**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Педиатрии**

**Реферат**

на тему:

**"Сыпи у детей. Тепловой удар"**

Пенза 2008

# **План**

Введение

1. Брюшной тиф
2. Сыпной тиф
3. Клещевой сыпной тиф северной Азии
4. Менингококкемия
5. Корь
6. Скарлатина
7. Краснуха
8. Тепловой удар

Литература

**Введение**

Сыпь – один из типичных и наиболее постоянных клинических признаков многих инфекционных болезней. Характер высыпаний, локализация элементов сыпи на теле, время появления высыпаний по дням болезни и последовательность распространения сыпи по телу, обратно развитии элементов сыпи по срокам болезни для каждой инфекционной болезни, сопровождающей сыпь, постоянны, что и используется в дифференциальной диагностике. Следует иметь в виду, что сыпи также наблюдаются при аллергических реакциях и кожных заболеваниях.

**1. Брюшной тиф**

Возбудителем заболевания является Salmonella typhi.

Сыпь появляется не ранее 8–9-го дня болезни. Сыпь малозаметная розеолезная, локализующаяся преимущественно на животе, груди, боковых отделах туловища. Как правило, розеолы существуют не более суток, однако новые их высыпания наблюдаются на протяжении всего лихорадочного периода. Розеолы единичные, несколько приподнятые над поверхностью кожи, бледно-розовой окраски, легко исчезают при надавливании. Ведущий симптом перед появлением сыпи – высокая, не снижающаяся в течение нескольких дней температура при отсутствии каких-либо определенных жалоб. Повышению температуры в свою очередь предшествует недомогание в течение 3–5 дней. Достигнув максимума, температура длительно (в среднем 3–5 недель) остается на высоком уровне, незначительно колеблясь в течение дня. Понижается температура нередко ступенеобразно, часто со значительными размахами. Со 2-й недели болезни, начиная с 8-го дня, когда уже возможно появление сыпи, у больного отмечаются выраженная вялость, адинамия, бледность кожных покровов. Очень часто к этому времени развивается относительная брадикардия, а в легких обнаруживают явления дифузного бронхита и очаговой пневмонии. Одновременно с появлением сыпи можно отметить увеличение размеров печени и селезенки, умеренное вздутие живота, умеренную болезненность и урчание в илеоцекальной области. Язык, как правило, сухой, обложен густым грязноватым налетом, утолщен, отечен, с отпечатками зубов по краям. У большинства больных стул нормальный или имеется тенденция к запорам, но в ряде случаев может быть и жидкий стул.

Дифференциальный диагноз. Наиболее часто дифференциальный диагноз проводят с сыпным тифом, болезнью Брилла.

Неотложная помощь, как правило, не требуется. Этиотропное лечение проводят только в больнице и начинают после посева крови с целью выделения гемокультуры брюшнотифозной палочки. Лечение проводят левомицетином по непрерывной схеме (по 2 г/сут) до 10–12-го дня нормальной температуры.

Госпитализация. Больной подлежит госпитализации в инфекционное отделение. Перевозка специальным транспортом.

**2. Сыпной тиф**

Одним из характерных симптомов сыпного тифа является сыпь, появляющаяся одномоментно на 4–5-й (редко на 6-й) день болезни. Сыпь обильная, полиморфная, розеолезно-петехиальная, без наклонности к слиянию, локализуется на передней поверхности живота и груди, боковых отделах туловища, шеи, в поясничной области, на сгибательных поверхностях рук, внутренних и передних частях верхней трети бедер. Сыпь сохраняется на протяжении всего лихорадочного периода, оставляя на некоторое время пигментацию.

Дифференциальный диагноз проводят с брюшным тифом, клещевым сыпным тифом Северной Азии, корью, менингококкемией, геморрагическими лихорадками.

Неотложная помощь и госпитализация как при лихорадочных состояниях.

**3. Клещевой сыпной тиф Северной Азии**

На 4–5-й день болезни одномоментно появляется обильная полиморфная, розеолезно-папулезная сыпь, локализующаяся на голове, шее туловища и конечностях, включая ладони и тыльную поверхность стопы. Сыпь сохраняется в течение всего лихорадочного периода (8–14 дней) и оставляет после себя пигментацию.

Дифференциальный диагноз. Клещевой сыпной тиф Северной Азии, особенно в первые дни болезни, приходится дифференцировать, прежде всего, от сыпного тифа, болезни Брилла, возвратного вшивого тифа, кори, краснухи, менингококкемии, крымской геморрагической лихорадки, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, омской геморрагической лихорадки.

Неотложная помощь и госпитализация как при лихорадочных состояниях.

**4. Менингококкемия**

Один из характерных клинических признаков менингококкемии – сыпь, появляющаяся через 5–15 часов от начала заболевания. Типичная геморрагическая сыпь имеет вид звездочек неправильной формы разной величины – от булавочного укола до относительно крупных элементов с некрозом в центре. Элементы сыпи плотные на ощупь, часто приподняты над уровнем кожи. Нередко геморрагическая сыпь сочетается с полиморфной розеолезной и розеолезно-папулезной сыпью, которая локализуется преимущественно на ягодицах, бедрах, голенях, руках, веках и несколько реже на лице и туловище. На слизистой оболочке полости рта, конъюнктивах в это же время появляются кровоизлияния разной величины. При обратном развитии сыпи вначале исчезают розеолезные, папулезные и мелкие геморрагические элементы (через 5–10 дней). Обширные кровоизлияния, на месте которых развиваются некрозы, сохраняются более длительно.

Дифференциальный диагноз проводят с корью, скарлатиной, геморрагическими васкулитами, сепсисом, тромбопеническими состояниями.

При геморрагических васкулитах в отличие от менингококкемии сыпь располагается строго Симметрично, чаще на разгибателях, ягодицах, в области голеностопных суставов.

Тромбоцитопеническая пурпура характеризуется разнообразной сыпью – от мелких петехий до экхимозов. Сыпь локализуется на слизистых оболочках и на участках тела, подвергающихся травматизации. Характерны кровотечения, кровоизлияния. Общее состояние больных нарушено незначительно, лихорадка – не характерна.

Неотложная помощь и госпитализация как при лихорадочных состояниях.

**5. Корь**

Одним из постоянных признаков кори является сыпь, которая наблюдается на 3–4-й день болезни. Сыпь крупнопятнистая папулезная с наклонностью к слиянию, последовательно распространяющаяся на все участи тела в нисходящем порядке (лицо, шея, туловище, руки, ноги). Этапность высыпания – важный диагностический признак кори. Сыпь располагается на неизменном фоне кожи. Сыпь может быть очень обильной (сливной) или, напротив, очень скудной в виде отдельных элементов. Иногда на фоне коревой экзантемы можно заметить петехии. Через 3–4 дня элементы сыпи бледнеют и на их месте остается пигментация «которая отмечается в течение 1–1,5 недель.

Дифференциальный диагноз. В периоде высыпания корь дифференцируют от краснухи, инфекционной эритемы, медикаментозных и аллергических сыпей, энтеровирусных инфекций с экзантемой.

При лечении сульфаниламидными препаратами, антибиотиками может появляться кореподобная сыпь. Наряду с нею могут быть высыпания и другого характера – уртикарные, с выраженным экссудативным компонентом, геморрагические и др. Сыпь редко бывает на лице, чаще она локализуете на туловище, в области суставов. Иногда медикаментозная сыпь пигментируется.

При энтеровирусных инфекциях, протекающих с экзантемой, сыпь в отличие от коревой не имеет этапности высыпания, пигментации, отсутствуют пятна Бельского – Филатова – Коплика. Катаральные явления обычно слабо выражены.

Неотложная помощь и госпитализация как при лихорадочных состояниях.

**6. Скарлатина**

К концу первых, на 2-е сутки болезни на гиперемированном фоне кожи появляются мелкоточечная сыпь, которая быстро распространяется по всему телу. Характерен бледный носогубный треугольник на фоне яркой гиперемии щек. Мелкоточечная сыпь сгущается в области естественных складок кожи (подмышечные впадины, паховые складки; внутренняя поверхность бедер). Наряду с мелкоточечной розеолезной сыпью в этих местах могут быть петехии. Сыпь может быть папулезной, мелкопятнистой или геморрагической. Дермографизм белый, отчетливо выражен. Сыпь обычно наблюдается в течение 3–7 дней, исчезая, она не оставляет пигментации. На второй неделе болезни начинается шелушение, наиболее выраженное на пальцах стоп и кистей.

Скарлатина может протекать и без сыпи (атипичная форма).

Дифференциальный диагноз проводят с краснухой, псевдотуберкулезом («скарлатиноподобная лихорадка»), лекарственной экзантемой. В ряде случаев необходима дифференциация от скарлатиноподобной сыпи, возникающей в продромальном периоде кори и при ветряной оспе.

При псевдотуберкулезе сыпь более крупная, чем при скарлатине, обычно локализуется вокруг суставов. Типичны гиперемия и отечность кистей рук и стоп (симптом перчаток и носков).

Неотложная помощь. Проводится антибиотикотерапия, главным образом для профилактики осложнения. Пенициллин назначают из расчета 15000–20000 ЕД (кг х сут.), при тяжелых формах не менее 50000 ЕД/ (кг х сут.). Инъекции производят каждые 4–6 часов. Длительность курса лечения 5–7 дней. При непереносимости пенициллина назначают эритромицин, тетрациклины в возрастных дозах.

Госпитализация больных с тяжелыми формами заболевания и при наличии сопутствующих заболеваний в инфекционное отделение. В большинстве случаев возможно лечение в домашних условиях.

**7. Краснуха**

Возбудитель болезни – вирус Polynosa rubeolae.

Сыпь при краснухе – один из наиболее типичных признаков болезни. Появляется сыпь на 1–3-й день от начала болезни вначале на лице и шее, распространяясь уже через несколько часов по всему телу. Сыпь мелкопятнистая, бледно-розовая, без наклонности к слиянию. При среднетяжелой и тяжелой формах болезни у взрослых сыпь может быть пятнисто-папулезной с петехиальными элементами и наклонностью к слиянию. Располагается, сыпь на неизменном фоне кожи преимущественно на спине, разгибательных поверхностях конечностей и отсутствует на ладонях и тыльной поверхности стоп. Одновременно с повышением температуры до 38˚С (у взрослых до 39–40˚С) на фоне общей слабости, головной боли, тошноты, суставных и мышечных болей отмечается генерализованная лимфаденопатия. Наиболее часто наблюдаются увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов, которые имеют тестоватую консистенцию и сохраняют подвижность.

Дифференциальный диагноз наиболее часто приходится проводить с корью, скарлатиной, сыпным тифом, болезнью Брила, менингококкокемией, омской геморрагической лихорадкой, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, инфекционным мононуклеозом.

Инфекционный мононуклеоз нередко сопровождается появлением на коже мелкопятнистой, пятнисто-папулезной (кореподобной), уртикарной, геморрагической сыпи, которая располагается симметрично на туловище, конечностях, никогда не бывает на лице, характеризуется полиморфизмом и быстрой сменой одних элементов другими. При инфекционном мононуклеозе увеличиваются многие группы лимфатических узлов, а не только заднешейных и затылочных. Для инфекционного мононуклеоза характерно также увеличение печени и селезенки, чего не бывает при краснухе.

Неотложная помощь, как правило, не требуется, за исключением случаев с тяжелой гипертермией. При легкой и среднетяжелой формах заболевания больные могут находиться дома. Специфической терапии краснухи нет. При необходимости проводится патогенетическое лечение.

Госпитализация не обязательна. Госпитализируются больные с тяжелой формой болезни в инфекционное отделение.

**8. Тепловой удар**

Тепловой удар (гипертермическая кома) – болезненное состояние, обусловленное общим перегреванием организма и возникающее в результате воздействия внешних тепловых факторов. Тепловой удар может возникнуть в результате пребывания в помещении с высокой температурой и влажностью, во время длительных маршей в условиях жаркого климата, при интенсивной физической работе в душных, плохо вентилируемых помещениях. Развитию теплового удара способствуют теплая одежда, переутомление, несоблюдение питьевого режима. У детей грудного возраста причиной теплового удара может быть укутывание в теплые одеяла, пребывание в душном помещении, расположение детской кроватки около печи или батареи центрального отопления.

Чрезмерное перегревание организма сопровождается нарушением водноэлектролитного обмена, циркуляторными расстройствами, периваскулярным и перицеллюлярным отеком, мелкоточечными кровоизлияниями в мозг.

Чувство общей слабости, разбитости, головная боль, головокружение, шум в ушах, сонливость, жажда, тошнота. При осмотре выявляется гиперемия кожных покровов. Пульс и дыхание учащены, температура повышена до 40–41˚С. В тяжелых случаях дыхание замедляется, иногда переходит в дыхание Чейна – Стокса, падает АД. Больной оглушен, теряет сознание, иногда возникают судороги, развивается коматозное состояние. Возможны бред, психомоторное возбуждение. У детей грудного возраста на первый план выступают быстро нарастающие диспепсические расстройства (рвота, понос), температура тела резко повышается, черты лица заостряются, общее состояние быстро ухудшается, сознание помрачается, возникают судороги, развивается кома.

Неотложная помощь. Больного срочно выносят в прохладное место, обеспечивают доступ свежего воздуха, освобождают от одежды, дают выпить холодной воды, накладывают холодный компресс на голову. В более тяжелых случаях показано обертывание простыней, смоченной холодной водой, обливание прохладной водой, лед на голову и паховые области. При сердечнососудистой недостаточности вводят 0,5 мл 0,05% раствора строфантина внутривенно, 2–3 мл кордиамина внутримышечно или внутривенно. Целесообразно внутривенное введение 300–500 мл изотонического раствора хлорида натрия, 400–900 мл реополиглюкина; при падении АД вводят подкожно 2 мл 10% раствора кофеина или 0,5 мл 0,1% раствора адреналина.

Госпитализация в тяжелых случаях в реанимационное отделение, в более легких случаях – в обычное терапевтическое (или детское) отделение.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год