

СЕМИПАЛАТИНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА: ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ.

СРС

ТЕМА:

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА СЫПИ
У ДЕТЕЙ**

Подготовили студенты 409 гр:
Курмамбаев К. Лавров А.
Проверил: Шалаганов Ж.Ф.

Семей 2014.

- Сыпь на коже у детей может быть проявлением более чем ста различных заболеваний.
- Для начала хочется остановить ваше внимание на элементах сыпи.
- Выделяют первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.

ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

- Развиваются как следствие патологического процесса; они обычно появляются на неизмененной коже и слизистых оболочках.
- Пятно (макула) представляет собой участок кожи с измененной окраской, но по консистенции и рельефу поверхности очаг поражения не отличается от окружающей нормальной кожи. Различают сосудистые, геморрагические и пигментные пятна.

- Сосудистые пятна (воспалительного генеза) небольших размеров (от 2 мм до 25 мм) — розеолы, имеющие округлую или овальную форму и являющиеся наиболее частым проявлением на коже таких инфекционных болезней, как скарлатина, краснуха, сыпной тиф и др. Воспалительные пятна размером от 2 до 10 см и более — эритема. Сливаясь между собой, очаги эритемы могут распространяться на всю кожу.



- Геморрагические пятна развиваются вследствие проникновения эритроцитов через сосудистую стенку при ее повреждении (разрыве) или повышении проницаемости. Пигментные пятна образуются вследствие изменения содержания пигментов в коже (чаще меланина).



- Пузырек (везикула) — мелкое полостное образование, содержащее серозную или серозно-геморрагическую жидкость; его величина от 1 до 5 мм в диаметре. Пузырьки располагаются обычно на отечном гиперемизированном основании (например, при герпесе, экземе), но могут возникнуть и на внешне не измененной коже (например, при потнице). После вскрытия пузырьков на коже отмечаются мелкие поверхностные эрозии, выделяющие серозный экссудат (мокнутие); в дальнейшем эрозии эпителизируются.



- ◎ Пузырь (булла) — крупное полостное образование, развивающееся в результате экзогенных или эндогенных нарушений. Пузыри могут располагаться на неизменной коже (например, при пузырчатке) или на воспалительном основании. Покрышка пузырей может быть напряженной или дряблой.



- Пустула (гнойник) — полостное образование с гнойным содержимым, величиной от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, шаровидной, конусообразной или плоской формы. В зависимости от глубины залегания в коже выделяют поверхностные пустулы, располагающиеся в эпидермисе, и глубокие, локализующиеся в дерме. Глубокие пустулы завершаются формированием рубца.



- Папула (узелок) — бесполостное поверхностно расположенное образование плотной или мягкой консистенции, разрешается без рубца. В зависимости от величины выделяют милиарные (диаметром 1—2 мм), лентикулярные (до 5 мм), нуммулярные (15—20 мм) папулы. Вследствие их слияния могут возникать более крупные папулы — бляшки.



- Бугорок — бесполое образование, возникающее вследствие развития в дерме гранулематозного воспалительного инфильтрата. Бугорки могут возвышаться над поверхностью кожи или глубоко залегать в ней. Величина их колеблется от 3—5 мм до 20—30 мм в диаметре. Цвет бугорков — от розовато-красного до желто-красного, медно-красного, синюшного. При надавливании на поверхность бугорка цвет может меняться.



ИСТОРИЧЕСКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

- Дисхромии кожи — нарушения пигментации на месте разрешившихся первичных морфологических элементов. Различают гиперпигментацию, обусловленную увеличением содержания пигмента меланина в клетках базального слоя эпидермиса и отложением гемосидерина и гипопигментацию или депигментацию, связанную с уменьшением отложения меланина.



- Чешуйки — разрыхленные отторгающиеся клетки рогового слоя, скапливающиеся обычно на поверхности первичных морфологических элементов. Чешуйки могут быть отрубевидными, мелко-пластинчатыми (например, при кори) и крупнопластинчатыми (например, при скарлатине, токсикодермии).



Фото 4. Шелушение кожи плеча и боковой поверхности туловища



- Корка — различного рода экссудат, отделяемое эрозий, язв, сохшееся на поверхности кожи. Различают серозные корки, состоящие из фибрина, клеток эпидермиса, лейкоцитов; гнойные корки, содержащие множество лейкоцитов; кровянистые корки с большим количеством гемолизированных эритроцитов. Корки могут быть тонкими и толстыми, слоистыми, разнообразной формы.



- Эрозия - повреждение эпителия в результате нарушения его трофики; вскрытия образований, имеющих полость (пузыри, пустулы); воспалительных процессов, повреждения питающих эпителий сосудов. Цвет эрозий ярко-красный, поверхность - мокнущая. Отделяемое - серозное.



- Экскориация (ссадина) возникает вследствие механического повреждения кожи (как эпидермиса, так дермы, преимущественно сосочкового слоя) предметом или поверхностью. Экскориации могут появляться и после расчесов кожи при заболеваниях, вызывающих нестерпимый зуд. В этом случае кожу травмирует непосредственно сам больной. Экскориации по внешнему виду выглядят как неглубокие царапины или расчесы, чаще всего линейной формы.



- Трещина — линейные разрывы кожи, возникающие вследствие потери ее эластичности и инфильтрации. Различают поверхностные трещины (в пределах эпидермиса, заживают без следа) и глубокие (в эпидермисе и дерме, после их заживления формируется рубец). Трещины болезненны. Чаще они образуются в местах естественных складок и вокруг естественных отверстий (в углах рта, вокруг заднего прохода).



- Язва — глубокий дефект кожи, захватывающий эпидермис, дерму и подлежащие ткани. Возникает вследствие распада первичных элементов, вследствие некроза тканей. Для установления диагноза имеют значение форма, края, дно, плотность язвы. После заживления язвы образуется рубец, характер которого позволяет судить о перенесенном заболевании



- Рубец — грубоволокнистое соединительнотканное разрастание, замещающее глубокий дефект кожи. Поверхность рубца гладкая, лишена бороздок, пор, волос. Различают рубцы плоские, гипертрофические (келлоидные), атрофические (расположенные ниже поверхности окружающей кожи).



- Вегетации — неравномерные папилломатозные разрастания эпидермиса и сосочкового слоя дермы на поверхности первичных элементов.



- Лихенизация — изменение кожи, характеризующееся ее уплотнением, усилением рисунка, шероховатостью, гиперпигментацией. (например, при длительных расчесах одних и тех же участков кожи или вследствие слияния папул).



- Принято различать мономорфную и полиморфную сыпь. Мономорфная сыпь состоит только из одного первичного морфологического элемента (например, пузырей при вульгарной пузырчатке; розеол при краснухе; петехий при геморрагическом васкулите; пузырьков при ветряной оспе; волдырей при крапивнице), полиморфная — из нескольких первичных или вторичных элементов сыпи.

- Сыпь может быть ограниченной, распространенной, универсальной. Высыпания, формирующие очаги поражения, могут быть расположены симметрично и асимметрично, по ходу нервно-сосудистых пучков. Они могут иметь тенденцию к слиянию или оставаться изолированными (при ветряной оспе), группироваться, образуя геометрические фигуры (круг или овал при кольцевидной эритеме). Сыпь может иметь характерную локализацию на разгибательной поверхности предплечий и плеч, на волосистой части головы и за ушными раковинами, и др. На это надо обращать внимание.

- ⦿ Причины появления сыпи у детей можно разделить на четыре основные группы:
- ⦿ 1 — инфекционные и паразитарные заболевания;
- ⦿ 2 — аллергические реакции;
- ⦿ 3 — болезни крови и сосудов;
- ⦿ 4 — отсутствие правильной гигиены.

КОРЬ



Острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек дыхательных путей, ротоглотки, конъюнктивы глаз, пятнисто-папулезной сыпью с этапным распространением и частыми осложнениями преимущественно со стороны органов дыхания



Возбудитель кори - вирус
Polinosa morbillarum
относится к роду
Morbillivirus, семейству
Paramyxoviridae,
морфологически типичен
для парамиксовирусов,
крупных размеров (120-150
нм), неправильной
сферической формы.

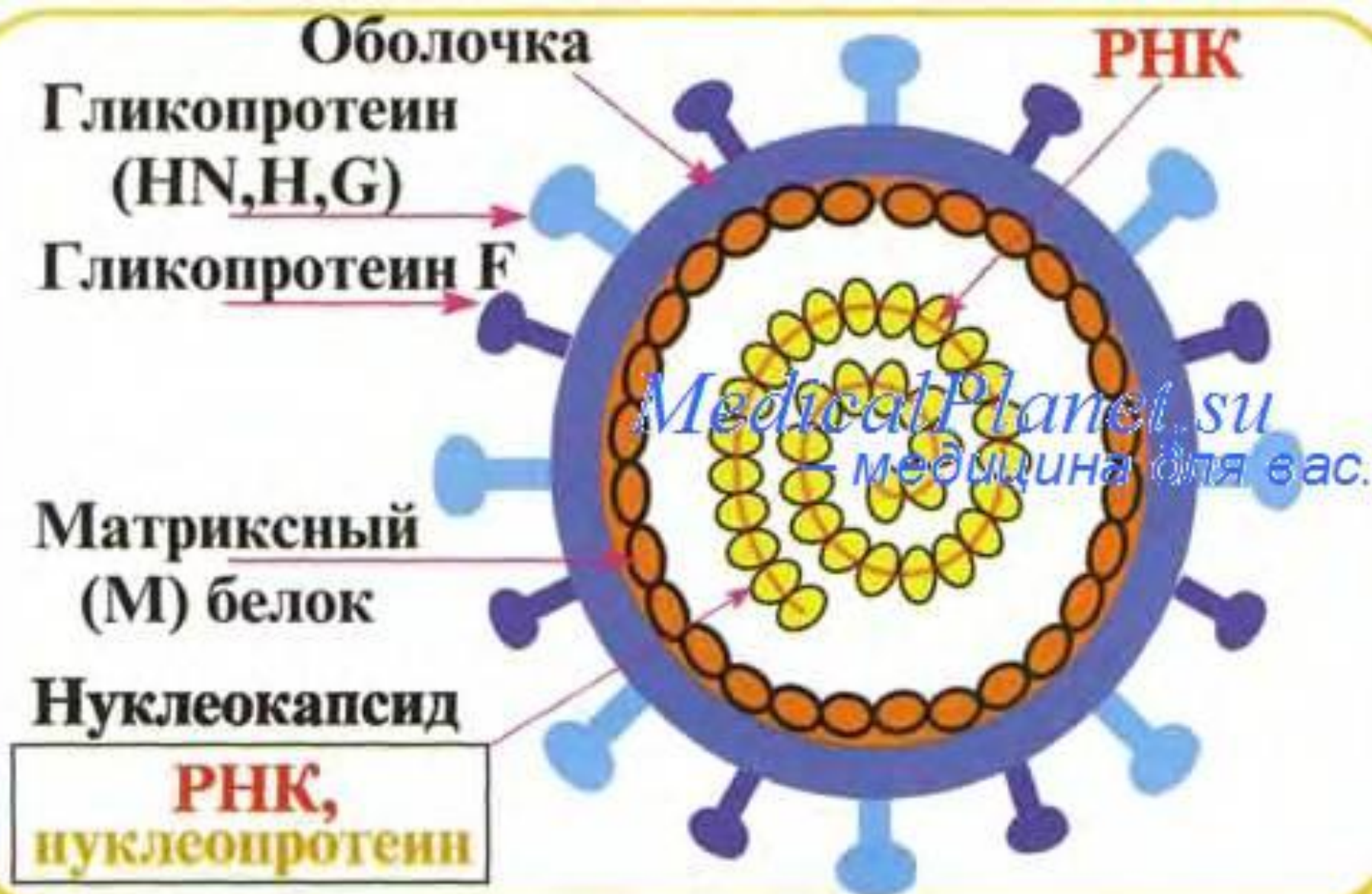


Рис. 4.51. Схема строения парамиксовируса

Специфическими патогномичными для кори являются пятна Бельского-Филатова-Коплика. Эти элементы появляются приблизительно за два дня до высыпания коревой экзантемы, а в некоторых случаях и раньше. Они представляют собой белесоватые, очень мелкие папулы, окруженные узкой зоной гиперемии, не снимающиеся тампоном, по внешнему виду напоминают манную крупу.



После исчезновения пятен слизистая оболочка выглядит гиперемированной и бархатистой. Слизистая мягкого, твердого неба и язычка гиперемирована и покрыта мелкими красными пятнами (энантема). Энантема появляется на 2-3 день болезни и сохраняется до конца периода высыпаний.





Наличие пятен Филатова-Коплика является бесспорным признаком кори, однако, отсутствие их у некоторых больных не исключает корь, особенно часто этот симптом отсутствует при митигированной кори.



Период высыпаний длится, как правило, 3 дня. В отличие от других инфекций, при кори наблюдается этапность высыпаний. Первые элементы сыпи появляются за ушами, на спинке носа в виде отдельных мелких пятен на неизмененном фоне кожи. В первые 24 часа сыпь распространяется на волосистую часть головы, лицо, шею, плечи, грудь, увеличиваясь в своей интенсивности. В первый же день высыпания можно обнаружить единичные мелкие пятна и на других участках тела.



На второй день сыпь распространяется и становится обильной на туловище, на третий день - появляется на конечностях. Начиная с отдельных мелких пятнышек величиной с просыное зерно и больше, элементы коревой СЫПИ постепенно увеличиваются в размере, становятся пятнисто-папулезными и, сливаясь, принимают самые причудливые очертания, напоминающие сывороточную экзантему.



Сыпь при кори может быть разнообразной: по интенсивности - от скудных элементов до сливной и обширной; по окраске - от розовой до цианотично-красной или геморрагической; по степени папулезности - от почти не возвышающейся над уровнем кожи до ясно выраженных папул. В отдельных случаях сыпь принимает ясный геморрагический характер, что связано с тромбоцитопенией и повышенной проницаемостью сосудов; подобные высыпания не имеют плохого прогностического значения.

В периоде высыпания корь необходимо дифференцировать со скарлатиной, краснухой, менингококковой инфекцией, ветряной оспой, геморрагическим васкулитом, тромбоцитопнической пурпурой, энтеровирусной экзантемой, псевдотуберкулезом, аллергическим дерматитом, вторичным сифилисом, трихинеллезом, лептоспирозом и розовым лишаем.



Ветряная оспа -
острое инфекционное
заболевание, вызываемое
вирусом из семейства
Herpesviridae,
характеризующееся
умеренной лихорадкой и
появлением на коже,
слизистых оболочках
мелких пузырьков с
прозрачным содержимым.

Возбудитель - вирус с диаметром вириона 150-200 нм, содержит ДНК, по своим свойствам близок к вирусу простого герпеса и неотличим от возбудителя опоясывающего герпеса, вследствие чего он обозначен как вирус ветряной оспы - зостер, или V-Z. Вирус малоустойчив во внешней среде.

MedicalPlanet.ru

— медицина для вас.

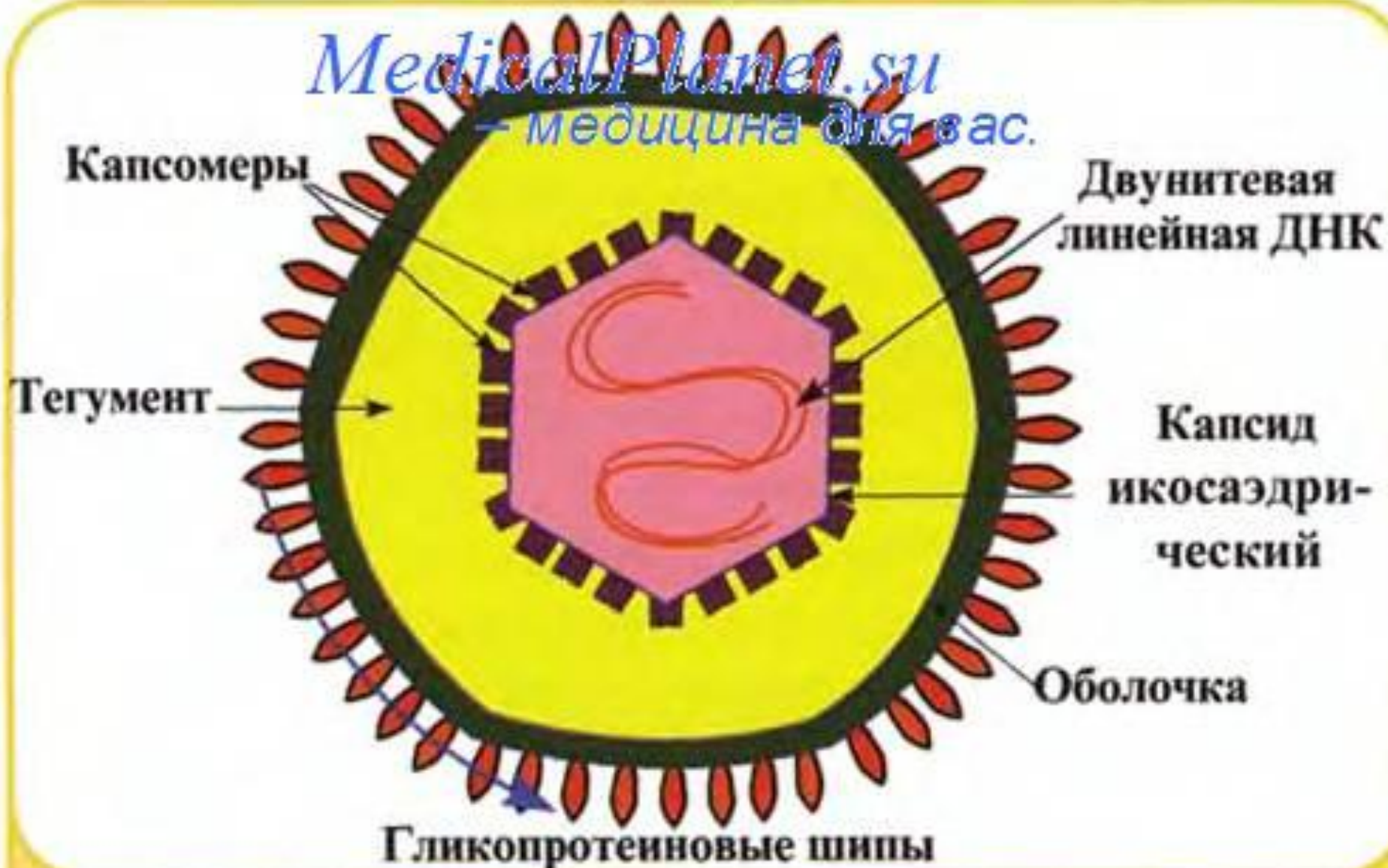


Рис. 4.26. Схема строения герпесвируса

Обычно заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 37,5-38,5⁰С и появления ветряночной сыпи. *Первичный элемент сыпи* - 1) мелкое пятно 2) папула, которая быстро, через несколько часов превращается в везикулу размером от 0,2 до 0,5 см в диаметре. Ветряночные везикулы имеют округлую или овальную форму, сидят поверхностно на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, стенка их напряжена, содержимое прозрачное.



Ранняя и поздняя стадии ветряной оспы



Отдельные везикулярные элементы имеют пупковидное вдавление в центре. Пузырьки обычно однокамерные и при проколе спадаются. В конце 1-х суток от начала высыпания, реже на 2-е сутки пузырьки подсыхают, спадаются и превращаются в коричневую корочку, отпадающую на 1-3-й неделе заболевания.

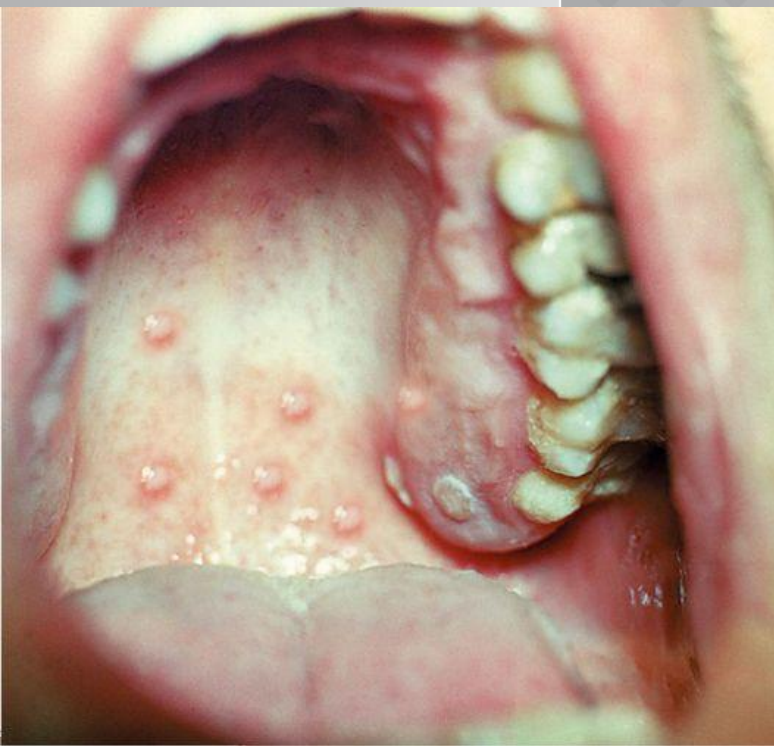




На месте типичных ветряночных высыпаний после отпадения корочки еще долгое время (до 2-3 месяцев) можно видеть постепенно отцветающие пигментные пятна, но рубцы не образуются. Высыпания располагаются на лице, волосистой части головы, на туловище и конечностях. На ладонях и подошвах сыпи обычно не бывает.



Нередко везикулярные высыпания появляются и на слизистых оболочках полости рта, конъюнктиве глаз, реже на гортани, половых органах. Элементы сыпи на слизистых оболочках нежные, быстро вскрываются и превращаются в поверхностные эрозии, при этом может появиться незначительная болезненность. Заживление эрозий наступает на 3-5-й день высыпаний.



При ветряной оспе высыпания появляются не одновременно, а как бы толчкообразно, с промежутками в 1-2 дня. Вследствие этого на коже можно видеть элементы, находящиеся на разных стадиях развития: макулопапулы, пузырьки, корочки. Это так называемый ложный полиморфизм сыпи характерен для ветряной оспы. Каждое новое высыпание сопровождается и новым подъемом температуры тела, поэтому температурная кривая при ветряной оспе имеет неправильный вид.

68

Ветряная оспа.
Полиморфизм сыпи
(папулы, везикулы,
подсыхающие
пузырьки).





Краснуха – острая вирусная инфекция, протекающая с характерной мелкопятнистой сыпью, генерализованной лимфаденопатией и умеренной лихорадкой.



Рис. 4.48 Схема строения тогавируса



На 1 или 3 день болезни на коже больного появляется сыпь - патогномоничный признак краснухи, указывающий на разгар болезни. Сыпь располагается на нормальном фоне кожи в виде бледно-красных пятен, круглой или овальной формы с ровными краями, величиной от булавочной головки до чечевицы. Иногда она приподнимается над уровнем кожи.



Высыпание обычно одномоментное по всему телу, начиная с лица. Сыпь покрывает все лицо, включая область носогубного треугольника, затем шею и в течение нескольких часов остальные части тела. Отмечается преимущественная локализация на разгибательных поверхностях конечностей, на спине, ягодице, груди. Сыпь держится 1-3 дня, исчезает также внезапно, как и появилась, и не оставляет после себя пигментацию. Крайне редко отмечается шелушение, но никогда не бывает пластинчатого, как при скарлатине.



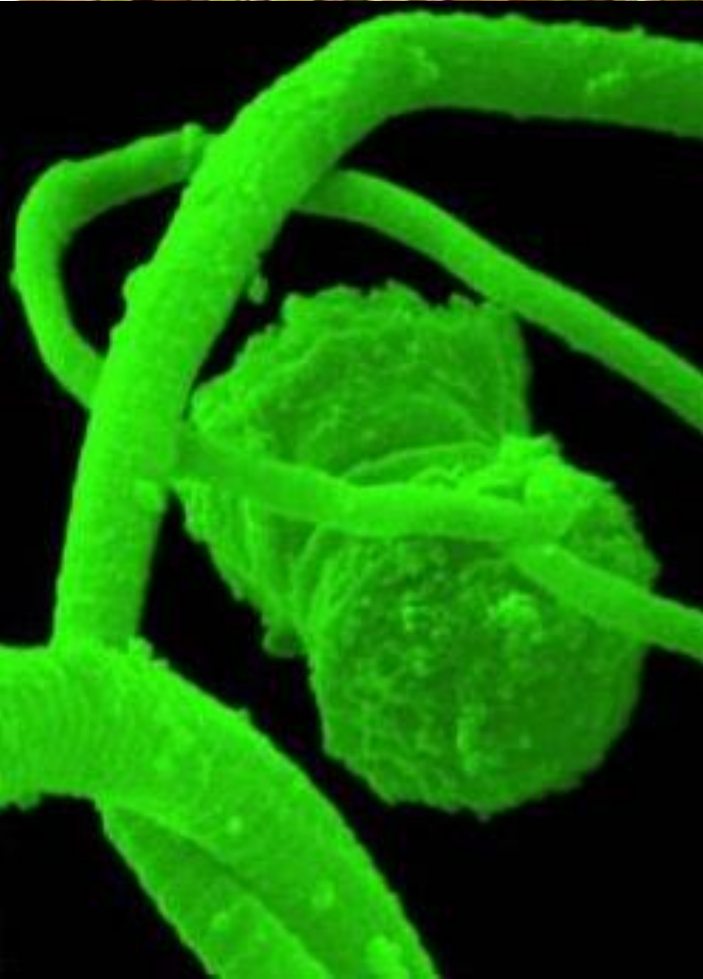
Дифференциальный диагноз. Краснуха клинически сходна с заболеваниями, при которых наблюдается сыпь и полиадения. Это, прежде всего, корь и скарлатина), аллергическая сыпь, сывороточная болезнь, инфекционный мононуклеоз и др.

Лекарственная сыпь в отличие от краснушной обычно экссудативная, типа крапивницы или полиморфная, зудящая, с симметричным расположением, особенно в области локтей и других суставов.

Подробный анамнез позволяет выявить связь с приемом лекарства (чаще амидопирин, аспирин, антибиотиков, сульфаниламидов, витаминов группы В и др.).

Скарлатина – острая стрептококковая инфекция, характеризующаяся триадой основных клинических симптомов: лихорадкой, ангиной, сыпью.





Возбудителем скарлатины является β -гемолитический стрептококк группы А, включающий 80 различных серологических типов, любой из которых может вызвать как скарлатину, так и другие стрептококковые заболевания (рожа, ангина, назофарингит и т. д.). Поэтому источником скарлатины является не только больной скарлатиной, но и больной стрептококковой инфекцией вообще.

Стрептолизин О
Гиалуронидаза
Пирогенные экзотоксины
НАДаза

F-белок

Капсула из
гиалуроновой кислоты

Групповой
полисахарод

M-белок

T-белок

CoA-пептидаза

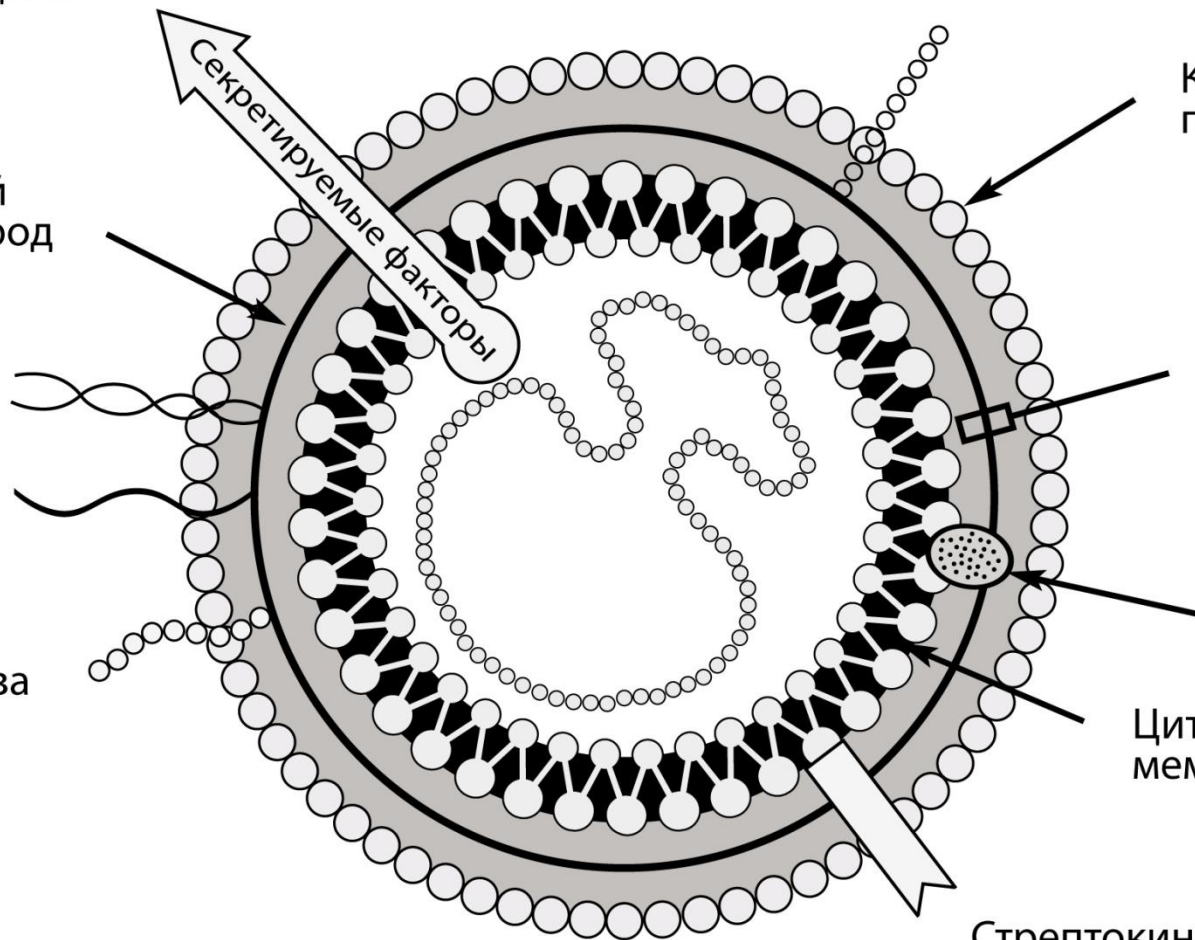
Пептидогликан

Стрептолизин S

Цитоплазматическая
мембрана

Стрептокиназа

Секретируемые факторы





Сыпь, по нашим данным, появляется у 86,4% больных к концу 1-2 суток, реже на третий день болезни. Сыпь при скарлатине мелкоточечная розеолезно-папулезная на гиперемизированном фоне кожи. Сыпь появляется одномоментно и покрывает все тело ребенка, делая его «кумачовым». Наиболее ярко сыпь выступает на «излюбленных» местах локализации: сгибательных поверхностях конечностей, подмышечных областях, внутренних поверхностях ребер, в пахах и нижних отделах живота.



Сыпь часто сопровождается зудом. Из разновидностей сыпи при скарлатине можно отметить: петехиальная с локализацией в подмышечных впадинах, локтевых сгибах и других участках тела; милиарная (мелкопузырьковая), располагающаяся на тыле кистей, пальцев рук и боковых поверхностях тела. У детей, страдающих экссудативным диатезом, дополнительно на разгибательных поверхностях конечностей и лице появляются папулезные элементы. У таких больных наблюдается двойственный характер сыпи (*Scarlatina variegata*).



Сыпь в среднем держится 2-4 дня. При легкой формах она может быть всего несколько часов, при тяжелых формах сохраняется до 6-8 дней. Сыпь исчезает бесследно, сохраняется «мраморность» кожи, пигментация только на месте петехий. С 5-6 дня на месте бывшей сыпи возникает шелушение. На лице и шеи - отрубевидное, на туловище и конечностях - мелкопластинчатое, на ладонях и подошвах - крупнопластинчатое. Чем ярче сыпь, тем отчетливее шелушение сыпи. В последние годы она встречается все реже.

*Дифференциальный
диагноз* типичной
скарлатины приходится
проводить прежде всего с
заболеваниями,
сопровождающимися
лихорадкой, изменениями
в зеве,
скарлатиноподобной
сыпью, стафилококковой
инфекцией,
псевдотуберкулезом,
энтеровирусной
экзантемой и др.

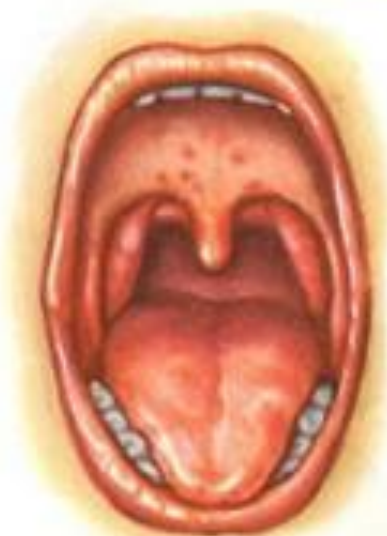
Какому заболеванию
свойственна данная сыпь?



1



2



3

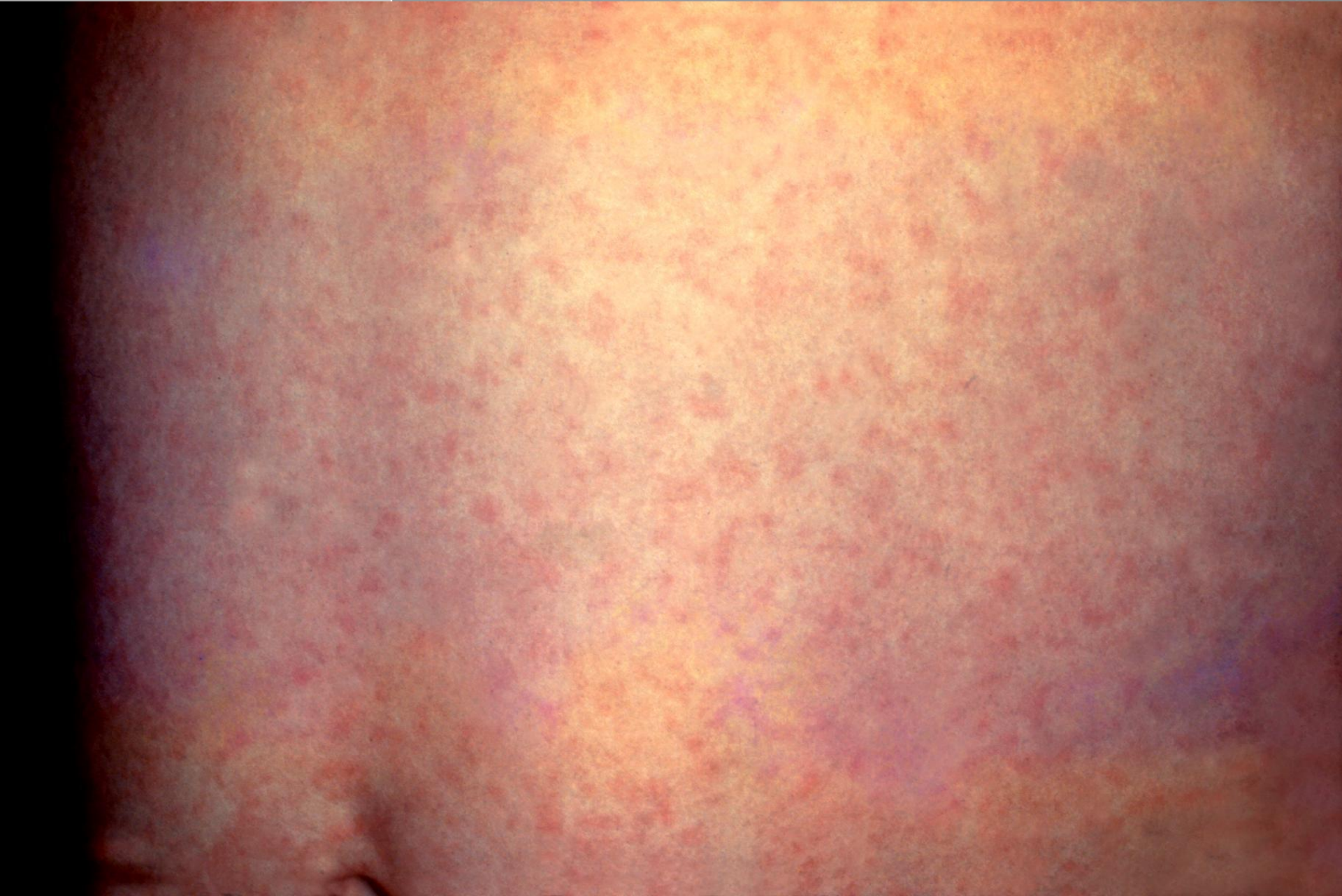


4

корь



Ветряная оспа



краснуха



скарлатина

Список используемой литературы:

1. Учайкин В.Ф. - Руководство по инфекционным болезням у детей.- Москва, 1998.
2. Огай Е.А.- Руководство по инфекционным болезням у детей.- Алматы, 2000.
3. Лекционный материал.
4. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф.- Инфекционные болезни у детей. Москва, 1990 г.
5. Иванова В.В.- Инфекционные болезни у детей. Москва, 2002 г.
6. Кузьмичева А.Т., Шарлай И.Т.- Детские инфекционные болезни, Москва, «Медицина», 1984 г.
7. Носов С.Д. - Руководство по инфекционным болезням у детей, Москва, «Медицина» 1980 г.