на щеках, сгущается в естественных складках кожи, на сгибательных поверхностях конечностей, на шее, боковых поверхностях туловища. В местах сгущения сыпи появляются петехии, располагающиеся группами в виде полос (<i>vibices</i>) (симптом Пастиа). Сыпь симметричная. Никогда не появляется в области носогубного треугольника (треугольника Филатова). Характерен положительный симптом жгута. Экзантема обычно исчезает через 3–5 дней, но может сохраняться до 8–10 сут. После угасания сыпи возникает шелушение — отрубевидное на лице и шее, пластинчатое на туловище и конечностях. Листовидное шелушение отмечается на подошвах и ладонях
Энтеровирусные болезни	На 1–2-й день болезни на коже лица может появиться мелкопятнистая или пятнисто-папулезная сыпь, которая в дальнейшем распространяется на туловище и конечности. Иногда элементы сыпи достаточно крупные и могут сливаться. Сохраняется несколько дней и затем бесследно исчезает. Вирусная пузырьчатка полости рта и конечностей, вызванная вирусами Коксаки А, тип 16, чаще встречается у детей до 10 лет — после характерной экзантемы на тыльных и боковых поверхностях пальцев, реже по краям ладоней и стоп появляются немногочисленные везикулы, окруженные венчиком гиперемии, слегка болезненные при пальпации. Вскрываются с образованием сероватых язв с красным ободком

Окончание табл. 2.1

Нозология	Характеристика экзантемы
Инфекционная эритема Чамера	Болезнь начинается с появления на коже щек пятен, которые в течение нескольких часов увеличиваются в размерах, сливаются и образуют яркий, сплошной румянец на щеках (напоминает пощечину). Носогубной треугольник бледный. Через 1–4 дня пятнистая или пятнисто-папулезная сыпь сначала появляется на коже разгибательных поверхностей плеч и бедер, затем на туловище и дистальных отделах конечностей. Элементы сыпи бледнеют с центра, сливаются в причудливые фигуры и напоминают картину кружева, гирлянд, колец. Сыпь сохраняется около недели, может рецидивировать в течение нескольких недель, особенно под воздействием высокой температуры тела, физического и психического напряжения

Для постановки диагноза при дифференциальной диагностике заболеваний, протекающих с экзантемой, и выбора адекватной тактики ведения необходимо в первую очередь тщательно проанализировать:

- собранный анамнез болезни, акцентируя внимание на случаях заболевания среди окружающих, перенесенных болезнях, аллергологическом анамнезе, приеме лекарственных средств, укусах насекомых;
- симптомы заболевания, выявленные симптомы интоксикации и их сочетание с другими клиническими проявлениями (катаральными, диспепсическими, гепатоспленомегалией, лимфаденопатией и др.);
- экзантему по следующим критериям: время появления, последовательность распространения, локализация, количество, размеры, форма элементов и их метаморфоз.

При бактериальной инфекции помогают отличить экзантему тяжесть состояния пациента, выраженность интоксикационного синдрома, развитие шока при отсутствии катаральных явлений, более характерных для вирусных инфекций.

Тщательное выявление и детальное описание морфологических элементов является ключом к своевременной правильной диагностике инфекционных и неинфекционных экзантем.

Последовательность дифференциальной диагностики экзантем представлена в диагностических алгоритмах (рис. 2.45–2.54).



Рис. 2.45. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов пятнистой экзантемы



Рис. 2.46. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов эритематозной экзантемы

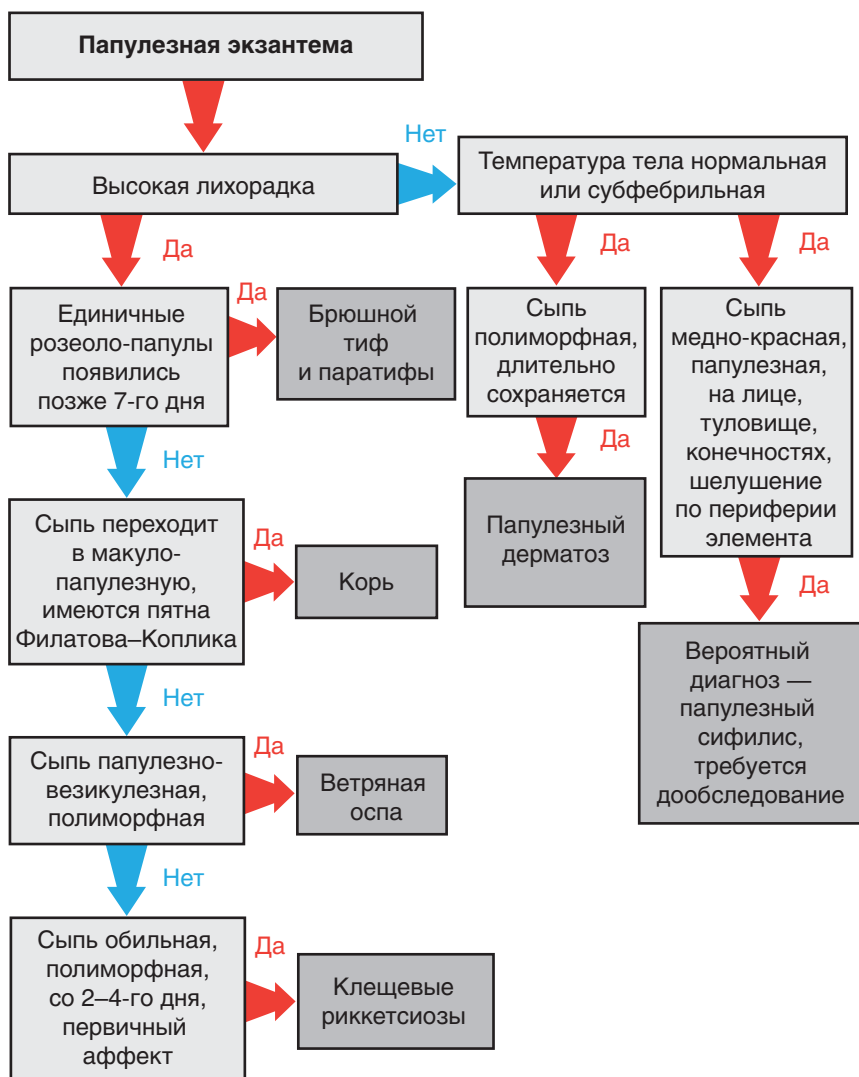


Рис. 2.47. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов папулезной экзантемы



Рис. 2.48. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов мелкоточечной экзантемы

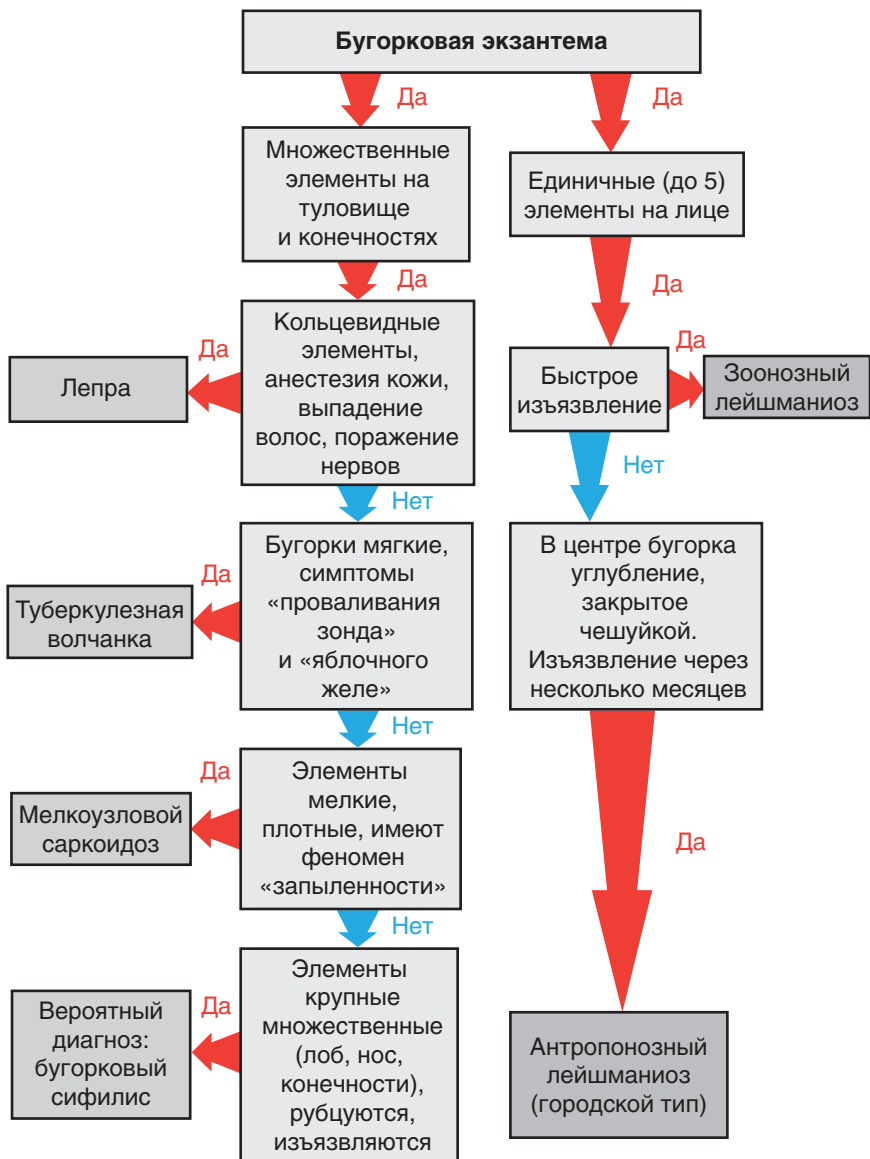


Рис. 2.49. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов бугорковой экзантемы

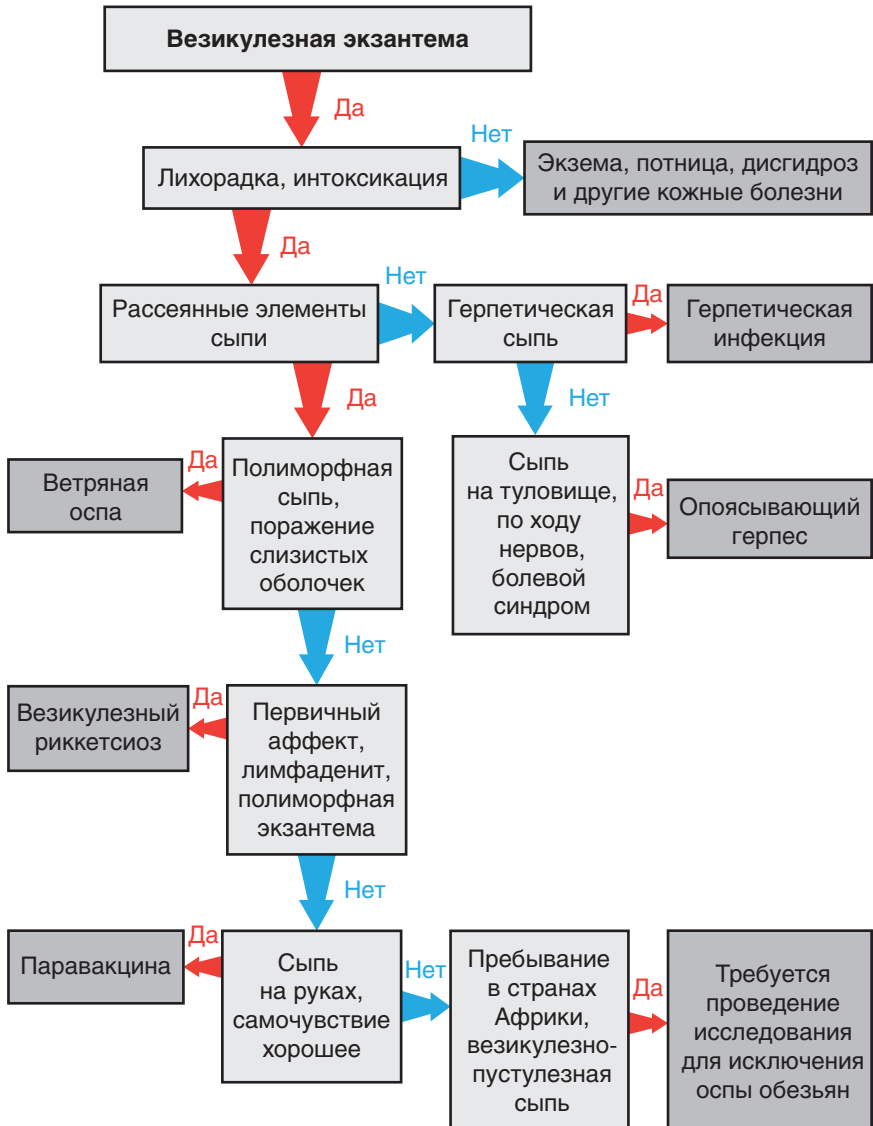


Рис. 2.50. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов везикулезной экзантемы

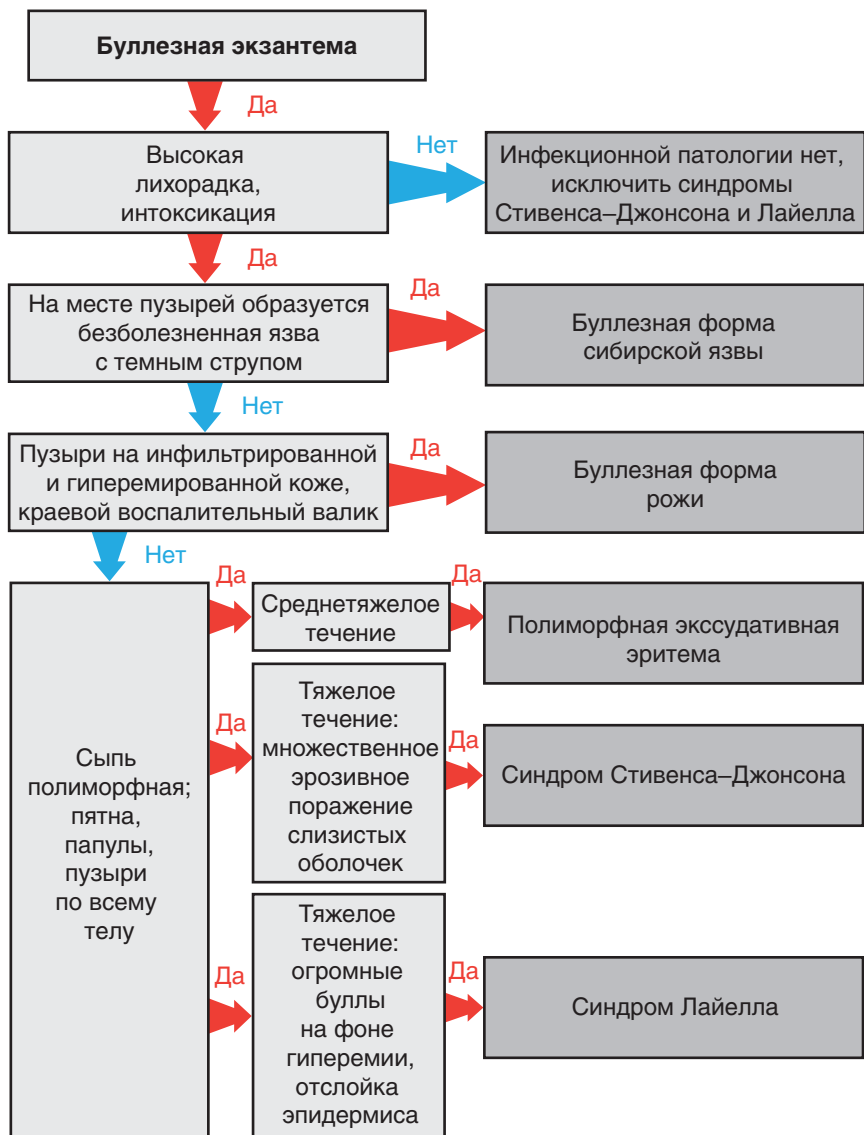


Рис. 2.51. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов буллезной экзантемы

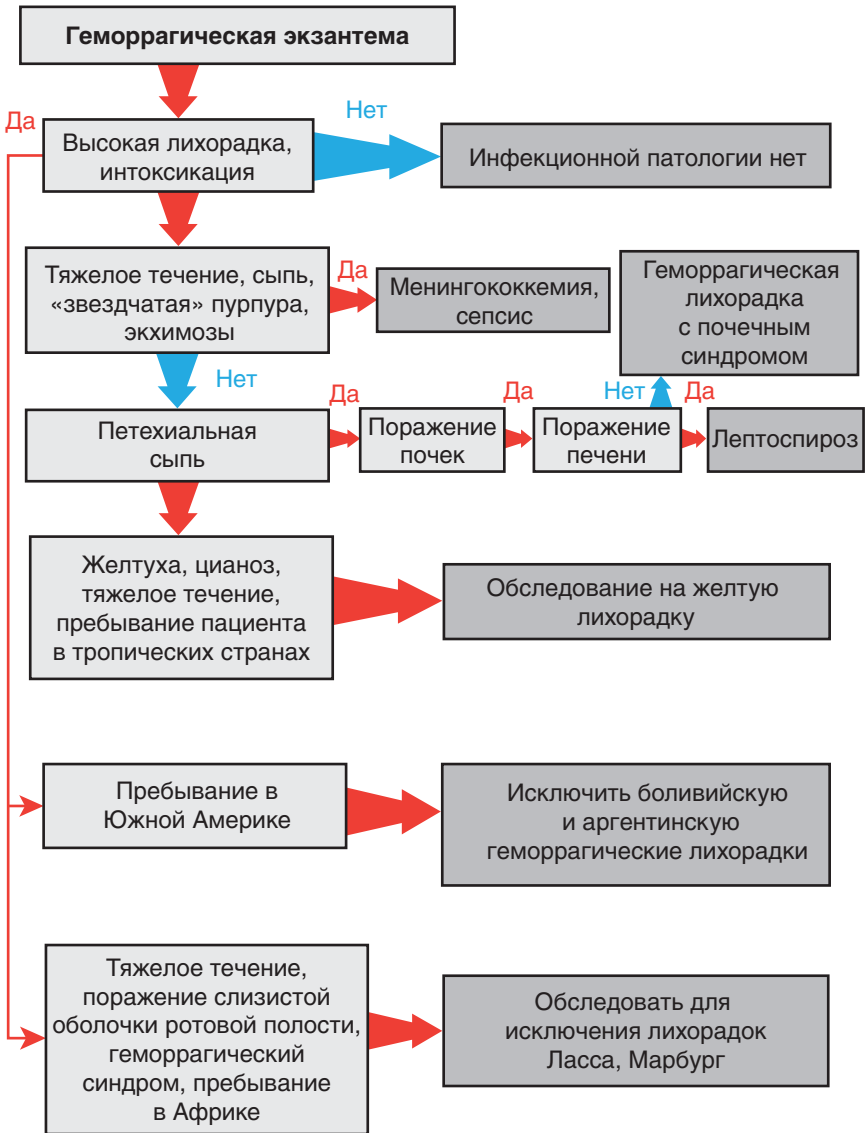


Рис. 2.52. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов геморрагической экзантемы

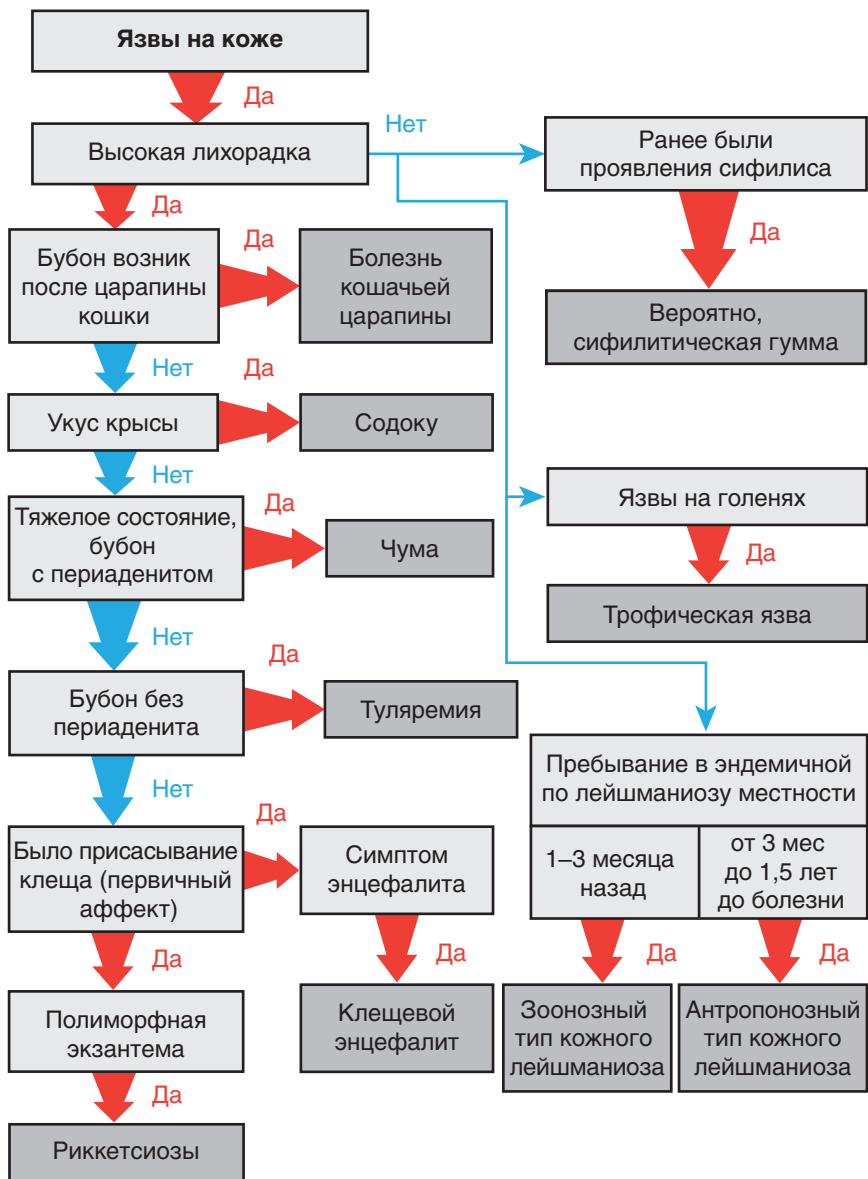


Рис. 2.53. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов язв на коже



Рис. 2.54. Диагностический алгоритм при выявлении у пациентов энантемы

ИЛЛЮСТРАЦИИ



Рис. 2.55. Симптом Никольского: пластинчатое шелушение, возникающее при легком трении кожи в области очага эритемы



Рис. 2.56. Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), обширный участок эритемы с эрозиями и отслойкой эпидермиса



Рис. 2.57. Крупнопластинчатое шелушение на дистальных фалангах пальцев кистей



Рис. 2.58. Аллергический дерматит. Обильная пятнистая сыпь на конечностях со сгущением и образованием крупных сливных эритематозных полей в области дистальных отделов



а

б

Рис. 2.59. Ангиоотек: крупные сливающиеся уртикарные элементы на боковых поверхностях грудной клетки и живота (а–б)



Рис. 2.60. Корь: макулопапулезная сыпь в области грудной клетки, живота и конечностей



Рис. 2.61. Лихорадка денге: обильная, сливающаяся, кореподобная сыпь на спине

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. Практика инфекциониста. 2-е изд., стереотип. Минск: Выс. шк., 1994. 495 с.
2. Иванов А.И. Инфекционные болезни с экзантемами. Л.: 1970. 190 с.
3. Иванов О.Л., Новоселов А.В., Новоселов В.С. Кожный синдром в практике гастроэнтеролога поликлиники // Тер. архив. 2009. № 1. С. 25–29.
4. Казанцев А.П., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. М.: МИА, 2013. 496 с.
5. Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Нагибина М.В., Проскурина Л.Н. Заболевания, протекающие с кожными проявлениями, в практике врача-инфекциониста на этапе оказания скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2015. Т. 16. № 4. С. 22–27.
6. Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Чернобровкина Т.Я. и др. Диагностическое значение экзантем при инфекционных заболеваниях на догоспитальном этапе // Архивъ внутренней медицины. 2016. Т. 6, № 3 (29). С. 36–41.
7. Скорая медицинская помощь: клинические рекомендации / под ред. С.Ф. Багненко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 542–548.

8. Финогеев Ю.П., Лобзин Ю.В., Волжанин В.М. и др. Инфекционные болезни с поражением кожи. Серия «Актуальные инфекции». СПб.: Фолиант, 2003. 240 с.
9. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т. / Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Т. 1. 656 с. Т. 2. 592 с.