

- Güvenir, S. Bahceci et al. // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2017. № 5. P. 757–763.
5. Kuyucu S., Caubet J.-C. Hypersensitivity Reactions to Antiepileptic Drugs in Children: Epidemiologic, Pathogenetic, Clinical, and Diagnostic Aspects // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2018. № 6. P. 1879–1891.
 6. Successful Intravenous Immunoglobulin Treatment in Pediatric Severe DRESS Syndrome / N. Marcus, K. Smuel, N. Almog et al. // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2018. № 6. P. 1238–1242.
 7. Toxic epidermal necrolysis: performance of SCORTEN and the score-based comparison of the efficacy of corticosteroid therapy and intravenous immunoglobulin combined therapy in China. / Q.Y. Zhu, L. Ma, X.Q. Luo et al. // *J. Burn Care. Res.* 2012. Vol. 33. P. 295–308.
 8. Retrospective review of Stevens- Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis treatment comparing intravenous immunoglobulin with cyclosporine / M.G. Kirchhof, M.A. Miliszewski, S. Sikora et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. Vol. 71. P. 941–947.
 9. Systemic Immunomodulating Therapies for Stevens- Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Systematic Review and Meta-analysis / S. Zimmermann, P. Sekula, M. Venhoff et al. // *JAMA Dermatol.* 2017. Vol. 153. P. 514–522.
 10. SCORTEN: a Severity-of-illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis / S. Bastuji-Garin, N. Fouchard, M. Bertocchi et al. // *J. Invest. Dermatol.* 2000. Vol. 115. P. 149–153.
 11. Pereira F.A., Mudgil A., Rosmarin D.M. Toxic epidermal necrolysis // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2007. Vol. 56. P. 181–200.
 12. Fromowitz J., Ramos-Caro F. Flowers F.P. Practical guidelines for the management of toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome // *Int. J. Dermatol.* 2007. Vol. 46. P. 1092–1094.
 13. Sultan Sh., Sameem F., Ashraf M. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: manifestations, treatment, and outcome in 17 patients // *Int. J. Dermatol.* 2015. Vol. 54. P. 537–542.
 14. Prolonged evolution of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: clinical, virologic, and biological features / F. Tétart, D. Picard, B. Janela et al. // *JAMA Dermatol.* 2014. Vol. 150. P. 206–207.
 15. Cho Y.T., Yang C.W., Chu C.Y. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): An Interplay among Drugs, Viruses, and Immune System // *Int. J. Mol. Sci.* 2017 Jun; 18(6): 1243. doi: 10.3390/ijms18061243 исправила=все было правильно, добавила doi
 16. Rapid Involution of Pustules during Topical Steroid Treatment of Acute Generalized Exanthematous Pustulosis / C. Kley, C. Murer, J.T. Maul et al. // *Case Rep. Dermatol.* 2017. № 9. P. 135–139.
 17. Thienwibul C., Vachiramon V., Chanprapaph K. Five-Year Retrospective Review of Acute Generalized Exanthematous Pustulosis // *Dermatol. Res. Pract.* 2015. 2015:260928. doi: 10.1155/2015/260928. ■

СЫПИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ: АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

И.В. Тарасова

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва, Россия

Сыпи являются одной из наиболее частых причин обращаемости к врачу. Они представляют собой клинико-морфологические изменения кожи (экзантемы) и слизистых оболочек (энантемы), развивающиеся под влиянием разнообразных эндогенных и экзогенных факторов. Морфологическими элементами сыпи являются высыпания различного характера, подразделяющиеся на первичные (пятно, волдырь, пузырь, гнойничок, узелок, бугорок) и вторичные (гипо- и гиперпигментации, трещина, чешуйка, эрозия, язва, корочка, рубец). В статье приведены причины и клинические особенности некоторых аллергических и неаллергических болезней, сопровождающихся сыпью, предложен алгоритм их дифференциальной диагностики на основе клинической оценки морфологических элементов, результатов лабораторных исследований и данных эпидемиологического анамнеза.

Ключевые слова: экзантемы, энантемы, первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, инфекционные болезни, аллергические болезни, системные болезни, дифференциальная диагностика.

Rashes in allergic and non-allergic diseases: algorithm of differential diagnosis

I.V. Tarasova

Academy of postgraduate education of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

Rash is one of the most frequent causes of visits to a doctor. They represent the morphological changes of the skin (exanthema) and mucous membranes (enanthema), developing under the influence of various endogenous and exogenous factors. Morphological elements of the rash are divided into primary (spot, blister, bubble, abscess, knot, bump) and secondary (hypo- and hyperpigmentation, fissure, flake, erosion, ulcer, crust, cicatrix). The article presents the causes and clinical features of some allergic and non-allergic diseases accompanied by a rash. The algorithm of their differential diagnostics on the basis of clinical evaluation of morphological elements, results of laboratory researches and data of epidemiological anamnesis is also offered.

Keywords: exanthema, anathema, primary and secondary morphological elements of the rash, infections diseases, allergic disease, systemic disease, differential diagnosis.

Сыпи являются одной из наиболее частых причин обращаемости к врачу. Различные высыпания на коже и слизистых оболочках могут встречаться при самых разных заболеваниях: аллергических, дерматологических, инфекционных, системных, лимфопролиферативных, паразитарных инфекциях и т.д. [1–3]. Практически ежедневно врачу приходится сталкиваться с необходимостью дифференциальной диагностики кожных высыпаний, поэтому необходимо знать основные дифференциально-диагностические признаки сыпей при различных заболеваниях [2–4].

Сыпи представляют собой клинико-морфологические изменения кожи (экзантемы, exanthema) и слизистых оболочек (энантемы, enanthema), развивающиеся под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов. Их морфологическими элементами являются высыпания различного характера, подразделяющиеся на 2 группы: первичные, возникающие впервые на неизменной коже, и вторичные, появляющиеся в результате эволюции первичных элементов или после их исчезновения [5] (таблица).

Различные сочетания первичных и вторичных элементов и обуславливают специфическую картину сыпей при отдельных заболеваниях [3, 6]. Поэтому тщательное выявление и детальное описание морфологических элементов служат ключом к своевременной и правильной диагностике болезней, сопровождающихся сыпью.

Таблица

Морфологические элементы сыпи	
Первичные	Вторичные
Пятно (macula)	Гипо- и гиперпигментации вторичные (hypo-hyperpigmentatio)
Волдырь (urtica)	Трещины (fissura)
Пузырек (vesicula)	Экскориации (excoriatio, ссадина)
Пузырь (bulla)	Эрозии (erosio)
Гнойничок (pustula)	Язвы (ulcus)
Узелок (papula)	Чешуйки (squama)
Узел (nodus)	Корки (crusta)
Бугорок (tuberculum)	Рубцы (cicatrix)
	Лихенизация (lichenizatio)
	Веgetация (vegetatio)

К возможным причинам появления последних относят дефекты ухода (потница, опрелость), инфекционные и неинфекционные заболевания. Об инфекционном характере сыпи свидетельствует ряд признаков, характеризующих инфекционный процесс [7]:

- 1) синдром интоксикации (повышение температуры, слабость, недомогание, головная боль, иногда рвота и др.);
- 2) симптомы, характерные для конкретного инфекционного заболевания (затылочный лимфаденопатический синдром и др.).

Сведения об авторе:

Тарасова Ирина Викторовна – к.м.н., доцент кафедры Иммунопатологии и иммунодиагностики ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, г. Москва, Волоколамское ш., 91, e-mail: ivtarasova@rambler.ru.

нит при краснухе, пятна Филатова-Коплика при кори, ограниченная гиперемия зева при скарлатине, полиморфизм клинических симптомов при иерсиниозе и т.д.);

3) данные эпидемиологического анамнеза (наличие случаев заболевания в семье, коллективе, у людей, бывших в контакте с больным).

К инфекционным заболеваниям, при которых высыпания, преимущественно пятнистого характера, являются патогномоничными симптомами, т.е. обязательным компонентом клинической картины, прежде всего, относятся так называемые «первичные экзантемы» [3]. Всего принято различать шесть «первичных» экзантем:

- Первая болезнь – корь
- Вторая болезнь – скарлатина
- Третья болезнь – краснуха
- Четвертая болезнь – инфекционный мононуклеоз
- Пятая болезнь – инфекционная эритема
- Шестая болезнь – внезапная экзантема (розеола детская).

Корь (лат. *Morbilli*) – острое вирусное заболевание, возбудителем которого является РНК-вирус рода *Morbillivirus*. Характеризуется высокой температурой, воспалением слизистых оболочек полости рта, верхних дыхательных путей, конъюнктивитом и пятнисто-папулезной сыпью, склонной к слиянию. Последняя появляется на 4–5-й день болезни сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день – на туловище, а на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы [8].

Скарлатина (от лат. *Scarlatum*) вызывается *Streptococcus pyogenes* и проявляется интоксикацией, лихорадкой, а также мелкоточечной сыпью. Сыпь выступает на 1–3 день болезни и локализуется главным образом на щеках, в паху, по бокам туловища. Характерным является сгущение сыпи на сгибах конечностей – подмышечной, локтевой, подколенной областях. Кожа носогубного треугольника при этом остается бледной и свободной от сыпи [9].

Краснуха (лат. *Rubeolla*) – вирусное заболевание, которое вызывается РНК-содержащим *Rubella virus*. Характеризуется умеренно выраженной температурой, фарингитом, конъюнктивитом, шейной аденопатией, а также мелкопятнистыми, не зудящими высыпаниями. Вначале сыпь локали-

зуется на лице, а затем распространяется на туловище, конечности и слизистую мягкого нёба [10].

Инфекционный мононуклеоз (лат. *Mononucleosis infectiosa*) – острое вирусное заболевание, вызываемое ДНК-содержащим вирусом Эпштейна-Барр (англ. Human gammaherpesvirus). Сопровождается лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, появлением атипичных мононуклеаров в крови и сыпью. Последняя – пятнистая, полиморфная, неправильной формы от 5 до 15 мм в диаметре; отдельные её элементы могут сливаться. Локализуется на туловище и конечностях, но более обильно – в области лица [11].

Инфекционная эритема (лат. *Erythema infectiosum*) характеризуется обильной, местами сливной, преимущественно пятнистой сыпью. На лице экзантема приводит к появлению эффекта «нашлепанных щек» с разлитым покраснением, а на конечностях состоит из сливающихся округлых пятен, колец и полуколец, напоминающих кружево. В местах обильных высыпаний нередко отмечается пластинчатое или отрубевидное шелушение. Наряду с сыпью могут присутствовать лихорадка, респираторно-катаральный синдром, тошнота, диарея, артралгии и артриты [12]. Основным этиологическим фактором заболевания в настоящее время считают ДНК-содержащий вирус семейства *Parvoviridae* – Парвовирус В19 (англ. Primate erythroparvovirus 1) [13, 14].

Внезапная экзантема (лат. *Roseola infantum, Exanthema subitum*) – это острое инфекционное заболевание, распространенное преимущественно среди детей до 2-летнего возраста и вызываемое *Human herpesvirus 6* (HHV-6), реже *Human herpesvirus 7* (HHV-7). Заболевание начинается с внезапного подъёма температуры до 39–40°C, которая может держаться в течение 3–5 дней. В дальнейшем, на фоне её снижения, сначала на лице, груди и животе, а через несколько часов и по всему телу появляются мелкопапулезные высыпания, которые постепенно угасают, не оставляя пигментации или шелушения [15].

Кроме первичных экзантем среди заболеваний, сопровождающихся сыпью преимущественно пятнистого характера, следует отметить также ряд других болезней.

Иерсиниоз (лат. *Yersiniosis*) вызывается грамотрицательной бактерией *Yersinia enterocolitica* [16].

При развитии заболевания чаще всего отмечаются лихорадка, температура, достигающая 38–40 °С, озноб, общая слабость, боли в области живота, ломота в мышцах и суставах, а также экзантема. Высыпания – пятнисто-папулезные, мелкоточечные либо крупнопятнистые (иногда кольцевидные), могут появляться на различных участках кожи, но чаще всего – в нижней части конечностей (симптом «носков» и «перчаток»). Сыпь может сопровождаться жжением в ладонях; после себя оставляет участки шелушения.

Болезнь Лайма (лат. *Borreliosis*, клещевой боррелиоз) – преимущественно трансмиссивное заболевание, вызываемое бактериями рода *Borrelia* типа *Spirochaetales*. Бактерии передаются человеку при укусе инфицированных иксодовых клещей, принадлежащих к нескольким видам рода *Ixodes*. Ранние проявления болезни могут включать чувство жара, головные боли, усталость и характерную сыпь, называемую мигрирующей эритемой (лат. *Erythema migrans*). Последняя обычно овальная или круглая, диаметром 10–20 см, иногда до 60 см. Края её интенсивно красные, слегка приподнимаются над непораженной кожей в виде кольца; в центре эритема чуть бледнее. В течение последующих дней или недель участок гиперемии расширяется (мигрирует) во все стороны. Локализуется мигрирующая эритема чаще всего на нижних конечностях, реже – в области живота, поясницы, в подмышечных и паховых областях, на шее [17]. Кандидоз гладкой кожи – одна из разновидностей грибковой инфекции, вызываемая микроскопическими дрожжеподобными грибами рода *Candida* (в первую очередь *Candida albicans*). Поражение кожи начинается чаще всего с крупных складок, где и происходит формирование эритематозных очагов с везикулами, эрозиями и пустулами. Для заболевания характерно наличие поражённых участков с чёткими фестончатообразными краями, поверхность которых нередко имеет белесоватый налёт [18].

Многоформная экссудативная эритема (лат. *Erythema exsudativum multiforme*) – острое заболевание кожи и слизистых оболочек [19], характеризующееся полиморфными высыпаниями и склонностью к рецидивам, преимущественно в осенний и весенний периоды года. Развитие заболевания связывают с сенсибилизацией организма к различным лекарственным препаратам (барбитураты, сульфаниламиды, тетрациклин) [20]. Также много-

формная экссудативная эритема может развиваться на фоне некоторых инфекционных заболеваний (таких, как гайморит, хронический тонзиллит, отит, инфекции мочевыводящих путей и т.д.). Высыпания на коже представлены плоскими отечными папулами красно-розовой окраски с четкими границами, которые располагаются преимущественно на тыле стоп и кистей, ладонях и подошвах, на разгибательной поверхности локтей, предплечий, коленей и голеней, в области гениталий. Папулы быстро увеличиваются от 2–3 мм до 3 см в диаметре, их центральная часть западает, на ней могут возникать пузыри с серозным или кровянистым содержимым. При поражении слизистой ротовой полости элементы располагаются в области губ, нёба, щек. Как правило, высыпания сопровождаются чувством жжения, иногда наблюдается зуд.

Розовый лишай (Жибера) (лат. *Pityriasis rosea*) – острое воспалительное заболевание кожи, предположительно инфекционной природы. Возбудитель заболевания точно не известен, но существует мнение, что розовый лишай вызывается *Human herpesvirus 7* (HHV-7), реже *Human herpesvirus 6* (HHV-6). Болезнь начинается обычно на фоне или вскоре после острого респираторного заболевания с появления на коже туловища единичного крупного округлого пятна розового цвета диаметром 2 см и более (так называемая «материнская бляшка»), центральная часть которого постепенно приобретает желтоватый оттенок и начинает слегка шелушиться, напоминая смятую папиросную бумагу. А через несколько дней на коже туловища и конечностей возникают множественные мелкие овальные розовые пятна диаметром 0,5–1 см, расположенные по линиям Лангера [21].

Аллергический контактный дерматит представляет собой воспалительное заболевание кожи, возникающее в месте ее непосредственного контакта с аллергеном. Воспаление развивается по замедленному типу аллергической реакции при регулярном и достаточно длительном контакте с веществом-аллергеном [22]. Типичными симптомами заболевания являются гиперемия кожи, отечность, появление уртикарных высыпаний, иногда – явления мокнутия. Развитие перечисленных симптомов сопровождается интенсивным кожным зудом.

Системная красная волчанка (СКВ, лат. *Lupus erythematoses* – «волчья эритема») – диффузное

заболевание соединительной ткани, характеризующееся системным иммунокомплексным поражением соединительной ткани, её производных и сосудов микроциркуляторного русла [23]. Название болезнь получила из-за своего характерного признака – макулопапулезной сыпи на переносице и щеках (поражённый участок по форме напоминает «бабочку»), которая, как считали в Средневековье, напоминает места волчьих укусов. Примерно у 30–50 % пациентов отмечаются также эритематозные высыпания, покрытые плотными чешуйками на руках и туловище.

Дерматомиозит (лат. *Dermatomyositis*) – это прогрессирующее системное заболевание соединительной ткани, скелетной и гладкой мускулатуры с нарушением её двигательной функции, сопровождающееся поражением кожи и внутренних органов. Классическим кожным проявлением заболевания является гелиотропная сыпь, которая представляет собой лиловые или красные кожные высыпания на верхних веках и пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков»), часто в сочетании с отеком вокруг глаз. Типичным также считается наличие симптома Готтрона – появление шелушащихся эритематозных пятен на коже пальцев рук, шелушения и покраснения ладоней, ломкости и исчерченности ногтей, а также околоногтевой эритемы [24].

К заболеваниям с преимущественно папулёзной экзантемой относятся:

1. **Контагиозный моллюск** (лат. *Molluscum contagiosum*) вызывается ДНК-содержащим вирусом семейства *Poxviridae*. Проявляется образованием на кожном покрове небольших плотных узелков сферической или овальной формы, от 1 до 10 мм в диаметре, окрашенных в перламутрово-белый, розовый или серо-желтый цвет с пупковидным углублением в центре. Наиболее часто узелки локализуются на шее, туловище, на лице и в области половых органов [25].

2. **Детский папулёзный акродерматит** (лат. *Papular acrodermatitis*, *acrodermatitis papulosa infantum* или синдром *Crosti-Gianotti*). Заболевание характеризуется появлением мономорфной папулёзной сыпи, расположенной симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Постепенно сыпь может распространяться на плечевой пояс, шею, лоб, ушные раковины, ягодицы и живот; реже возникает на лице,

волосистой части головы, спине и груди. Типичные папулы имеют размеры от 1 до 3 мм в диаметре, полушаровидную или плоскую форму, застойно-красную, медно-красную или желтоватую окраску. Поражённая кожа напоминает шкуру леопарда или жирафа. Через несколько дней в центре элементов появляется небольшое шелушение, постепенно усиливающееся по мере рассасывания папул. Субъективных ощущений нет, лишь иногда может отмечаться умеренный зуд. Имеются сведения о связи детского папулёзного акродерматита с вакцинацией (например, от полиомиелита), наличием хронических очагов инфекции. Указывают также на возможность вирусного происхождения заболевания, о чём свидетельствует сочетание с инфекцией, вызванной вирусами гепатита В, Эпштейна-Барра, Коксаки и парагриппа [26].

3. **Псориаз** (лат. *Psoriasis*) – хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермальных клеток. Розово-красные папулы, покрытые легко соскабливаемыми чешуйками, чаще всего располагаются на разгибательных поверхностях конечностей и волосистой части головы. В результате периферического роста элементы могут сливаться в бляшки различных размеров и очертаний, занимающие иногда обширные участки кожи. При поскабливании элементов отмечают феномены стеаринового пятна, терминальной плёнки и точечного кровотечения – так называемая «псориазная триада» [27].

4. **Кольцевидная гранулема** (лат. *Granuloma anulare*) – это хроническое заболевание кожи, причины которого ещё недостаточно изучены. Считается, что на развитие болезни оказывают влияние инфекции, нарушения клеточного иммунитета, аллергические реакции замедленного типа и т.д. Провоцирующую роль может играть травма. Описана также ассоциация кольцевидной гранулёмы с туберкулиновой пробой и БЦЖ-вакцинацией. Характеризуется развитием на кожных покровах, преимущественно конечностей, многочисленных плотных узелков, которые группируются в виде колец и сопровождаются болью и зудом [28].

5. **Геморрагический васкулит** (лат. *Purpura Shoenlein-Henoch*) – наиболее распространённое заболевание из группы системных васкулитов. В его основе лежит асептическое воспаление стенок микрососудов, множественное микротромбообра-

зование, поражающее сосуды кожи и внутренних органов (чаще всего почек и кишечника). Характерна геморрагическая сыпь, элементы которой незначительно возвышаются над поверхностью кожи. В дебюте заболевания высыпания могут иметь петехиальный характер и локализуются в дистальных отделах нижних конечностей. Затем они постепенно распространяются на бёдра и ягодицы. Через несколько дней пурпура в большинстве случаев бледнеет, приобретая за счёт пигментации бурюю окраску и затем постепенно исчезает [29].

6. Фолликулярный кератоз (лат. *Keratosis follicularis*) – это определяющий клинико-гистологический признак некоторых симптоматических поражений кожи или группы дерматологических заболеваний под названием «фолликулярные кератозы». Вследствие воздействия различных причинных факторов (приобретенных или генетически обусловленных) происходит нарушение процессов кератинизации эпителия, сопровождающееся неполным созреванием и задержкой отторжения клеток рогового слоя, увеличением его толщины и закрытием просвета волосяных фолликулов [30]. Это приводит к ощущению сухости, симптому «наждачной бумаги» или «гусиной кожи». Наиболее распространенные места поражения кератозом: предплечья, бедра, внутренняя часть бедер и ягодицы. Изредка проявления кератоза присутствуют на лице.

Среди заболеваний с преимущественно везикулёзной экзантемой следует отметить:

- **Строфулос** (лат. *Strophulus*, детская почесуха) – островоспалительное поражение кожи, возникающее у детей в первые месяцы и годы жизни как результат воздействия пищевых (рыба, яйцо, шоколад, цитрусовые, орехи, ананас, консервированные напитки) и лекарственных (антибиотики пенициллинового ряда, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные средства) аллергенов [31]. Может развиваться также при укусах насекомых (комаров, блох, клопов). Основным элементом сыпи при строфулосе является папула-везикула. Это небольшое образование чечевицеобразной формы, красного или розового цвета, твердой консистенции, в центре которого виден желтоватый участок, соответствующий пузырьку или корочке, оставшейся после засыхания последнего. Типичная локализация элементов: разгибательные

поверхности верхних и нижних конечностей, ягодицы, подошвы. Характерен сильный зуд.

- **Дисгидроз** (лат. *Dyshidrosis*) – хроническое заболевание, характеризующееся появлением множественных мелких везикул, которые как бы вкрапливаются в эпидермис ладоней, боковой поверхности кистей рук и подошв стоп. Пузырьки величиной до 5 мм, на ощупь плотные с прозрачной жидкостью внутри, сопровождаются сильным зудом и жжением. На месте вскрывающихся везикул образуются язвочки, кожа начинает шелушиться и трескаться [32].

- **Герпес** (лат. *Herpes*) – вирусное заболевание кожи, возбудителем которого является нейротропный ДНК-содержащий *Herpes simplex virus* (HSV). Заболевание характеризуется появлением на коже пузырьков или групп пузырьков, которым иногда предшествует лихорадка. Прозрачное содержимое пузырьков быстро мутнеет, ссыхается в корочки буровато-жёлтого цвета, при снятии которых обнажается эрозия с неровными краями. Элементы чаще всего располагаются на верхней, реже – на нижней губе или крыльях носа, наружных половых органах и слизистых оболочках полости рта [33].

- **Опоясывающий герпес** (лат. *Herpes zoster*) – заболевание, вызываемое вирусом ветряной оспы (*Varicella-herpes zoster*), характеризующееся односторонними герпетическими высыпаниями на коже и сопровождающееся сильным болевым синдромом. Процесс локализуется по ходу нервных стволов, чаще межрёберных, а также ветвей тройничного нерва. Кожным проявлениям обычно предшествуют общее недомогание, повышение температуры, небольшой зуд, чувство покалывания и невралгические боли на месте будущих высыпаний. В дальнейшем появляются розовые отёчные пятна, на фоне которых в течение 3–4 суток образуются группы эритематозных папул, быстро превращающихся в пузырьки с прозрачным содержимым; происходит увеличение местных лимфатических узлов и усиление болевых ощущений. Через 6–8 суток пузырьки подсыхают, образуя жёлто-коричневые корочки, которые затем отпадают, оставляя незначительную пигментацию [34].

- **Ветряная оспа** (лат. *Varicella*) представляет собой острое вирусное заболевание, вызываемое ДНК-содержащим вирусом *Varicella Zoster* семейства *Herpesviridae* [35]. Характеризуется лихорад-

кой и генерализованной сыпью, элементы которой имеют вид розовых пятен величиной 2–4 мм, в течение нескольких часов превращающихся в папулы. Часть последних становится однокамерными везикулами, окруженными венчиком гиперемии. Через 1–3 дня везикулы подсыхают, образуя поверхностные корочки темно-красного или коричневого цвета, которые отпадают на 2–3-й неделе заболевания.

• **Вирусная пузырчатка ладоней и подошв** (лат. *Hand-food-and-mouth disease*, вирусная пузырчатка полости рта и конечностей) – заболевание, которое ассоциируют с *Coxsackievirus A16* или *Enterovirus 71* (EV-71). На коже ладоней и подошв появляются везикулы, заполненные белесоватой жидкостью и окруженные венчиком гиперемии. Поражение ладоней и стоп, вызванное *Coxsackievirus A16*, обычно протекает легко и проходит самостоятельно. Заболевание же, обусловленное *Enterovirus 71* (EV-71), характеризуется тяжёлым течением и может сопровождаться неврологическими симптомами [36]. Если поражается ротовая полость, то на фоне подъема температуры во рту появляются болезненные пузырьки желтого цвета с красным ободком и неприятный запах изо рта [37].

• **Чесотка** (лат. *Scabies*) – заразное кожное заболевание из группы акродерматитов, вызываемое микроскопическим паразитом – чесоточным клещом или чесоточным зуднем (лат. *Sarcoptes scabiei var. hominis*). Характерными признаками заболевания являются зуд, усиливающийся в вечернее время, и папуловезикулезная сыпь, часто с присоединением вторичных гнойничковых элементов вследствие инфицирования при расчесывании. Патогномичным признаком является наличие чесоточных ходов. Сыпь распределяется чаще всего в межпальцевых промежутках кистей и на сгибательной стороне запястий, распространяясь в дальнейшем на локти, стопы, подмышечные впадины и туловище [38].

• **Вульгарное импетиго** (лат. *Impetigo vulgaris / impetigo strepto-staphylogenes*) представляет собой контагиозное инфекционное заболевание (разновидность пиодермии), вызываемое *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* или их сочетанием. Через поврежденные кожные покровы возбудитель проникает в волосяные фолликулы, где начинает активно размножаться, вызывая появление пустулезной сыпи; на месте лопнувших гнойнич-

ков образуются жёлто-коричневые корочки. В большинстве случаев вульгарное импетиго поражает кожные покровы лица, но может локализоваться на слизистой носовых ходов, ротовой полости, туловище и конечностях [39].

К заболеваниям, сопровождающимся уртикарными высыпаниями, прежде всего относится крапивница (лат. *Urticaria*). Основным элементом сыпи при этом является волдырь, который представляет собой отёк поверхностных слоев дермы с выступающим бледным центром, окруженным зоной гиперемии. Сохраняются высыпания от 1 до 24 часов и сопровождаются зудом. В 20% случаев острая крапивница имеет аллергическую природу и возникает как опосредованная реакция на пищевые и лекарственные аллергены. В 30% случаев связана с инфекцией прежде всего респираторного тракта, а в 50% случаев триггерный фактор выявить не удаётся [40].

Как видно из представленного материала, сыпь может носить одинаковый характер при самых различных заболеваниях. Как же тогда проводить дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся сыпью? [2].

Алгоритм диагностического поиска должен строиться прежде всего на сборе анамнеза (в том числе аллергологического), осмотре и ощупывании кожи [2]. При этом необходимо уточнить сроки появления сыпи, количество элементов, их моно- или полиморфизм, характер и этапность высыпаний, преимущественную локализацию, склонность к слиянию, симметричность, длительность и эволюцию высыпаний, наличие/отсутствие вторичных элементов сыпи, а также субъективных ощущений в местах высыпаний (зуд, боль, жжение, сухость кожи). Именно особенности морфологических элементов в совокупности с общими проявлениями заболевания будут являться решающим фактором в диагностике [6]. При этом наибольшей диагностической ценностью обладают первичные морфологические элементы, по характеру которых (цвет, форма, размеры, очертания, характер поверхности и др.) в значительном ряде случаев удается определить нозологию.

Важны также возраст больного, данные анамнеза о заболеваниях среди окружающих с учетом продолжительности инкубационного периода вероятной инфекции, ранее перенесенных заболеваниях, проведенных профилактических привив-

Схема

Алгоритм диагностического поиска



ках, склонности к аллергии, принимаемых медикаментах и пище, сведениях о путешествиях [3] и эффективности проводимого лечения.

Значимым будет являться сопоставление данных клинического осмотра с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования [2], оценка динамики состояния, а также консультации смежных специалистов (см. схему).

ЛИТЕРАТУРА

- Gellrich F.F., Gynther C. Schnitzler syndrome. *Z Rheumatol.* 2019. Vol. 21. P. 43–54.
- Ревякина В.А. Дифференциальная диагностика кожных сыпей // *Лечащий врач.* 2010. № 5. С. 29–31.
- Овсянников Д.Ю. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных экзантем в детском возрасте // *Педиатрия.* 2016. № 2. С. 160–167.
- Chadha A., Jahnke M. Common Neonatal Rashes // *Pediatr Ann.* 2019. Vol. 1, № 48 (1). P. 16–22.
- Соколовский Е.В. *Кожные и венерические болезни.* СПб: Фолиант, 2006. 520 с.
- Скрипкин Ю.К. *Кожные и венерические болезни: руководство для врачей.* С. 123–127.
- Gill P.J., Burgner D., Harnden A. Persistent fever and rash in a young child // *BMJ.* 2011. 19. Vol. 343.
- Measles in older children and adults / Cockbain B.C., Bharucha T., Irish D. et al. // *BMJ.* 2017. 16. Vol. 356.
- Kutsuna S., Hayakawa K., Ohmagari N. Scarlet fever in an adult // *Intern. Med.* 2014. Vol. 53, № 2. P. 167–168.
- Clarkson E., Mashkoor F., Abdulateef S. Oral Viral Infections: Diagnosis and Management // *Dent. Clin. North Am.* 2017. Vol. 61, № 2. P. 351–363.
- Epidemiologic and clinical characteristics of infectious mononucleosis associated with Epstein-Barr virus infection in children in Beijing, China / L.W. Gao, Z.D. Xie, Y.Y. Liu et al. // *World J. Pediatr.* 2011. Vol. 7, № 1. P. 45–49.
- Шаринова Е.В., Бабаченко И.В. Клинико-эпидемиологические особенности парвовирусной инфекции В19 у детей // *Педиатрия.* 2015. № 3. С. 82–86.
- Infection and immunity for human parvovirus B19 in patients with febrile exanthema / M.S. Pedranti,

- P. Barbero, C. Wolff et al. // *Epidemiol. Infect.* 2012. Vol. 140, № 3. P. 454–461.
14. Sachan D. Erythema infectiosum rash // *Indian Pediatr.* 2011. Vol. 7, № 48 (4). P. 338.
 15. Lautenschlager I., Loginov R. HHV-6 infection and its clinical significance // *Duodecim.* 2011. Vol. 127, № 12. P. 1204–1211.
 16. *Yersinia spp. in Wild Rodents and Shrews in Finland* / S. Joutsen, R. Laukkanen-Ninios, H. Henttonen et al. // *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2017. Vol. 17, № 5. P. 303–311.
 17. Stock I. Lyme disease-clinical manifestations and treatment // *Med. Monatsschr. Pharm.* 2016. Vol. 39, № 5. P. 197–204.
 18. Kim J., Sudbery P. *Candida albicans*, a major human fungal pathogen // *J. Microbiol.* 2011. Vol. 49, № 2. P. 171–177.
 19. Variants of Erythema Multiforme: A Case Report and Literature Review / L. Paulino, D.J. Hamblin, N. Osondu et al. // *Cureus.* 2018. Vol. 16, № 10 (10). P. 3459.
 20. Arden-Jones M.R., Friedmann. P.S. Skin manifestations of drug allergy // *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2011. Vol. 71, № 5. P. 672–683.
 21. Urbina F., Das A., Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea // *World J. Clin. Cases.* 2017. Vol. 16, № 5 (6). P. 203–211.
 22. Prospective multicenter survey on the clinical management of pediatric contact dermatitis / G. Ruggiero, C. Carnevale, A. Diociaiuti et al. // *Minerva Pediatr.* 2016. Vol. 68, № 6. P. 412–418.
 23. Pathogenesis of Human Systemic Lupus Erythematosus: A Cellular Perspective / V.R. Moulton, A. Suarez-Fueyo, E. Meidan et al. // *Trends Mol. Med.* 2017. Vol. 23, № 7. P. 615–635.
 24. Akbaryan M., Darabi F., Soltani Z. Dermatomyositis Leading to Necrotizing Vasculitis: A Perfect Response to Applied Therapy // *Int. J. Biomed. Sci.* 2016. Vol. 12, № 4. P. 125–129.
 25. Yin G.W., Li J. Confluent Atypical Molluscum Contagiosum Causing Disfigurement in a Human Immunodeficiency Virus Patient // *Ann. Acad. Med. Singapore.* 2017. Vol. 46, № 1. P. 37–38.
 26. Gianotti-Crosti syndrome as presenting sign of cytomegalovirus infection: A case report and a critical appraisal of its possible cytomegalovirus etiology / F. Drago, S. Javor, G. Ciccarese et al. // *J. Clin. Virol.* 2016. Vol. 78. P. 120–122.
 27. Clarke P. Psoriasis // *Aust. Fam. Physician.* 2011. Vol. 40, № 7. P. 468–473.
 28. Alirezai P., Farshchian M. Granuloma annulare: relationship to diabetes mellitus, thyroid disorders and tuberculin skin test // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2017. Vol. 26, № 10. P. 141–145.
 29. Acraly distributed dermatoses: Vascular dermatoses (purpura and vasculitis) / J. Kazandjieva, D. Antonov, J. Kamarashev et al. // *Clin. Dermatol.* 2017. Vol. 35, № 1. P. 68–80.
 30. Dharman S., Arvind M. Darier's disease-oral, general and histopathological features in a 7 year old child // *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* 2016. Vol. 34, № 2. P. 177–179.
 31. Строфулюс: клиническая картина, диагностика, лечение / А.И. Ермилова, Г.В. Меньщикова, А.В. Федоровская и др. // *Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum.* 2015. № 4. С. 43–47.
 32. Nishizawa A. Dyshidrotic Eczema and Its Relationship to Metal Allergy // *Curr. Probl. Dermatol.* 2016. Vol. 51. P. 80–85.
 33. New strategies against drug resistance to herpes simplex virus / Y.C. Jiang, H. Feng, Y.C. Lin et al. // *Int. J. Oral Sci.* 2016. Vol. 30, № 8 (1). P. 1–6.
 34. Herpes zoster with motor involvement: discordance between the distribution of skin rash and localization of peripheral nervous system dysfunction / Alshekhlee A., Tay E., Buczek M. et al. // *J. Clin. Neuromuscul. Dis.* 2011. Vol. 12, № 3. P. 153–157.
 35. Paul G., Paul B.S., Singh G. Unseen face of varicella-zoster infection in adults // *Indian J. Crit. Care. Med.* 2016. Vol. 20, № 12. P. 731–734.
 36. Infantile atypical hand-foot-mouth disease with features of eczema herpeticum and acrodermatitis / I.M. Coronel-Perez, A. Porras-Gonzalez, E.M. Rodriguez-Rey et al. // *Arch. Argent. Pediatr.* 2019. Vol. 1, № 117 (1). P. 59–62.
 37. Chiu W.Y., Lo Y.H., Yeh T.C. Coxsackievirus associated hand, foot and mouth disease in an adult // *QJM.* 2016. Vol. 109, № 12. P. 823–824.
 38. Arlian L.G., Morgan M.S. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future // *Parasit. Vectors.* 2017. Vol. 20, № 10 (1). P. 297.
 39. Van Ravenstein K., Durham C.O., Williams T.H., et al. Diagnosis and management of impetigo // *Nurse Pract.* 2017. Vol. 7, № 42 (3). P. 40–44.
 40. Мешкова Р.Я. Хроническая спонтанная крапивница. Ч. 1. // *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2014. № 1 (36). С. 12–19.