# СЫПЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Константин Андреевич Волоцкий

Иллюстрированное научно-методическое пособие

г. Тюмень
2026г.

## Аннотация

Иллюстрированное научно-методическое пособие посвящено оценке ребёнка с высыпаниями в практике педиатра. От морфологического описания и первичной оценки состояния читатель переходит к инфекционным, воспалительным, неонатальным и системным заболеваниям. Сравнительные таблицы помогают формулировать дифференциальный вопрос; лечебная глава связывает диагноз с целями помощи, уходом, контролем и изменением уровня ведения. Отдельно рассмотрены наблюдение после тяжёлых заболеваний и передача информации между врачами.

Изложение предназначено для профессионального обучения и клинического ориентирования. Пособие не является дозовым справочником и не заменяет применимого детского неотложного протокола, индивидуального назначения и действующих нормативных требований. Учебные схемы показывают последовательность вопросов и не устанавливают критериев безопасной выписки.

## Предисловие автора

Сыпь легко назвать раньше, чем понять её значение. Один элемент может сопровождать разные болезни, а опасное системное состояние иногда развивается до ожидаемых кожных проявлений. В основу пособия положена последовательность: оценить ребёнка, описать наблюдаемое, сформулировать клинический вопрос и выбрать дальнейшее действие в пределах имеющихся данных.

Книга объединяет нозологическое и синдромное чтение. Главы о заболеваниях объясняют клинический контекст; таблицы позволяют вернуться к сходным проявлениям. Лечение рассматривается как связный план, включающий уход, показание к вмешательству и контроль результата. Там, где данные не позволяют дать надёжное готовое назначение, изложен подтверждённый принцип и сохранена существенная граница его применения.

Моя задача — сделать профессиональное чтение полезным для первичного приёма, не подменяя клиническую неопределённость уверенной формулировкой. Особенно это относится к раннему возрасту, геморрагическим и пузырным высыпаниям, анафилаксии и тяжёлым лекарственным реакциям.

## Назначение и аудитория

Пособие адресовано педиатрам первичного звена, ординаторам и врачам, изучающим клиническую оценку детских высыпаний. Материал рассчитан на медицинское образование и профессиональный осмотр. Общие лечебные положения применяются в соответствующей нозологической, возрастной и организационной области.

Состояние доказательств отражает использованные архивные редакции и датированные проверки. Наличие библиографической ссылки не означает согласованности всех положений разных руководств. Важные неопределённости — в том числе лекарственные формы и возраст, наблюдение после анафилаксии и условия микологического контроля — указаны в соответствующих разделах. Независимая клиническая валидация учебных схем не выполнена.

## Как читать книгу

При первичном обращении начните с глав 1–3. Нозологические главы 4–9 раскрывают клинические контексты; глава 10 сопоставляет их в четырнадцати таблицах. Главы 11 и 12 посвящены лечению и наблюдению. В главе 13 приведены учебные последовательности вопросов, в главе 14 — схематические морфологические иллюстрации. Краткие формы записи находятся в главе 15.

Ссылки в квадратных скобках соответствуют нумерованной библиографии. При использовании иностранного руководства различайте клиническое описание и действующие в РФ регистрационные или санитарные правила. Предметный указатель содержит ссылки на точные подразделы; номера страниц оглавления обновляются в DOCX и PDF.

## Об авторе

Константин Андреевич Волоцкий — автор пособия «Сыпь в практике врача-педиатра». В книге рассмотрены оценка состояния ребёнка с высыпаниями, дифференциальная диагностика, лечебная тактика и последующее наблюдение.

## Сокращения

| Обозначение | Значение |
|---|---|
| АД | Атопический дерматит |
| АЧТВ | Активированное частичное тромбопластиновое время |
| ВГЧ | Вирус герпеса человека |
| ВПГ, HSV | Вирус простого герпеса |
| ГКС | Глюкокортикостероиды |
| ГУС | Гемолитико-уремический синдром |
| ДВС | Диссеминированное внутрисосудистое свёртывание |
| ЖКТ | Желудочно-кишечный тракт |
| ИТП | Иммунная тромбоцитопения |
| КР | Клинические рекомендации |
| МНН | Международное непатентованное наименование |
| МНО | Международное нормализованное отношение |
| НАИТ, НТИТ | Неонатальная аллоиммунная и трансиммунная тромбоцитопения |
| ОРИТ, ОРИТН | Отделение реанимации и интенсивной терапии, в том числе новорождённых |
| ОТФ | Острый тонзиллофарингит |
| ПЦР | Полимеразная цепная реакция |
| СКВ | Системная красная волчанка |
| СРБ | С-реактивный белок |
| ССД, ТЭН | Синдром Стивенса–Джонсона, токсический эпидермальный некролиз |
| ЦНС | Центральная нервная система |
| ЭхоКГ | Эхокардиография |
| ACR | American College of Rheumatology |
| BAD | British Association of Dermatologists |
| BNP | Натрийуретический пептид B-типа |

| Обозначение | Значение |
|---|---|
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| DRESS | Лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами |
| EAACI | European Academy of Allergy and Clinical Immunology |
| HFMD | Синдром «рука–нога–рот» |
| IgAV | IgA-васкулит |
| ILDS | International League of Dermatological Societies |
| IPNA | International Pediatric Nephrology Association |
| MIS-C | Мультисистемный воспалительный синдром у детей |
| RCH | The Royal Children’s Hospital Melbourne |
| RCUK | Resuscitation Council UK |
| SEM | Кожная, глазная и оральная форма HSV-инфекции |
| SSSS | Стафилококковый синдром обожжённой кожи |
| STEC | Шигатоксин-продуцирующая Escherichia coli |
| VZV | Вирус варицелла-зостер |

## Содержание

1. Основы дерматологии и морфология сыпи ..... 7
2. Первичная оценка ребёнка с высыпаниями ..... 10
3. Красные флаги и неотложные состояния ..... 14
4. Вирусные экзантемы ..... 19
5. Бактериальные инфекции ..... 27
6. Грибковые и паразитарные заболевания ..... 32
7. Аллергические и воспалительные дерматозы ..... 38
8. Сыпь у новорождённых и детей раннего возраста ..... 50
9. Геморрагическая сыпь и системные заболевания ..... 57
10. Синдромный диагностический подход ..... 63
11. Лечебная тактика и контроль результата ..... 71
12. Амбулаторное ведение и наблюдение ..... 79
13. Учебные схемы клинического рассуждения ..... 83
14. Морфологические схемы и клиническое описание ..... 89
15. Справочные формы для приёма и передачи информации ..... 94
Источники и права использования иллюстраций ..... 97
Библиография ..... 105
Предметный указатель ..... 114

# 1. Основы дерматологии и морфология сыпи

## 1.1. Описание должно предшествовать обобщающему названию

Морфологическое описание помогает сохранить наблюдаемые различия между заболеваниями. Фолликулит определён как гнойное воспаление волосяного фолликула, а эктима — как ограниченное глубокое поражение с изъязвлением. Уже эти определения показывают, почему одинаковое бытовое обозначение «прыщики» непригодно для точной клинической записи. [3]

## 1.2. Элемент, его связь с кожными структурами и изменение во времени

При фолликулите описан болезненный воспалительный узелок с последующим образованием пустулы вокруг волоса или устья фолликула. В записи имеет значение и вид элемента, и фолликулярная связь. При буллёзном импетиго, напротив, описаны пузыри с серозно-гнойным содержимым и эрозии после вскрытия. Наблюдение эрозии на момент осмотра поэтому не всегда отражает исходный вид высыпания. [3]

При острой экземе сочетаются везикулы, мокнущие точечные эрозии и корки. Полиморфизм в этом описании означает сочетание разных морфологических проявлений, а не самостоятельное название причины заболевания. Описание одного наиболее заметного элемента может не передать всей картины. [6]

Обратимые волдыри и/или ангиоотёки названы диагностическими признаками крапивницы. Этот ориентир принципиально отличается от описания пузырей и эрозий при буллёзном импетиго. Термины «волдырь» и «пузырь» следует сохранять в значении соответствующего нозологического описания, не используя их как взаимозаменяемые слова. [8] [3]

## 1.3. Распределение и возраст

При АД топографию высыпаний сопоставляют с возрастным периодом. При младенческом атопическом дерматите описаны симметричные эритематозные и папуловезикулёзные высыпания лица и волосистой части головы. Для детского периода важны, среди прочего, локтевые и подколенные сгибы. Эти описания показывают возрастное изменение рисунка; они не задают единственно допустимую локализацию заболевания. [2]

При чесотке у детей возможно вовлечение лица и волосистой части головы; у грудных детей описаны также поражение ногтевых пластинок и пузырьковые элементы. Отсутствие взрослого рисунка распределения поэтому не должно автоматически прекращать обсуждение этой гипотезы. Но и совпадение одной локализации не доказывает чесотку. [4]

## 1.4. Морфология и диагностический предел

Для предполагаемой чесотки «парные элементы» прямо не признаются диагностическим симптомом. Для дерматофитии требуется лабораторное подтверждение дополнительно к клиническим проявлениям. Эти примеры показывают, что точное описание необходимо, но не всегда достаточно для этиологического диагноза. [4] [13]

При разноцветном лишае изменение пигментации может сохраняться после лечения. Следовательно, видимый след заболевания и сохраняющаяся активность процесса — разные вопросы, которые нельзя автоматически объединять в одну оценку эффективности. [16]

## 1.5. Рабочий морфологический словарь

Определения ниже следуют согласительному словарю ILDS 2016 в русском пересказе. Они служат описанию элемента. В этом пособии размерные границы используются только как определения выбранного словаря; возрастные критерии диагностики по ним здесь не устанавливаются. В определениях папулы, узла и пурпуры приведено общее подтверждённое ядро; спорные уточнения перевода оставлены за пределами словарной строки. [57]

| Термин | Рабочее определение |
|---|---|
| Пятно | ограниченное непальпируемое изменение цвета без возвышения. [57] |
| Папула | пальпируемый возвышающийся элемент диаметром до 1 см включительно. [57] |
| Бляшка | ограниченный пальпируемый элемент более 1 см; обычно возвышается. [57] |
| Волдырь | преходящее возвышение вследствие отёка дермы, без поверхностных изменений. [57] |
| Везикула | ограниченный жидкостный элемент до 1 см включительно. [57] |
| Пузырь | ограниченный жидкостный элемент более 1 см. [57] |
| Пустула | ограниченный элемент с гноем. [57] |
| Узел | пальпируемый возвышающийся элемент более 1 см, преимущественно в дерме или подкожной клетчатке. [57] |
| Петехия | мельчайшее точечное кровоизлияние в дерму. [57] |
| Пурпура | кровоизлияние в кожу. [57] |
| Эрозия | частичная или полная потеря эпидермиса. [57] |
| Язва | потеря всей толщи эпидермиса и по меньшей мере части дермы. [57] |
| Корка | высохшие сыворотка, кровь или гной на поверхности кожи. [57] |
| Чешуйка | видимое скопление кератина в форме пластинки или хлопьев. [57] |
| Лихенификация | усиление кожного рисунка, часто связанное с трением. [57] |

## 1.6. Как превратить описание в проверяемую запись

Краткая форма описания состоит из нескольких отдельных полей: наблюдаемый элемент; его поверхность; распределение; жалобы; изменение со времени предыдущего осмотра. Это способ организации записи, а не валидированная шкала. Если исходный элемент не наблюдался, в записи полезно разделить собственную находку и рассказ семьи о предшествовавшем виде.

Для геморрагических элементов терминологический словарь и оценка опасности решают разные задачи. При лихорадке с петехиями либо пурпурой RCH требует безотлагательной клинической оценки. Сведения о размере или названии элемента не используются как условие отказа от этой оценки. Разбор ситуации представлен в главах 2, 3 и 10. [1]

## 1.7. Структура кожи: что помогает понять клинический признак

В практической записи полезно соотносить видимый элемент с уровнем поражения. Эрозия затрагивает эпидермис, язва — всю его толщу и по меньшей мере часть дермы. Поэтому поверхностный дефект после вскрытия пузыря и глубокий язвенный очаг требуют разных описаний. Фолликулярная пустула указывает на связь с придатком кожи. Это ограниченная анатомическая основа клинического описания, а не полный курс строения кожи. [57] [3]

Барьерная функция имеет прямое значение для ухода. При АД КР связывает заболевание с нарушением эпидермального барьера и иммунным воспалением; эмоленты поддерживают водно-липидный баланс. При раздражительном дерматите прямое воздействие повреждает клетки эпидермиса, а при пелёночном — мацерация и трение увеличивают повреждение барьера. Общее слово «воспаление» поэтому не объясняет, какое воздействие следует устранить у конкретного ребёнка. [2] [17] [63]

## 1.8. Форма кожного статуса

Предложенная форма служит организации описания и не является диагностическим тестом. Она заполняется свободным текстом; отсутствие наблюдения отмечается прямо.

Дата, возраст, время от начала болезни и от первого элемента:
Исходный элемент: наблюдался лично / описан семьёй / неизвестен:
Элементы сейчас: тип, размер, цвет, контуры, поверхность, содержимое:
Пальпируемость; болезненность; связь с фолликулом:
Распределение: начало, распространение, симметрия, сгибы/разгибатели:
Ладони, подошвы, складки, волосистая часть головы, волосы и ногти:
Слизистые: локализация и характер изменений / не осмотрены:
Зуд: время, интенсивность со слов семьи, влияние на сон:
Динамика: новые элементы, изменение старых, корки, следы:
Общее состояние и системные проявления — отдельной записью:
Рабочие объяснения; наблюдения, которые им не соответствуют:

Описание остаётся проверяемым, когда данные осмотра отделены от анамнеза. Если семья сообщает о пузырьке, а врач видит только эрозию, оба сведения сохраняются с указанием происхождения; реконструкция исходного элемента не записывается как личная находка.

# 2. Первичная оценка ребёнка с высыпаниями

## 2.1. От жалобы к клиническому вопросу

Первичная оценка должна помочь решить, что требует внимания раньше уточнения названия дерматоза. При подозрении на сепсис КР рассматривает вероятный очаг инфекции, факторы риска и нарушения поведения, кровообращения либо дыхания. Это конкретная клиническая ситуация: наличие сыпи само по себе не означает сепсис, но оценку неблагополучия нельзя заменить описанием элементов. [41]

Ниже предложена организация первичного приёма: оценка состояния, анамнез, осмотр, диагностический вопрос и план дальнейшей помощи. Поля записи служат для передачи наблюдений и решений; их заполнение не подтверждает безопасность выписки.

## 2.2. Общее состояние и клинический контекст

RCH рекомендует безотлагательный осмотр опытным клиницистом ребёнка с лихорадкой и петехиями либо пурпурой. Среди признаков неблагополучия в этом контексте названы изменения сознания, в том числе выраженная раздражительность и вялость. При выраженном нарушении общего состояния требуется срочная помощь. Эти положения следует воспринимать как основание ускорить оценку, а не как законченный диагностический тест менингококковой инфекции. [1]

Для генерализованной менингококковой инфекции характерно острейшее начало с вялостью и лихорадкой; до характерной сыпи этиология может быть клинически неочевидна. Поэтому ожидание привычного рисунка высыпаний не составляет обоснованной стратегии подтверждения этой гипотезы. При подозрении на генерализованную инфекцию предусмотрена экстренная госпитализация в стационар с возможностью интенсивной терапии. [9]

## 2.3. Возраст меняет применимость решения

Возраст необходимо сохранять в формулировке клинического решения. В КР по ОРВИ фебрильная лихорадка у ребёнка младше трёх месяцев является основанием для госпитализации из-за риска тяжёлой бактериальной инфекции. В руководстве RCH любой новорождённый с петехиями нуждается в безотлагательной оценке старшим клиницистом. Эти примеры не позволяют переносить на младенца решение, принятое для внешне сходной сыпи у старшего ребёнка. [43] [1]

Возраст влияет и на описательную диагностику. Для младенческого атопического дерматита описаны симметричные эритематозные и папуловезикулёзные высыпания лица и волосистой части головы с зудом; в детском периоде существенны сгибательные зоны. Сведения о топографии служат материалом для сопоставления с клинической гипотезой, но не являются самостоятельным способом её доказать. [2]

## 2.4. Анамнез должен отвечать на вопрос

При предполагаемом атопическом дерматите КР предлагает учитывать начало и течение заболевания, атопические болезни у ребёнка и родственников, сезонность и провоцирующие факторы. Эти сведения формируют контекст, в котором оцениваются высыпания. Такой сбор анамнеза содержательнее, чем запись одного слова «аллергия», не уточняющая характер заболевания. [2]

Для контактного дерматита имеют значение временная связь с воздействием и границы его зоны. При простом раздражительном дерматите элементы ограничены местом воздействия, тогда как аллергический вариант может выходить за эти пределы. Время и распределение помогают сопоставить гипотезы, однако их различие не превращено в этой главе в окончательный домашний тест. [17]

У новорождённого отрицательный материнский анамнез генитального герпеса не снимает вопрос об HSV-инфекции. RCH специально оговаривает это ограничение: отсутствие сведений об инфекции у матери и отсутствие инфекции у ребёнка — разные утверждения. Такой анамнез сохраняют в записи вместе с возрастом, состоянием ребёнка и наблюдаемыми проявлениями; он не служит самостоятельным основанием прекратить обследование при клиническом подозрении. [62]

## 2.5. Исследование назначается под конкретную гипотезу

При типичной атопической экземе RCH указывает, что исследования обычно не требуются. При подозрении на генерализованную менингококковую инфекцию КР, напротив, предусматривает определение СРБ, прокальцитонина и исследование гемостаза. Это разные ситуации: принцип «анализы нужны при сыпи» столь же неточен, как и принцип «анализы при сыпи не нужны». [52] [9]

При подозрении на сепсис КР сначала требует клинической оценки. Исследования на догоспитальном этапе, которые способны задержать госпитализацию, признаны неприемлемыми. Диагностический план должен учитывать не только полезность результата, но и цену задержки помощи в этой конкретной неотложной ситуации. [41]

Положительный вирусный результат также не завершает оценку. В руководстве RCH по лихорадке подчёркнуто, что у нездорового ребёнка вирусные симптомы или положительный респираторный тест могут сосуществовать с серьёзной бактериальной инфекцией. Следовательно, результат отвечает на вопрос об обнаруженном вирусе, а не автоматически на вопрос о причине всех нарушений состояния. Это особенно существенно при оценке младенца. [62]

Сходный предел есть у формализованных критериев. Phoenix характеризует сепсис при органной дисфункции; авторы прямо отделяют его от раннего скрининга до появления явной дисфункции. Исходная область критериев не включает родовые госпитализации и детей с постконцептуальным возрастом менее 37 недель. Поэтому балльную оценку нельзя переносить на любую неонатальную ситуацию или считать разрешением безопасного амбулаторного наблюдения при её отсутствии. [65]

## 2.6. Повторная оценка и маршрутизация

После первоначального решения важны условия его пересмотра. При ОРВИ повторный осмотр предусмотрен при сохранении температуры более трёх дней либо ухудшении состояния. При петехиях и пурпуре RCH требует объяснить семье необходимость повторного обращения при ухудшении или сохраняющемся беспокойстве. Эти правила относятся к соответствующим клиническим контекстам и не устанавливают общего периода безопасного ожидания при любой сыпи. [43] [1]

## 2.7. Последовательность клинических вопросов

Для ребёнка с петехиями вопросы о кашле и рвоте могут объяснять механический вариант распределения в зоне верхней полой вены. Однако это лишь один из возможных контекстов:

при неблагополучии требуется срочная помощь, а серьёзная бактериальная инфекция с небледнеющей сыпью возможна и без лихорадки. Поэтому анамнестическое объяснение не должно становиться автоматическим разрешением на домашнее наблюдение. [1]

При подозрении на лекарственную реакцию полезно отделить временную последовательность от оценки тяжести. Для DRESS EAACI предусматривает поиск органных нарушений, в том числе малозаметных. Решение об обследовании в таком случае основано на системном характере предполагаемой реакции, а не только на внешней выраженности сыпи. Клинический разбор и маршрут приведены в главах 7 и 3. [56]

## 2.8. Как интерпретировать назначенное исследование

Предварительная гипотеза определяет, что должен изменить результат. Для дерматофитии клиническая картина дополняется микологическим подтверждением. При предполагаемой чесотке КР рассматривает исследование соскоба в связи с клинической и эпидемиологической оценкой. Эти действия направлены на разные возбудители и не заменяют друг друга. Метод получения материала должен соответствовать выбранной диагностической задаче. [13] [4]

Отрицательный результат также имеет контекст. При характерной картине предполагаемой генерализованной менингококковой инфекции отрицательное бактериологическое исследование не исключает вероятный диагноз. При дерматофитии гладкой кожи КР предусматривает культуральное исследование, в частности, при типичной картине без положительной микроскопии. Это разные основания продолжить разбор, а не общий принцип повторять любые анализы до получения желаемого ответа. [9] [13]

## 2.9. Связная организация первичного приёма

Ниже предложена организация беседы и осмотра; она не валидирована как универсальная шкала. Начинают с жалобы семьи и состояния ребёнка, затем восстанавливают временную линию: что появилось первым, когда возникла лихорадка, как менялись элементы и поведение. При подозрении на сепсис состояние кровообращения, дыхания и сознания имеет приоритет перед завершением подробного дерматологического анамнеза. [41]

Анамнестическую запись удобно разделить на события болезни и предшествующие обстоятельства. В первой части — начало, новые элементы, питьё, питание, боль, зуд и уже проведённые вмешательства. Во второй — контакты с заболевшими, поездки, прививки, новые лекарства и изменения привычных назначений, местные средства, атопия, возможные раздражители. Это поля для уточнения, а не доказательство причинности. Сведения о контактах и прививках особенно важны в инфекционном контексте; при АД выясняют течение и семейную атопию, при контактном дерматите — конкретное воздействие. [33] [2] [17]

Предложенная автором форма записи осмотра: указать наблюдаемое распределение сыпи и сопоставленные участки кожи; если слизистые осмотрены, их находки описать отдельно. Неосмотренное отмечают прямо. В зависимости от гипотезы уточняют лимфатические узлы и системные проявления: например, для краснухи описаны заднешейные узлы, для кори — катаральные и респираторные признаки, для IgAV — суставные, кишечные и почечные проявления. Это направленный осмотр по клиническому вопросу, а не требование считать все перечисленные признаки обязательными при любом заболевании. [33] [7] [12]

Рабочую гипотезу формулируют вместе с альтернативой, меняющей срочность. При пузырьках у новорождённого такой альтернативой остаётся HSV; при лихорадочной пурпуре — серьёзная инфекция; при сыпи после лекарства — системная реакция. Исследование выбирают после определения его задачи: обнаружить возбудителя, оценить органное

поражение или безопасность планируемой терапии. Результат записывают вместе с тем, что он позволяет и чего не позволяет заключить. [47] [1] [56] [2]

Завершение приёма — конкретное решение: кому передаётся ребёнок, какой вопрос остаётся открытым и при каком изменении нужна внеплановая оценка. Для петехий/пурпуры неопределённость диагноза и необходимость организации наблюдения являются поводом для консультации педиатрической команды. Формальная заполненность предложенных полей не подтверждает безопасность амбулаторного решения. [1]

# 3. Красные флаги и неотложные состояния

## Задача первичного звена

Опасное состояние определяют по клинической ситуации и потребности в помощи. При подозрении на генерализованную менингококковую инфекцию, сепсис или вирусный менингит предусмотрена экстренная госпитализация. При анафилаксии требуется экстренная помощь с последующим стационарным ведением. Перечисленные основания относятся к разным заболеваниям: общий вид сыпи не заменяет их оценки. [9] [41] [39] [55]

Эта глава помогает распознать ситуацию и выбрать уровень помощи. Дозировки и последовательность реанимационных мероприятий должны определяться действующим клиническим протоколом; приведённые ниже основания направления не составляют законченного протокола лечения.

## 3.1. Генерализованная менингококковая инфекция

### Начало и кожный синдром

Заболевание может начинаться острейше, с вялостью и лихорадкой. До появления характерной сыпи клиническая этиология может оставаться неочевидной. Поэтому отсутствие ожидаемой экзантемы в начале болезни не даёт основания ждать её появления, если клинически подозревается генерализованная инфекция. [9]

Термин «звёздчатая» в документе относится также к разбросанному расположению элементов, а не только к их форме. В записи сохраняют реально наблюдаемые элементы и распределение. Поиск единственной «правильной звезды» не превращается в условие признания опасности. Дифференциальный круг включает другие причины геморрагических и пятнисто-папулёзных высыпаний; сопоставление приведено в главе 10. [9]

### Диагностика и маршрут

При подозрении на генерализованную форму КР предусматривает исследование СРБ, прокальцитонина и гемостаза. Отрицательный бактериологический результат не исключает вероятного диагноза при соответствующей клинико-лабораторной картине. Ни назначение маркеров, ни отрицательный посев не заменяют клинического решения о необходимом уровне помощи. [9]

Подозрение на генерализованную инфекцию — основание экстренной госпитализации в стационар с реанимацией либо палатами интенсивной терапии. Возможность быстрого развития жизнеугрожающих нарушений требует интенсивного наблюдения до стабилизации. Плановое амбулаторное уточнение причины сыпи в этой ситуации не соответствует указанному маршруту. [9]

Среди жизнеугрожающих осложнений генерализованной менингококковой инфекции КР перечисляет септический шок, ДВС-синдром, острую почечную недостаточность и отёк мозга. Вопросы наблюдения после поражения ЦНС рассмотрены в главе 12. [9]

### Клиническое решение до этиологического ответа

Сопоставление с ИТП или IgAV не должно задерживать помощь при инфекционном неблагополучии. При ИТП значение имеет кровотечение, при IgAV — системное и почечное вовлечение; эти заболевания подробно разобраны в главе 9. Для генерализованной менингококковой инфекции КР предусматривает парентеральную этиотропную терапию.

Организация её начала и транспортировки относится к действующему неотложному протоколу; отрицательный посев не отменяет клинического подозрения. [19] [12] [9]

## Возрастная навигация по инфекционным состояниям

Раздел 3.2 посвящён сепсису у детей в области его источников. Отдельное описание неонатального сепсиса помещено в разделе 8.11. Неонатальная HSV-инфекция и омфалит рассмотрены в разделах 8.5 и 8.6; тяжёлые лекарственные реакции — в разделах 7.7 и 7.8. Эти ссылки помогают выбрать нужный нозологический контекст при чтении.

## 3.2. Предполагаемый сепсис

### Клиническое подозрение

Первичная оценка при подозрении на сепсис включает вероятный очаг инфекции, факторы риска и нарушения поведения, кровообращения или дыхания. КР подчёркивает первичность клинической оценки: лабораторное подтверждение и исследовательские критерии не должны становиться обязательным предварительным условием распознавания. В этой ситуации кожный синдром оценивается вместе с признаками системного неблагополучия. [41]

### Исследования и помощь

КР предусматривает исследование гемостаза и тромбоцитов для оценки коагулопатии при сепсисе и септическом шоке. Догоспитальные исследования, способные задержать госпитализацию, неприемлемы. Эти положения совместимы: исследования важны, но их место в организации помощи не должно создавать опасной задержки. [41]

Подтверждённый либо подозреваемый сепсис требует экстренной госпитализации; септический шок указан как абсолютное показание. Здесь не устанавливаются самостоятельные числовые пороги балльных систем для разрешения амбулаторного наблюдения. Последующее наблюдение после сепсиса связано с возможными отдалёнными последствиями и рассматривается в главе 12. [41]

В международном консенсусе Phoenix раннее распознавание ухудшения и характеристика уже имеющейся органной дисфункции — отдельные задачи. Педиатр не должен ожидать возможности рассчитать шкалу, чтобы вернуться к клинической оценке ребёнка с предполагаемой инфекцией. Числовые границы разных сохранённых версий шкал здесь не объединяются в собственный порог выписки или отказа от госпитализации. [65] [41]

### Распознавание, лечение и контроль возбудителя

Сразу после постановки диагноза эмпирическую антибиотикотерапию начинают с последующей коррекцией по возбудителю и чувствительности, включая возможность деэскалации. Догоспитальный лабораторный план не должен задерживать экстренную госпитализацию. В последующем наблюдении оценивают последствия заболевания, а не только исчезновение кожных изменений. [41]

## 3.3. Подозрение на вирусный менингит

Предполагаемая вирусная этиология не делает менингит амбулаторным заболеванием: детская КР требует экстренной госпитализации независимо от предполагаемой этиологии, формы и тяжести. Для педиатра это прежде всего решение о маршруте; выбор инвазивного исследования требует оценки показаний и противопоказаний на соответствующем этапе. [39]

Отсутствие кожных герпетических элементов не является надёжным ориентиром для отказа от обсуждения герпетического менингита. В КР такие высыпания у детей, особенно раннего

возраста, описаны как нехарактерные. Это положение относится именно к менингиту и не переносится на все HSV-инфекции; неонатальный HSV отдельно разобран в главе 8. [39]

## 3.4. Анафилаксия

### Определение и возрастной контекст

Анафилаксия — быстро развивающаяся системная реакция гиперчувствительности с потенциально жизнеугрожающими нарушениями дыхания и/или гемодинамики; кожные проявления могут сопровождать её. Понятия анафилаксии и анафилактического шока не равнозначны: в определении шока существенна выраженная недостаточность кровообращения. Поэтому описание крапивницы само по себе не определяет ни наличие, ни тяжесть системной реакции. [55]

Возраст влияет на спектр триггеров: в детском возрасте КР выделяет пищевые продукты как наиболее частую причину. Это ориентир для направленного анамнеза, а не основание приписать любую острую сыпь последнему приёму пищи. Среди диагностических ситуаций КР рассматривает снижение давления после контакта с известным для пациента аллергеном; данный критерий не исчерпывает диагностику анафилаксии. [55]

### Приоритет лечебной помощи

При анафилаксии российская КР предусматривает незамедлительное введение эпинефрина и вызов экстренной команды. Предпочтён внутримышечный путь. Подробности введения и повторения доз определяются применимым детским неотложным протоколом; индивидуальная схема здесь не приведена. [55]

Антигистаминное средство не решает ту же задачу: КР рассматривает его для кожно-слизистых проявлений после стабилизации давления. Поэтому уменьшение волдырей не является достаточным описанием купирования анафилаксии. В передаче необходимо сохранить предполагаемый триггер, время начала, дыхательные и гемодинамические нарушения, реально введённые средства и ответ на них; это предложенная форма коммуникации, без вымышленных данных. [55]

### Экстренный маршрут и наблюдение

Вне организации с реанимацией предусмотрен вызов скорой помощи, при наличии реанимационного отделения — реанимационной бригады. Анафилаксия и анафилактический шок требуют экстренной госпитализации с интенсивной терапией и реанимацией. После купирования требуется стационарное наблюдение из-за риска затяжного или рецидивирующего течения; непроверенный универсальный срок в этой рукописи не назначается. [55]

КР по крапивнице отдельно относит тяжёлую острую крапивницу и ангиоотёк гортани с риском асфиксии к показаниям госпитализации. Подробное описание волдырей и ангиоотёка приведено в главе 7; здесь решающим остаётся системное состояние и маршрут помощи. [8]

### Положение тела: условия рекомендации

При сопоставлении источников важно сохранять условия каждого указания. RCUK связывает положение пациента с нарушениями дыхания и кровообращения: при гипотензии рассматривается положение лёжа, при выраженных дыхательных нарушениях возможно предпочтение полусидячего положения. Отдельно подчёркнута опасность вставания, ходьбы и резкой смены позы во время острой реакции. Этот перечень описывает разные клинические обстоятельства, а не одну последовательность действий для всех пациентов. [58]

### Наблюдение после первоначального улучшения

RCUK учитывает тяжесть первоначальной реакции, потребность в повторном эпинефрине и задержку его введения при оценке риска двухфазного течения. Решение о длительности наблюдения принимается в клиническом контексте. Эти сведения дополняют российское положение о стационарном наблюдении после купирования, но не устанавливают для ребёнка заимствованный короткий срок выписки. Сопоставление источников следует завершать в рамках применимого неотложного протокола. [58] [55]

## 3.5. Герпетическое осложнение экземы

При атопическом дерматите диссеминированный герпетический процесс с лихорадкой и тяжёлой интоксикацией является основанием госпитализации в стационар с боксированным отделением. RCH выделяет срочную офтальмологическую оценку при периорбитальном герпетическом поражении на фоне экземы. Это клинические основания изменения уровня помощи при осложнении дерматита; они не распространяют диагноз на каждую отдельную везикулу. [2] [52]

## 3.6. Стафилококковый синдром обожжённой кожи

В КР по пиодермиям описаны распространённая эритема, последующее образование крупных пузырей и положительный симптом Никольского. Такое описание расширяет дифференциальный круг при распространённом пузырном поражении: оно не сводится к обычному локальному импетиго. [3]

Педиатрическое руководство BAD дополняет разграничение с ССД/ТЭН оценкой слизистых: отсутствие поражения слизистых при SSSS используется как ориентир, а при диагностической неопределённости рассматривается биопсия. Признак не превращается в самостоятельный тест для исключения опасной инфекции. Сопоставление разобрано в главах 7 и 10. [59]

### Причина распространённой отслойки

SSSS вызывают эксфолиативные токсины S. aureus; синдром преимущественно поражает новорождённых и маленьких детей. Инфекционный очаг может быть связан с импетиго, повреждением кожи или целлюлитом. [71]




Рисунок 3.1. Стафилококковый синдром обожжённой кожи. Младенец, хронологический возраст 4,5 месяца, скорректированный — 1 месяц. На ограниченном участке видны эритема и поверхностная отслойка эпидермиса. В первоисточнике описан клинический случай SSSS; фотография не определяет распространённость процесса или тяжесть состояния. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Giovanni Lorenzin, Maddalena Carlin, Claudio Scarparo, Mariachiara Cardellini, Francesca Tota, Aldo Naselli. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

## 3.7. Тяжёлые лекарственные реакции

При подозрении на DRESS у ребёнка EAACI рекомендует госпитализацию и тесное клинико-лабораторное наблюдение. Амбулаторное исключение в EAACI относится к специально определённой категории ambiguous DRESS с совокупностью условий общего состояния, жизненных показателей, функции печени и почек, отсутствия опасных признаков и тесного наблюдения. Оно не означает, что диагностическая неопределённость сама по себе разрешает домашнее ведение; полного набора условий для такого решения эта глава не задаёт. [56] Клинические проявления, причинная оценка и ограничения RegiSCAR разобраны в главе 7. [56]

Клинический разбор с обзором литературы 2019 года рассматривает интенсивную терапию либо ожоговый центр при ССД/ТЭН. Руководство BAD уточняет условия выбора места помощи: ограниченное поражение у стабильного ребёнка при достаточных ресурсах отличается от значительной потери кожи, системного вовлечения или сопутствующих заболеваний. Это уточнение не переносит взрослую шкалу SCORTEN на детей и не выбирает системную терапию; самостоятельный подраздел ССД/ТЭН расположен в главе 7. [42] [59]

# 4. Вирусные экзантемы

## Клиническая последовательность

Коревая этапная экзантема, типичная ветряная оспа и варианты B19-инфекции представлены разными источниками: КР, общей справкой и клиническими исследованиями. Эти материалы различаются по назначению и полноте. Описание типичной формы помогает сформулировать гипотезу, но не охватывает все варианты инфекции и не исключает другую опасную причину сыпи. [7] [38] [23]

## 4.1. Корь

### Начало и последовательность проявлений

Катаральный период в КР описан повышением температуры, ринитом или фарингитом, конъюнктивитом и светобоязнью. До экзантемы на слизистой щёк могут определяться пятна Бельского–Филатова–Коплика. Это позволяет оценить предшествующий сыпи этап, а не ограничиваться картиной кожи в день осмотра. Отсутствие ожидаемого элемента в единственный момент не представлено здесь отрицательным тестом. [7]

Пятнисто-папулёзная сыпь распространяется этапно от заушной области и лица на туловище и конечности. В клинической записи следует сохранять порядок распространения, не подменяя его одной отметкой «генерализованная сыпь». Точные календарные границы из описания не используются как самостоятельный способ исключить атипичное течение. [7]

### Диагностическая задача и тяжесть

Эффективность ПЦР зависит от срока забора материала относительно начала заболевания. Молекулярно-генетическое исследование также используется для генотипирования и эпидемиологического разграничения случаев. Подтверждение случая и уточнение эпидемиологической связи — разные задачи. В предлагаемой автором форме записи клинический и временной контекст сопровождает вопрос к лаборатории; форма не устанавливает условия приёма материала. [7]

Физикальное исследование лёгких рекомендовано всем пациентам для оценки респираторного поражения. При тяжёлой кори, неврологических осложнениях либо неотложных состояниях предусмотрен осмотр анестезиологом-реаниматологом для решения вопроса об ОРИТ. Эти положения расширяют оценку за пределы морфологии кожи. [7]

### Лечение и последующее наблюдение

Системные противомикробные препараты не рекомендованы только для предотвращения бактериальной суперинфекции. Это ограничение профилактического назначения, а не отрицание лечения установленного осложнения. После кори ребёнок наблюдается по месту жительства; план индивидуализируют по форме, осложнениям и соматическому состоянию, без универсального графика для всех реконвалесцентов. [7]

### Причина, осложнения и профилактический контекст

Корь — вирусная инфекция с воздушным распространением. В анамнезе контакты и поездки сопоставляют с прививками и клинической последовательностью. В CDC маленькие дети и пациенты с ослабленным иммунитетом выделены среди групп риска осложнений; у

иммунокомпрометированного больного сыпь иногда отсутствует. Следовательно, диагностическая задача шире поиска типичного пятнисто-папулёзного рисунка. [66]

Для лабораторного подтверждения CDC описывает IgM и RT-PCR; генотипирование помогает различать дикий вирус и сыпь после недавней прививки. В российской КР отдельно сохранена зависимость результата ПЦР от времени забора. Для передачи сведений автор предлагает отмечать известные клинические данные, начало симптомов и прививочный анамнез; неизвестное отмечают прямо. Это форма записи, а не условие допуска к забору материала. [66] [7]

Вакцинация — средство профилактики кори. Витамин А не заменяет её; схема его применения при заболевании в эту рукопись не перенесена. Российский календарь, действия в очаге и санитарный допуск требуют собственных нормативных оснований. Практический итог для приёма: восстановить последовательность катаральных проявлений и сыпи, оценить дыхательные и неврологические осложнения, организовать подтверждение и соответствующий тяжести маршрут. [66] [7]

## 4.2. Ветряная оспа

### Этиология и эпидемиологический контекст

В справке ВОЗ первичное инфицирование вирусом варицелла-зостер связано с развитием ветряной оспы. Описаны воздушная передача и непосредственный контакт с содержимым пузырьков. Диапазон инкубации составляет десять–двадцать один день; этот диапазон не устанавливает точную дату заражения конкретного ребёнка. [38]

### Сыпь и варианты

Типичная зудящая сыпь проходит стадии пятен, папул, везикул и корочек. Высыпания нередко начинаются на голове и лице, затем распространяются на туловище и конечности. У привитых возможна более лёгкая прорывная ветряная оспа; факт вакцинации поэтому не превращается в самостоятельный критерий исключения заболевания. [38]

### Диагностика, осложнения и ограничения помощи

Типичная картина обычно диагностируется клинически, а в отдельных ситуациях, включая вакцинацию или ослабленный иммунитет, может требоваться лабораторное подтверждение. ВОЗ относит первый год жизни и ослабленный иммунитет к группам риска тяжёлых осложнений. Среди возможных осложнений перечислены пневмония, энцефалит и бактериальная инфекция кожи. Справка не задаёт полного детского алгоритма госпитализации для этих групп. [38]

Для детей с ветряной оспой ВОЗ предостерегает от аспирина из-за риска синдрома Рея. Это ограничение безопасности не является схемой жаропонижающей терапии. Заразность описана как начинающаяся до сыпи и сохраняющаяся до покрытия пузырьков корочками. Этот клинико-эпидемиологический период необходимо отличать от российского нормативного решения о допуске в коллектив, которое требует отдельной сверки. [38]



Рисунок 4.1. Полиморфная сыпь при клинически предполагаемой ветряной оспе. Мальчик 7 лет, ранее получивший две дозы вакцины против ветряной оспы. На спине видны множественные мелкие эритематозные элементы, среди них папулы и отдельные элементы с корочками. В публикации также описаны везикулы и разновременность элементов; на этом общем виде мелкие детали различимы ограниченно. Авторы клинически предполагали ветряную оспу, но лабораторного подтверждения VZV не получили. Это необычный обильный эпизод после вакцинации, а не доказательство типичного течения у непривитого ребёнка. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Smaran Marupudi, Jared Hensley, Robert Vezzetti. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.



Рисунок 4.2. Локальный вид сыпи у ребёнка с подтверждённой ветряной оспой. Мальчик 16 месяцев. На выбранном участке верхней части спины видны тесно расположенные красные элементы, часть с тёмными корочками, и более редкие элементы по периферии. Использован фрагмент панели B рисунка 2. В первоисточнике случай осложнялся пневмонией; отрицательные исходные IgM/IgG к VZV сменились положительными результатами в последующей пробе. Подтверждение относится к клиническому наблюдению и сероконверсии, а не к фотографии. Кадр не показывает все стадии элементов и не характеризует тяжесть болезни по одному виду кожи. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Qinghong Meng, Bingsong Wang, Xianlai Zhang, Zhen Li, Wenjie Wang, Kaihu Yao. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 4.3. Краснуха

Типичная манифестная краснуха характеризуется непродолжительной мелкой пятнисто-папулёзной сыпью и увеличением заднешейных лимфоузлов; путь передачи — преимущественно воздушно-капельный. Это ограниченное описание в санитарном документе, а не законченная профильная клиническая рекомендация. [33]

Санитарная классификация допускает лабораторно подтверждённый случай, не отвечающий типичному клиническому определению при атипичной или стёртой форме. Следовательно, типичное описание не следует использовать для отрицания всех нетипичных случаев.

Подтверждение инфекции и применимые санитарные действия рассматриваются раздельно. [33]

В сохранённой редакции санитарного документа в направлении на госпитализацию по поводу кори или краснухи указаны начальные симптомы, лечение, прививки и эпидемиологический анамнез. Эти сведения обеспечивают преемственность оценки, но сами по себе не определяют показания к госпитализации. [33]

CDC подчёркивает ненадёжность клинической диагностики краснухи: её сыпь может быть сходна с другими экзантемами. Вид элементов и лимфаденопатия помогают сформировать гипотезу, однако не заменяют лабораторное подтверждение в соответствующей ситуации. Это согласуется с разграничением типичной клинической картины и лабораторно подтверждённого нетипичного случая в сохранённом санитарном документе. [30] [33]

В клиническом обзоре CDC описаны молекулярное выявление вируса и серологическое исследование. Они решают задачу подтверждения инфекции; выбор материала и времени исследования требует связи с течением заболевания и эпидемиологическим вопросом. Указания иностранного источника о местной регистрации случая и изоляции не используются здесь как российские санитарные сроки. [30]

## 4.4. Внезапная экзантема

В госпитальном исследовании подтверждённой внезапной экзантемы преобладали дети первых двух лет жизни. В этой серии описано появление сыпи после спада температуры; доминировала макулопапулёзная морфология, исчезновение не сопровождалось пигментацией и шелушением. Это клинические наблюдения отобранной группы, а не критерии безопасности для любого лихорадящего младенца. [22]

Обзор ВГЧ-6/7 предупреждает о гипердиагностике острой инфекции при латентной форме и риске нерациональной терапии. Поэтому лабораторный результат должен обсуждаться с клинической ситуацией; сам факт обнаружения герпесвируса не превращён здесь в универсальное объяснение экзантемы. [21]

В памятке RCH для семей описан и вариант лихорадки без последующей сыпи. Это дополняет клиническую последовательность госпитальной серии, но не делает диагноз розеолы объяснением любой изолированной лихорадки. Для сравнения важны одновременно наличие или отсутствие высыпаний и временная связь симптомов; вспомогательная памятка не заменяет клинической оценки заболевшего младенца. [61] [22]

### Помощь и повторная оценка в обычном течении

Вспомогательная памятка RCH связывает помощь при обычной розеоле с достаточным питьём; сыпь проходит без специальных кремов, а антибиотики не действуют на вирусную причину. После клинической оценки обычного течения эти сведения можно использовать для объяснения семье ухода. Они не служат основанием для успокоения при любой лихорадке младенца. [61]

Практический вывод — восстановить временную линию температуры и сыпи и затем проверить, объясняет ли она состояние ребёнка. Лихорадка с небледнеющей сыпью требует собственной срочной оценки; положительный вирусный тест у нездорового ребёнка не исключает серьёзной бактериальной инфекции. Отсутствие типичного рисунка розеолы или необычная динамика требуют пересмотра гипотезы, а не автоматического повторения исследований на латентные герпесвирусы. [22] [1] [62] [21]

## 4.5. Парвовирусная B19-инфекция

### Типичная картина и её предел

Педиатрический обзор описывает инфекционную эритему с эритемой щёк и последующим сетчатым либо кружевным рисунком на туловище и конечностях. Однако статья о нетипичном детском случае подчёркивает, что классический рисунок встречается не всегда. В госпитальном исследовании описаны пятнистые, пятнисто-папулёзные и геморрагические варианты, а симптом пощёчины присутствовал не у всех. [27] [11] [23]

### Дифференциальный диагноз и группы риска

В разборе нетипичной инфекции обсуждаются боррелиоз, внезапная экзантема, геморрагические васкулиты и СКВ. Обзор геморрагической B19-сыпи также подчёркивает сложность разграничения с неинфекционными васкулитами. Эти данные сохраняют B19 в дифференциальном ряду, но не подтверждают вирусную природу любой пурпуры. [11] [24]

При хронических гемолитических анемиях обзор выделяет риск транзиторного апластического криза. Это особый клинический контекст, который нельзя приравнять к обычному описанию кожной инфекционной эритемы. Наличие соответствующего заболевания должно сохраняться в передаваемой клинической информации. [27]

Обзор отмечает отсутствие специфического противовирусного лечения; упоминание отдельных иммуномодулирующих подходов не означает универсальной лечебной рекомендации. Конкретные препараты и режимы в этот подраздел не перенесены. [27]

### Динамика, обследование и помощь группе риска

При B19-инфекции сетчатая сыпь может возвращаться в течение нескольких недель; возможен зуд. Поэтому повторное появление рисунка не следует без дополнительного обоснования записывать как новое заражение. В обычной ситуации помощь направлена на симптомы; лабораторное исследование CDC рассматривает для специальных обстоятельств. [67]

### Обычная экзантема и отдельная задача группы риска

При гемолитическом заболевании или иммунодефиците клинический вопрос смещается к анемии и специальным показаниям к обследованию. Беременность у контактного лица — ещё один самостоятельный повод для медицинского обсуждения. Обычное симптоматическое ведение инфекционной эритемы и профильная помощь при анемии решают разные задачи. [27] [67]

## 4.6. Энтеровирусные экзантемы и синдром HFMD

### Поражение рта и распределение сыпи

Синдром «рука–нога–рот» (HFMD) — отдельный контекст энтеровирусных высыпаний. В описании CDC болезненные поражения рта способны затруднять питьё и питание. Поэтому осмотр кожи следует связывать с вопросом о том, как ребёнок пьёт и ест, а не ограничивать регистрацией видимых элементов. [64]

Для HFMD характерно вовлечение ладоней и подошв; возможны элементы на ягодицах и конечностях. Такое распределение сопоставляют с поражением рта и общим состоянием. Оно не используется как единственный обязательный рисунок или как способ исключить другую

причину везикулёзной сыпи. Сравнение с ветряной оспой и неонатальным HSV приведено в главе 10. [64]

### Повторная оценка и опасные альтернативы

Невозможность достаточного питья и опасение обезвоживания — основание медицинской оценки в материале CDC. Это конкретный повод повторного обращения, а не автоматическое показание госпитализировать каждый случай HFMD. [64]

HFMD не охватывает весь спектр энтеровирусных инфекций. Детская КР по вирусным менингитам описывает возможность менингита и ромбэнцефалита после ящуроподобного синдрома. При подозрении на менингит маршрут определяется этой опасной клинической гипотезой: предусмотрена экстренная госпитализация независимо от предполагаемой этиологии, формы и тяжести. Такой неврологический контекст нельзя переносить на каждый неосложнённый случай HFMD, как и считать типичную сыпь объяснением любых новых нарушений состояния. [39]

### Обычное течение и границы симптоматической помощи

HFMD часто встречается у детей младше пяти лет; CDC описывает большинство эпизодов как лёгкие, с разрешением примерно за семь–десять дней и минимальной помощью. Этот диапазон характеризует обычное течение и не даёт периода ожидания при ухудшении. Основная практическая задача при болезненном поражении рта — достаточное питьё и своевременная оценка при его нарушении. [64]



Рисунок 4.3. Пузырные элементы на подошве при атипичном HFMD. Мальчик 5 лет. На подошве видны округлые светлые пузырные элементы на эритематозном основании. В источнике это верхняя левая часть рисунка 2 из исследования атипичного HFMD. Снимок демонстрирует подошвенные элементы, но не поражения рта и ладоней и не определяет серотип вируса у конкретного ребёнка. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Wen-Chan Huang, Li-Min Huang, Chun-Yi Lu, Ai-Ling Cheng, Luan-Yin Chang. Первоисточник, CC BY 2.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.



Рисунок 4.4. Позднее шелушение ладоней после атипичного HFMD. Мальчик 12 лет. На обеих ладонях видна выраженная отслойка рогового слоя. В первоисточнике этот кадр отнесён к позднему периоду атипичного HFMD: за 10 дней до него описаны пузыри на конечностях и везикулы на ягодицах. Это не вид острой везикулёзной сыпи; по фотографии нельзя установить заразность или срок допуска в коллектив. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Wen-Chan Huang, Li-Min Huang, Chun-Yi Lu, Ai-Ling Cheng, Luan-Yin Chang. Первоисточник, CC BY 2.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 4.7. Опоясывающий герпес

Детская клиническая статья связывает заболевание с реактивацией VZV в чувствительных ганглиях. Единичный случай помогает распознаванию, но не устанавливает универсального детского лечебного режима. ВОЗ указывает, что после контакта с больным опоясывающим герпесом восприимчивый человек может заболеть ветряной оспой; это не прямая передача той же формы реактивации. [44] [38]

## 4.8. Контагиозный моллюск

Контагиозный моллюск проявляется плотными безболезненными узелками с центральным пупковидным углублением. Передача возможна при непосредственном контакте и через предметы личного либо домашнего обихода. Такая картина и эпидемиологический анамнез помогают сформулировать гипотезу, не заменяя оценки атипичных элементов. [14]

При атипичной форме для подтверждения предусмотрена микроскопия содержимого узелков. Показаний к госпитализации по поводу самого моллюска КР не предусматривает. Метод вмешательства и условия допуска в коллектив рассматривают отдельно. [14]

### Ожидаемое течение и выбор вмешательства

Педиатрическое руководство RCH рассматривает моллюск как самоограничивающуюся инфекцию: большинство детей не нуждаются в удалении элементов, а разрешение может быть длительным. Контактная передача и аутоинокуляция объясняют появление новых узелков; рекомендовано избегать общих полотенец. Решение о вмешательстве индивидуализируют при влиянии на качество жизни и иммунокомпрометации. [68]

Экзема может сопровождать моллюск и скрывать исходные элементы. Воспалённый узелок сам по себе не означает необходимости антибиотика; гнойное отделяемое, абсцесс или распространяющаяся эритема ставят другой вопрос — о бактериальном осложнении. Деструктивные методы у детей могут приводить к рубцам. Это основание обсуждать пользу и вред с дерматологом, а не считать удаление обязательным при каждом элементе. [68]

Практический вывод — уточнить диагноз при нетипичных элементах и обсудить течение и сопутствующую экзему. Российская КР описывает отдельные методы деструкции, тогда как RCH чаще предлагает выжидательную тактику; выбор для конкретного ребёнка требует клинического согласования. Иностранное правило посещения школы не перенесено в санитарные рекомендации РФ. [14] [68]

## 4.9. Вирусные бородавки

Вульгарные бородавки описаны безболезненными папилломатозными папулами с гиперкератозом преимущественно на кистях. Ладонно-подошвенные элементы могут быть болезненными и содержать центральные тёмные точки тромбированных капилляров. Эти ориентиры следует сохранять как описание определённых форм, а не как объяснение любого плотного болезненного образования. [18]

Диагностика основана на анамнезе и осмотре, иногда дерматоскопии; биопсия предусмотрена при необходимости разграничить другие заболевания. В комментарии к электрокоагуляции КР предусматривает уход за раной и исключение травмирования либо самостоятельного удаления струпа. Эти положения относятся к вмешательству специалиста, а не к домашнему разрушению элементов. [18]

### После вмешательства и профилактика травмирования

В комментарии к электрокоагуляции задача наблюдения связана с уходом за раной и предупреждением травмирования или отрывания струпа. В КР первичная профилактика включает избегание контакта с высыпаниями. Подбор метода, оценку ожидаемого результата и возможность рубцевания обсуждают в профильной помощи; конкретные домашние химические средства здесь не назначаются. [18]

# 5. Бактериальные инфекции

## Клиническая задача

Пиодермии — бактериальные инфекции кожи; частые возбудители — стафилококки и стрептококки. Название формы описывает характер и глубину поражения. Для клинической записи поэтому важно уточнить, связан ли элемент с фолликулом, предшествовал ли эрозии пузырь и имеется ли язва под коркой. Возбудителя конкретного очага при необходимости устанавливают отдельным исследованием. [3]

## 5.1. Импетиго

### Картина заболевания

Различают небуллёзную и буллёзную формы импетиго. Импетиго встречается в разных детских возрастных группах и отличается высокой контагиозностью. После вскрытия поверхностных элементов могут оставаться эрозии и серо-жёлтые корки; в общем описании преимущественной локализацией названа кожа лица вокруг носа и рта. Поэтому внешний вид уже вскрывшегося элемента следует сопоставлять с рассказом о начале высыпаний. [3]

При буллёзном импетиго описаны пузыри с серозно-гнойным содержимым и эрозии после вскрытия. Запись только об эрозиях утрачивает часть этой последовательности. Буллёзную форму следует сохранять как отдельный вариант описания, не смешивая пузырь с фолликулярной пустулой. [3]

Щелевое импетиго, или заеда, характеризуется быстро вскрывающимися фликтенами с неглубокими линейными трещинами и эрозиями. КР перечисляет углы рта, наружные углы глаз и основания крыльев носа. Это описание помогает построить гипотезу при соответствующем очаге, но не означает, что любая трещина в углу рта имеет ту же причину. [3]

### Диагностика и подход к ведению

Культуральное исследование гнойного отделяемого и определение чувствительности предусмотрены в отдельных случаях: для уточнения возбудителя и подбора терапии. Эти задачи отличаются от распознавания морфологического варианта. Характерный пузырь либо корка не дают индивидуального результата исследования чувствительности. [3]

Общие решения о тяжести, системной терапии и профильном направлении представлены в подразделе 5.4. Сроки безопасного ожидания и санитарного допуска для импетиго отдельно не установлены в этой редакции.

### Поверхностный очаг и распространённая инфекция

Стафилококки могут находиться и на здоровой коже; описание токсинов и проникновения через придатки объясняет механизм инфекции в целом, но не определяет возбудителя каждого очага. При показаниях посев уточняет этиологию и чувствительность. Практический вывод — описать форму, распространённость и общее состояние и по показаниям решить вопрос этиологического исследования. При впервые возникшей пиодермии или её обострении КР предусматривает направление педиатром для первичной специализированной дерматовенерологической помощи. При отсутствии медицинских показаний для направления педиатр оказывает помощь по рекомендациям организации дерматовенерологического профиля. [3]

### Глубина очага определяет лечебный вопрос

При контроле сопоставляют распространённость, общее состояние и ответ на наружную помощь. Распространение, глубокое поражение, общие явления или отсутствие эффекта меняют вопрос в пользу системной тактики и профильной оценки. Такой контроль полезнее одной отметки о подсыхании корок: она не описывает ни глубину, ни новые очаги. [3]

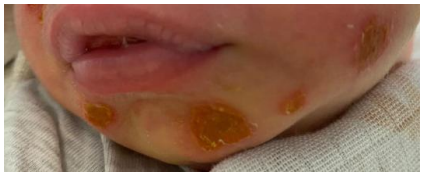


Рисунок 5.1. Буллёзное импетиго после вскрытия элементов. Новорождённый 10 дней. В околоротовой области и на подбородке видны поверхностные эрозии с медово-жёлтыми корками. В первоисточнике описано буллёзное импетиго: предшествовавшие пузырьки и пузыри быстро вскрывались; из очага выделен Staphylococcus aureus. Целого пузыря в выбранном фрагменте нет. Эти корки не служат основанием переименовать опубликованный случай в небуллёзное импетиго. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Domenico Umberto De Rose, Flaminia Pugnaloni, Ludovica Martini, Iliana Bersani, Maria Paola Ronchetti, Andrea Diociaiuti, May El Hachem, Andrea Dotta, Cinzia Auriti. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 5.2. Фолликулит

Фолликулит — гнойное воспаление волосяного фолликула. В клиническом описании болезненный воспалительный узелок сменяется пустулой, в центре которой видны волос либо устье фолликула. Именно фолликулярная связь делает описание точнее, чем общее обозначение любой поверхностной пустулы. [3]

### Что проверять при повторном осмотре

Для фолликулита принципиальна связь пустулы с волосом или устьем фолликула. В повторной записи сохраняют эту характеристику и сравнивают распространённость процесса. Общие явления, регионарные осложнения или неэффективность наружного лечения меняют лечебную задачу; название поверхностного элемента не ограничивает оценку только местной обработкой. При показаниях этиологический материал и чувствительность помогают обосновать последующую терапию. [3]

## 5.3. Эктима

Эктима определяется как ограниченное глубокое поражение с изъязвлением. В клиническом разделе описано формирование корки, под которой развивается глубокая язва; исходом может стать рубцевание. Преимущественная локализация — нижние конечности. При осмотре важно сохранять различие между поверхностным корковым элементом и этим язвенным процессом. [3]

Глубокие пиодермии входят в перечень обстоятельств, при которых КР рассматривает системные антибактериальные препараты. Этот принцип следует соединять с оценкой тяжести и профильным маршрутом. Самостоятельная схема лечения или обязательный календарный срок заживления каждой язвы из морфологического описания не выводятся. [3]

## 5.4. Другие пиодермии и общие клинические решения

### Поражение складок

При интертригинозной стрептодермии КР описывает быстро вскрывающиеся фликтены с мокнущими эрозиями, фестончатыми границами и отсевами в крупных складках. Такой вариант необходимо сохранять в описании поражения складок. Полного разграничения с кандидозом и воспалительными дерматозами один этот фрагмент не обеспечивает. [3]

### Тяжесть и исследования

Развёрнутый анализ крови используется для оценки тяжести пиодермии; комментарий связывает воспалительные изменения прежде всего с тяжёлыми и распространёнными формами. Сам результат не представлен отдельным критерием госпитализации. Культуральное исследование устанавливает этиологический фактор, а определение чувствительности помогает подобрать препарат — это иные задачи исследования. [3]

Системная антибактериальная терапия рассматривается при распространённых, глубоких, хронических и рецидивирующих пиодермиях, неэффективности наружного лечения, общих явлениях, регионарных осложнениях и глубоком поражении лица. Это клинические обстоятельства выбора тактики, а не разрешение конкретного препарата или формы. Конкретный режим выбирают по применимому детскому руководству и инструкции. [3]

### Наблюдение, направление и профилактика

При впервые возникших высыпаниях или обострении пиодермии КР предусматривает направление участковым педиатром на первичную специализированную дерматовенерологическую помощь. Дальнейшее ведение связывается с профильными рекомендациями; направление не равно обязательной госпитализации каждого пациента. [3]

В первичной профилактике названа своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин и ран. Здесь сохранён принцип ухода за повреждением; он не определяет средство, концентрацию и зарегистрированную детскую форму. [3]

### Бактериальная инфекция на фоне дерматоза

Исходное воспалительное заболевание и вторичный инфекционный процесс описывают раздельно. При экземе посев назначают по подозрению на инфекцию; при АД противомикробные компоненты ограничены подтверждённым бактериальным или грибковым осложнением. Это позволяет связать выбор вмешательства с новой клинической задачей и избежать лечения любого мокнутия одинаковой комбинацией. В профилактике пиодермий предусмотрена своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин и ран. [6] [2] [3]

## 5.5. Скарлатина

В архивном детском протоколе 2013 года скарлатина определена как инфекция стрептококка группы А с лихорадкой, интоксикацией, острым тонзиллитом и мелкоточечной сыпью. Материал используется для описательного фрагмента. Для лечения и противоэпидемических действий применяют современные профильные основания. [20]

Мелкоточечная сыпь описывается со сгущением в естественных складках. Этот признак оценивается вместе с клиническим синдромом; он не представлен самостоятельным доказательством стрептококковой этиологии. Современные условия подтверждения рассмотрены ниже. [20]

**Современное клиническое дополнение**

CDC связывает скарлатину с экзотоксин-продуцирующим S. pyogenes. Заболевание чаще встречается в школьном возрасте; типичный инкубационный период составляет два–пять дней. Сыпь шероховатая, усиливается в сгибах и обычно начинается на туловище; после неё возможно шелушение. Эти признаки оцениваются вместе с фарингитом и общим состоянием. [29]

Для скарлатины с фарингитом CDC требует стрептококкового подтверждения: антигенный или молекулярный тест, либо посев. В детской возрастной группе отрицательный антигенный результат может требовать посева; до трёх лет показание связано с высокой клинической вероятностью. Российская КР по ОТФ имеет собственные условия исследования, приведённые в разделе 5.6. Эти источники нельзя свести к одному новому тестовому правилу без согласования. [29] [50]

При положительном тесте CDC рекомендует антибиотик для сокращения симптомов, передачи и ряда осложнений. Гломерулонефрит описан среди возможных отдалённых последствий; это не обещание предупреждения всех осложнений лечением. Практический вывод — подтверждать предполагаемый стрептококковый процесс, а препарат и детскую форму выбирать по применимому руководству и инструкции. Зарубежные сроки допуска в коллектив здесь не используются. [29]

## 5.6. Острый тонзиллофарингит и стрептококковая гипотеза

У пациентов старше трёх лет с острым тонзиллофарингитом КР предусматривает определение антигена стрептококка группы А в мазке из зева; при недоступности экспресс-теста либо отрицательном результате — бактериологическое исследование. Это отдельная диагностическая задача. Она не является скринингом любого ребёнка с любой сыпью и не обеспечивает полный раздел скарлатины. [50]

Рутинное определение антистрептолизина-О при остром тонзиллофарингите не рекомендовано. Ограничение относится к острому эпизоду и не отменяет отдельной ретроспективной оценки иммунопатологических осложнений. Системная антибактериальная терапия обусловлена доказанной либо высоковероятной стрептококковой этиологией. [50]

Тяжёлое состояние и потребность в инфузионной терапии при отказе от еды и жидкости указаны среди оснований госпитализации. Эту оценку нельзя свести к ожиданию результата этиологического теста; перечисленные основания не охватывают все возможные осложнения и профильные маршруты. [50]

## 5.7. Панариций

До операции важно установить форму панариция по анамнезу, локальному статусу и общему состоянию. Предусмотрена оценка движений и осевой нагрузки поражённого пальца для определения распространённости воспаления. Это элементы совокупной оценки, а не отдельная проба, отрицательный результат которой исключает глубокую инфекцию. [53]

Гнойная стадия требует хирургического лечения; глубокие формы и осложнения являются показаниями госпитализации. Практический результат для педиатра — организация детской хирургической помощи. [53]

Неосложнённые поверхностные формы не требуют длительного диспансерного наблюдения. Это положение не отменяет контроля раны и не переносится на глубокую послеоперационную инфекцию, для которой в контексте КР наблюдение связано с заживлением и восстановлением функции. [53]

## 5.8. Пролежни у детей

В собственной детской КР профилактика пролежней предусматривает наблюдение за кожей над костными выступами, чистоту и умеренную влажность кожи. Эти меры относятся к детям соответствующей группы риска; они не представлены как способ ведения любого воспалительного пятна. [54]

Для нутритивной поддержки предпочтителен энтеральный путь питания. Тактику хирургического лечения определяет детский хирург; третья–четвёртая стадия указаны среди показаний госпитализации. В рамках пособия это ориентиры профильного ухода и направления, без замены специализированной программы лечения. [54]

## Как сопоставлять пузырное и глубокое поражение

Локальное импетиго и его буллёзный вариант рассмотрены в разделе 5.1. Распространённое пузырное поражение при SSSS сопоставлено с ними в разделе 3.6, а с ССД/ТЭН — в разделе 7.8 и таблице DT-12. При чтении сохраняйте границы этих разделов: описание отдельного очага, глубина поражения и системная ситуация — разные вопросы. Целлюлит кратко рассмотрен в разделе 5.9; рожистое воспаление требует отдельного профильного рассмотрения.

## 5.9. Целлюлит и подозрение на глубокую инфекцию

Бактериальный целлюлит поражает глубокую дерму и подкожную клетчатку. Покраснение, тепло, отёк и болезненность оценивают вместе; выраженные системные симптомы или боль, несоразмерная внешнему очагу, требуют срочной оценки. Крупная местная реакция на укус может напоминать инфекцию: заметная точка воздействия и преобладающий зуд помогают дифференциальному обсуждению, но не устанавливают диагноз самостоятельно. [71]

При инфекционном неблагополучии сохраняется срочная оценка сепсиса; выбор конкретного антибактериального режима относится к применимому детскому протоколу. [41]

### Исследование очага и проверка глубины

При наличии отделяемого материал может потребоваться для окраски по Граму и посева. Подозрение на абсцесс, глубокую инфекцию или инородное тело меняет диагностический вопрос: может понадобиться визуализация, например УЗИ. Устранение причины и дренирование относятся к медицинской помощи; подозрение на глубокий абсцесс или некротизирующую инфекцию требует хирургического мнения. [71]

### Местная реакция на укус

Крупная местная реакция на укус может напоминать целлюлит. Точка воздействия, ведущий зуд и покраснение с уплотнением при обычно менее выраженной боли помогают сравнению. Это не исключающий тест инфекции; сочетание с системным неблагополучием или несоразмерной болью требует срочной оценки. Термин «папулёзная крапивница» не используется здесь как синоним любой местной реакции: отдельный полный раздел этого дерматоза пока не обеспечен. [71]

# 6. Грибковые и паразитарные заболевания

## Задачи клинической оценки

Дерматофития, разноцветный лишай и чесотка требуют разных способов подтверждения. При дерматофитии клиническую картину необходимо дополнить обнаружением возбудителя. При чесотке важны клинические и эпидемиологические данные и исследование характерных элементов; «парные элементы» сами по себе диагностическим симптомом не являются. [13] [4]

## 6.1. Дерматофития гладкой кожи

### Подтверждение диагноза

КР требует лабораторного подтверждения дерматофитии дополнительно к клинической картине. Для гладкой кожи предусмотрена микроскопия соскоба. Врач формулирует не только предположение «грибковое поражение», но и задачу исследования — подтвердить возбудителя в соответствующем очаге. Полной универсальной морфологической модели всех гладкокожных форм эта глава пока не устанавливает. [13]

При типичной картине без положительного результата микроскопии, атипичных проявлениях либо недостаточной эффективности противогрибковой терапии КР предусматривает культуральное исследование. Оно позволяет уточнять гипотезу, сохраняя различие между внешним сходством и обнаружением возбудителя. Отрицательный результат одного исследования не становится основанием самовольно менять средство. [13]

ПЦР рассматривается при атипичной картине, рецидивах, неэффективности лечения и необходимости ускорить идентификацию. ПЦР и культуральный метод представлены с собственными показаниями; отрицательный ответ ограниченной тест-системы не описан как исключение всех грибов. [13]

### Контроль эффективности

Клиническую и микологическую эффективность КР предлагает оценивать не ранее трёх–семи дней после последнего применения противогрибкового средства. В том же разделе также указана оценка не ранее семи дней после прекращения препаратов; применимость этих формулировок к конкретной локализации требует согласования. Это время оценки результата, а не продолжительность курса или разрешение ожидать при ухудшении состояния. Срок контроля согласуют для конкретной клинической ситуации. [13]

### Локализация, сходство с экземой и неудача лечения

Микоз стоп имеет разные клинические варианты: шелушение подошв и межпальцевых складок, мацерация с трещинами, а при дисгидротическом варианте — пузырьки и эрозии. Последняя картина может напоминать острую экзему. Поэтому в описании важны межпальцевые зоны и последовательность элементов; внешнее сходство не отменяет микологического подтверждения. [13]

При недостаточной эффективности антифунгальной терапии при подозрении на дерматофитию гладкой кожи КР рекомендует культуральное исследование соскоба для подтверждения диагноза. Другие показания к культуре приведены выше. [13]

## 6.2. Дерматофития волосистой части головы

### Морфология и дифференциальная задача

При поражении волос описаны их обламывание и очаги алопеции. Часть шелушащихся форм может напоминать себорейный дерматит. Поэтому описание очага на голове должно сохранять и состояние волос, и поверхность кожи: одно слово «шелушение» не передаёт всей диагностической задачи. [13]

Инфильтративно-нагноительная трихофития описана воспалительным очагом с везикулами либо пустулами, формированием инфильтрата и болезненностью; возможен регионарный лимфаденит. Это определённая глубокая форма, а не основание отнести к ней любое нагноение головы. Сходство гнойных проявлений требует уточнения причины. [13]

### Подтверждение и маршрут помощи

Лабораторное подтверждение необходимо и при поражении волос. Лечение поражения волос проводится амбулаторно в дерматовенерологической организации. При осложнённой нагноительной форме у ребёнка и невозможности обеспечить надлежащее лечение, уход либо изоляцию КР предусматривает госпитализацию в стационар инфекционного профиля. Источник разграничивает профильную амбулаторную помощь и эти обстоятельства стационарного лечения. [13]

При контроле результата изменение внешнего вида и микологическая оценка решают разные задачи. Подробный детский курс терапии здесь не публикуется; время оценки после последнего применения средства приведено в подразделе 6.1. [13]

### Возбудитель, волосы и принцип терапии

Дерматофиты поражают кератинсодержащие структуры кожи и волос. У детей КР выделяет M. canis и T. tonsurans среди значимых возбудителей; зоофильный и антропофильный контексты помогают направленно уточнить контакты. Сам контакт с животным или другим ребёнком не определяет вид гриба. Его устанавливают лабораторно в связи с клинической картиной. [13]

В детском разделе КР рассматривает сочетание системной и наружной терапии. Противопоказания, возрастные ограничения и отдельные внеинструкционные ситуации требуют индивидуального решения; перечисление средства в КР не равно регистрационному подтверждению для любого ребёнка. Практический вывод — при шелушении с изменением волос организовать профильное подтверждение и лечение, сохранив микологический контроль отдельно от внешнего улучшения. [13]



Рисунок 6.1. Дерматофития волосистой части головы. Ребёнок 24 дней. Шелушение и корки в очаге на волосистой части головы. В публикации сообщён рост Microsporum canis в посеве волос; также выделен Cladosporium sp. Это отдельное неонатальное наблюдение, а не типичный возраст начала заболевания. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Fa'iza Abdullah, CM Nor Azmi Hani Azmina, Che Abdul Rahim Abdul Rahman. Первоисточник, CC BY 4.0. Изображение воспроизведено полностью; без ретуши. Сведения о правах.

## 6.3. Разноцветный лишай

### Клиника и динамика

Разноцветный лишай проявляется невоспалительными светлыми либо тёмными пятнами разного оттенка, которые могут сливаться. При поскабливании определяются мелкопластинчатые чешуйки. В том же исходном разделе описана белая форма без заметного шелушения, поэтому признак нельзя превращать в обязательный отрицательный тест. [16]

У детей процесс может начинаться на волосистой части головы без поражения волос. Это отличается от описанного изменения волос при дерматофитии головы. Пигментация может сохраняться после лечения, поэтому цвет кожи и микологический результат не следует считать одним показателем активности процесса. [16]

### Подтверждение и ведение

Для подтверждения предусмотрена микроскопия соскоба. Системную противогрибковую терапию рассматривают при распространённом процессе или неэффективности наружной терапии после микроскопического обнаружения возбудителя. Здесь сохранена логика показания; зарегистрированная детская форма, режим и безопасность конкретного средства требуют отдельной проверки. [16]

Показаний к госпитализации по поводу самого разноцветного лишая КР не предусматривает. Это не отменяет стационарную помощь при другом опасном состоянии. Исследование на ВИЧ связано с атипичными проявлениями и сочетанием с другими дерматозами; оно не предложено для каждого типичного случая. [16]

КР предусматривает осмотр под лампой Вуда как дополнительный диагностический метод. В комментарии свечение связано с M. furfur и описано лишь у части заболевших. Поэтому отсутствие свечения не используется как самостоятельное основание отвергнуть гипотезу; результат сопоставляют с клинической картиной и микроскопическим исследованием. [16]

### Почему остаётся изменение цвета

Разноцветный лишай связан с пролиферацией Malassezia в роговом слое. Эти дрожжи входят в обычную микрофлору; значение имеют влажность, жара и гипергидроз. Чаще заболевание

встречается у подростков и молодых людей, однако возраст сам по себе его не исключает. Такой механизм отличается от поражения волос дерматофитами. [16] [13]



Рисунок 6.2. Разноцветный лишай у новорождённого. Ребёнок 29 дней. На туловище и проксимальном отделе бедра видны более светлые пятна с мелким поверхностным шелушением. По публикации диагноз подтверждён КОН-микроскопией соскоба. Показан необычно ранний случай; цвет пятна сам по себе не устанавливает диагноз. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Abdisalam Ahmed Sandeyl, Bahari Yusuf, Yasin Ahmed H. Abshir, Abdullahi Ahmed Omar, Abdurahman Hussein Muhumed, Enass Ahmed Abdulgadir. Первоисточник, CC BY 4.0. Изображение воспроизведено полностью; без ретуши. Сведения о правах.

## 6.4. Чесотка

### Клиника и возраст

Характерный симптом — зуд с усилением вечером и ночью. Однако «парные элементы» КР прямо не признаёт диагностическим симптомом. Ночной зуд помогает поставить вопрос о чесотке, но не заменяет клинико-эпидемиологическую оценку и поиск возбудителя. [4]

У детей возможно вовлечение лица и волосистой части головы; у грудных детей описаны изменения ногтевых пластинок, отёчные серопапулы и пузырьки. Взрослый топографический рисунок не должен становиться единственным основанием отвергнуть гипотезу у младенца. Совпадение отдельной локализации также не доказывает диагноз. [4]

### Уточнение диагноза

Предусмотрена микроскопия соскоба из мест ходов и указанных элементов. При необходимости уточнения витропрессия помогает обнаружить ход за счёт лучшей визуализации. Это разные задачи: увидеть предполагаемый ход и выявить возбудителя в материале. Описание не является инструкцией для домашнего забора материала или применения реагентов. [4]

### Пациент и очаг

Лечение заболевших и профилактическое лечение тесных контактов рекомендовано проводить одновременно. Врач инструктирует пациента или ухаживающего взрослого по текущей дезинфекции белья, одежды и предметов личной гигиены. Одновременность не означает

назначения одного средства всем контактным: применимость препарата требует самостоятельной проверки. [4]

При полноценном лечении и профилактической обработке контактов КР указывает двухнедельное наблюдение очага; в коллективе без обработки контактов — три осмотра с интервалом десять дней. Это разные условия. Срок наблюдения очага нельзя автоматически считать сроком индивидуального снятия с учёта. [4]

Допуск в образовательную организацию в сохранённой КР связан с завершением лечебно-профилактических мероприятий и справкой врача. Условие не сводится к одному календарному сроку независимо от обстоятельств очага. [4]

### Причина симптомов и контроль после курса

Чесоточный клещ формирует ходы в эпидермисе; вечерне-ночная активность связана с характером зуда и значением тесного контакта. Это объясняет, почему работа с очагом должна сопровождать помощь заболевшему. Противоклещевая терапия и профилактические мероприятия у контактов решают разные, взаимосвязанные задачи. [4]

Сохраняющийся после полноценной терапии зуд имеет несколько возможных причин: реакцию на остаточные антигены, сухость кожи или сохранение возбудителя. Поэтому один симптом не доказывает ни излечения, ни необходимости немедленно повторить тот же препарат. КР связывает последующее наблюдение с дерматовенерологом, полноценным курсом и мероприятиями в очаге. Самостоятельная схема повторной обработки в этом разделе не приведена. [4]




Рисунок 6.3. Чесотка у младенца. Ребёнок 11 месяцев 18 дней. На подошвах видны папуловезикулёзные элементы и отдельные пустулы. В исходном клиническом наблюдении чесотка подтверждена дерматоскопической визуализацией клеща. Это распределение конкретного случая, а не самостоятельный тест исключения других причин сыпи. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Qingqing Guo, Fangfang Bao, Zhen Li, Tongsheng Chu, Yuan Zhang, Hongqing Tian. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

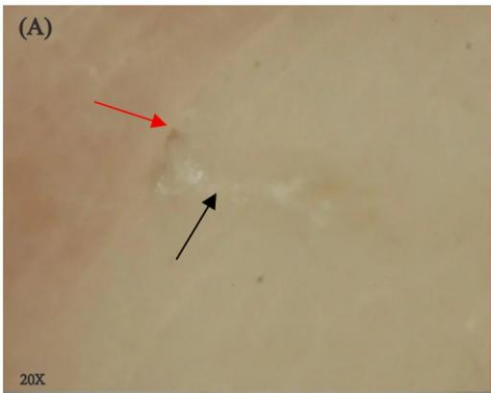



Рисунок 6.4. Дерматоскопия при чесотке. Тот же ребёнок. В исходной дерматоскопической фотографии авторы отмечают извилистый ход и тёмную треугольную структуру на его конце. Стрелки и обозначение увеличения сохранены из оригинала. Показана часть A исходного рисунка, а не обычная макрофотография кожи. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Qingqing Guo, Fangfang Bao, Zhen Li, Tongsheng Chu, Yuan Zhang, Hongqing Tian. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

# 7. Аллергические и воспалительные дерматозы

## Нозологический вопрос

Зуд, эритема и полиморфные элементы встречаются в описаниях разных дерматозов. При АД существенны возрастная топография и течение, при контактном дерматите — воздействие и его зона, при крапивнице — обратимые волдыри и/или ангиоотёки. Общее обозначение «аллергическая сыпь» не передаёт этих различий и оставляет диагностический вопрос открытым. [2] [17] [8]

## 7.1. Атопический дерматит

### Возраст и морфология

В младенческом периоде АД проявляется симметричными эритематозными и папуловезикулёзными высыпаниями лица и волосистой части головы с зудом. В детском периоде представлены зудящие папулы и эритематозно-сквамозные элементы, включая локтевые и подколенные сгибы. Значение имеет возрастной рисунок, а не поиск единственного обязательного элемента в любой фазе заболевания. [2]

При сборе анамнеза учитывают начало и течение дерматита, атопические заболевания ребёнка и родственников, сезонность и провоцирующие факторы. Такая последовательность помогает сопоставить наблюдаемое обострение с историей болезни; она не сводится к установлению одного предполагаемого аллергена. [2]

### Диагностика и исследования

КР рекомендует критерии Hanifin–Rajka для всех возрастных групп. Критерии оценивают целиком; отдельные признаки не заменяют оценки всей совокупности критериев. Общий IgE предусмотрен при недостаточном числе диагностических критериев, а не как обязательное подтверждение каждого типичного случая. [2]

Биохимические исследования, связанные с противопоказаниями и контролем системной терапии, решают задачу безопасности конкретного лечения. Они не становятся универсальным обследованием лёгкого обострения. Различие между диагностикой дерматита и контролем терапии следует сохранять в направлении на исследование. [2]

### Общие принципы помощи

Эмоленты предусмотрены независимо от тяжести для поддержания водно-липидного баланса и барьерной функции, удлинения ремиссии. Средство и порядок ухода обсуждают с семьёй в индивидуальном плане. Наружная противовоспалительная терапия рассматривается при разных степенях тяжести АД. [2]

В детском контексте КР ограничивает многокомпонентные наружные средства с противомикробными компонентами клиническим и/или лабораторным подтверждением бактериальной либо грибковой инфекции. Это ограничение не позволяет автоматически добавлять такие компоненты к лечению любого обострения. Конкретные комбинации и их возрастная регистрация требуют отдельной проверки. [2]

### Наблюдение и маршрут

При признаках АД участковый педиатр направляет ребёнка к дерматовенерологу либо аллергологу-иммунологу; среднетяжёлое и тяжёлое течение предполагает диспансерное

наблюдение. Недостаточная эффективность амбулаторного лечения ограниченных высыпаний указана среди оснований дневного стационара. Это отдельный уровень помощи, который не равен обязательной круглосуточной госпитализации каждого пациента. [2]

Домашний план ведения экземы с действиями при обострении предусмотрен RCH. Такой план дополняет профильные рекомендации. В КР стационар с боксами предусмотрен при диссеминированном герпетическом процессе с лихорадкой и тяжёлой интоксикацией; герпетическое поражение периорбитальной области отдельно требует срочного осмотра офтальмологом по RCH. Эти ситуации рассмотрены в главе 3. [52] [2]

### Механизм болезни и содержательный план ухода

АД — многофакторное воспалительное заболевание с хроническими рецидивами. Нарушение барьера и иммунное воспаление объясняют, почему уход и противовоспалительное лечение имеют разные задачи: уход поддерживает кожу, а противовоспалительное лечение контролирует воспаление. Наличие генетических факторов, включая филаггрин, не устанавливает единственную причину конкретного обострения. [2]

Перед усилением терапии различают активность дерматита, подозрение на инфекцию и безопасность выбранного средства. Неподходящий возрасту наружный препарат нельзя оправдать одним словом «местный». В КР общая формулировка о неприменении очень высокой активности ГКС детям соседствует с описанием ограниченного детского применения клобетазола. Эти строки не образуют согласованной детской схемы; противоречие требует отдельной оценки. При системной терапии исследования крови отвечают задаче безопасности, а не подтверждают любой типичный дерматит. [2]




Рисунок 7.1. Атопический дерматит у ребёнка. Девочка 7 лет. На предплечьях и кистях видны отдельные папулы, экскориации и корочки. Диагноз и возраст указаны авторами клинического наблюдения. Использован исходный кадр C до начала описанного в статье лечения; по снимку не оценивается эффективность лекарственного средства. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Hua-Jie Yan, Wei Dong, Yu-Nan Yang, Chun-Yun Zeng. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

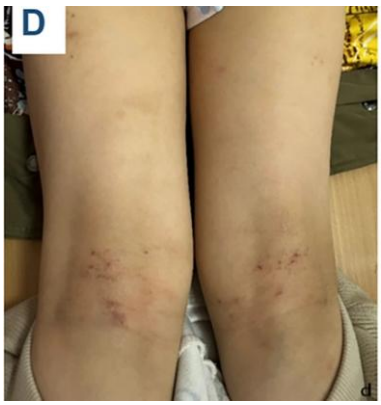



Рисунок 7.2. Атопический дерматит в подколенных областях. Та же девочка 7 лет. В подколенных областях видны воспалительные изменения и следы расчёсов. Использован исходный кадр D. Фотография дополняет описание локализации; выраженность зуда и тяжесть дерматита определяются клинически. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Hua-Jie Yan, Wei Dong, Yu-Nan Yang, Chun-Yun Zeng. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.



Рисунок 7.3. Экзематозный дерматит у ребёнка первого года жизни после трансплантации. Девочка первого года жизни: в источнике трансплантация выполнена в возрасте четырёх недель, снимок сделан на 300-е послеоперационные сутки. На боковой поверхности туловища видны диффузная эритема и поверхностное шелушение. В публикации описан тяжёлый распространённый экзематозный дерматит, предположительно связанный с системным такролимусом; причинная связь не доказана. Это осложнённое наблюдение после трансплантации, а не типичная иллюстрация неосложнённого младенческого атопического дерматита. Лечение из фотопубликации не переносится в пособие. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Sheenagh J. K. Luijk, Cathryn J. Sibbald. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 7.2. Экзема

Острая экзема описана сочетанием везикул, мокнущих точечных эрозий и корок. Полиморфизм означает сосуществование разных элементов в данной клинической картине, а не отдельное доказательство причины. Для записи полезно сохранять мокнутие и стадию элементов, не заменяя описание единственным словом «покраснение». [6]

RCH посвящает своё руководство преимущественно атопической экземе: при её типичной картине исследования обычно не нужны. Это положение не охватывает автоматически все формы, включённые в российскую КР «Экзема». В последней при предполагаемой вторичной инфекции предусмотрены посев и чувствительность, а при необходимости разграничения дерматозов — биопсия. [52] [6]

### Диагноз, симптомы и вторичная инфекция

Российская КР описывает экзему как хроническое рецидивирующее заболевание, формирующееся при сочетании внутренних и внешних факторов. В клинической оценке

существенны зуд, жжение и болезненность; эти жалобы дополняют полиморфизм элементов. Термин «экзема» не устанавливает автоматически конкретный внешний аллерген. [6]

При эрозиях КР рассматривает антисептическую обработку для профилактики либо при развитии вторичной инфекции, но выбор средства и детской формы требует отдельного решения. Посев при предполагаемом инфицировании и биопсия при дифференциальной неопределённости имеют собственные показания. Практический вывод — уточнить клиническую форму и задачу вмешательства; универсальная комбинация наружных компонентов не следует из самого мокнутия. [6] [2]

## 7.3. Контактный дерматит

### Время и зона воздействия

При простом раздражительном варианте описана непосредственная связь высыпаний с попаданием раздражителя; для аллергического варианта требуется время после повторного контакта. Раздражительный процесс ограничен зоной воздействия, аллергический может выходить за неё. Временная связь и распределение помогают разбирать анамнез, но не являются окончательным тестом во всех случаях. [17]

### Диагностика и элиминационные мероприятия

Биопсия обычно не требуется и рассматривается при атипичной картине для дифференциальной диагностики. Накожные пробы проводят в соответствующих клинических условиях; они не назначаются автоматически в любой момент обострения. [17]

Пациенту необходима информация о причинно-значимых агентах для элиминационных мероприятий. Практический смысл такого разъяснения — связать избегание воздействия с установленным агентом, а не ограничиться неопределённым советом «исключить всё аллергенное». Профессиональные взрослые схемы защиты из соседних разделов не перенесены в детский план. [17]

### Прямое раздражение и сенсибилизация

При раздражительном варианте повреждение связано с непосредственным действием вещества на эпидермис; концентрация, частота и продолжительность контакта влияют на выраженность. При аллергическом варианте существенна сенсибилизация и специфическое воспаление. Поэтому вопрос «с чем соприкасалась кожа» нужно дополнить вопросами «как долго» и «как часто», а не ограничивать поиском нового продукта. [17]



Рисунок 7.4. Контактный дерматит в клиническом наблюдении. Девочка 11 лет. В подколенных областях видны ограниченные шелушащиеся очаги. В первоисточнике случай описан как системный контактный дерматит, связанный с бензалкония хлоридом; приведён положительный аппликационный тест. Внешний вид этого фрагмента сам по себе не различает аллергию и раздражение. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Lu Zhang, Yu-Jie Wang, Yu-Han Ma, Guo-Dong Zhao, Bao-Xiang Zhang. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

## 7.4. Крапивница

### Распознавание и обследование

Обратимые волдыри и/или ангиоотёки названы диагностическими признаками крапивницы. При хронической форме КР предусматривает СРБ; при острой — по показаниям при подозрении на системное воспаление. Поэтому нозологическое распознавание и поиск причин или системного процесса не следует считать одной задачей. [8]

При предполагаемом причинном лекарстве предусмотрены его отмена или замена. Из этого положения не следует самостоятельный выбор замены для любого ребёнка: конкретная клиническая причина и применимость средства сохраняют значение. [8]

### Наблюдение и тяжесть

Острая крапивница и стандартные случаи контролируемой хронической формы могут наблюдаться педиатром. Тяжёлая острая форма и ангиоотёк гортани с риском асфиксии являются показаниями госпитализации. Контроль заболевания и риск для дыхательных путей поэтому принципиально меняют уровень помощи при одном нозологическом названии. [8]

### Длительность элемента и длительность болезни

Для хронической спонтанной крапивницы КР предусматривает регулярную терапию неседативными антигистаминными средствами второго поколения. При индуцируемых формах возможен приём в связи с предполагаемым воздействием триггера; при длительном воздействии режим может соответствовать хронической спонтанной форме. Здесь сохранён принцип контроля, без индивидуального препарата, повышения дозы и возрастной схемы. КР предусматривает участие аллерголога-иммунолога, дерматовенеролога и педиатра на этапе диагностики, назначения и контроля терапии. При угрозе гортани и системной реакции первоочередной становится неотложная оценка по главе 3. [8] [55]

### Два временных вопроса при крапивнице

В анамнезе отделяют время существования одного волдыря от длительности всей болезни. Типичный волдырь исчезает бесследно в пределах суток; появление новых элементов может продолжаться дольше. Медиаторная активация тучных клеток не ограничена IgE-механизмом, поэтому диагностическое слово «крапивница» ещё не устанавливает пищевую аллергию. [8]

### Мигрирующая эритема в дифференциальном ряду

Ранняя локализованная форма клещевого боррелиоза может проявляться мигрирующей эритемой, которую необходимо отличать от крапивницы. При сборе анамнеза выясняют пребывание в эпидемиологически опасной местности. Это ограниченный дифференциальный ориентир: он не устанавливает боррелиоз по одному пятну и не задаёт схему обследования или антибиотикотерапии. [8]



Рисунок 7.5. Уртикарные элементы у ребёнка дошкольного возраста. Девочка 4 лет 5 месяцев. На голенях видны множественные эритематозные очаги с округлыми и сливными контурами; в публикации они описаны как острая зудящая крапивница. Использована только часть A исходного рисунка 1. Отёчность и длительность отдельного волдыря оценивают при осмотре и по анамнезу, а не по одному кадру. Снимок не устанавливает причину реакции и не обосновывает лечение, описанное в статье. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Zhen-Li Wu, Yi-Siang Huang, Chien-Ting Chiang, Hong-Ren Yu. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.



Рисунок 7.6. Кольцевидные и сливные уртикарные элементы у ребёнка раннего возраста. Девочка 1 года 8 месяцев. На бёдрах и в области коленей видны отдельные и сливные эритематозные очаги с дугообразными контурами и участками более светлого центра; первоисточник относит их к зудящим уртикарным бляшкам. Фотография показывает морфологию, но не подтверждает причинную роль инфекции, вакцинации или лекарства и не заменяет оценку течения отдельного элемента. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Zhen-Li Wu, Yi-Siang Huang, Chien-Ting Chiang, Hong-Ren Yu. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 7.5. Себорейный дерматит

В общей топографии КР перечисляет волосистую часть головы, лицо, верхнюю часть туловища и крупные складки. В грудном возрасте отдельно описаны высыпания на лице, голове и в складках, где возможны мокнутие и трещины. Это возрастно применимые описания; взрослые сопутствующие состояния и частоты не становятся характеристиками каждого младенца. [15]

Диагноз устанавливают клинически; при сложностях предусмотрена морфологическая верификация биоптата. При обсуждении очага на голове следует помнить о сходстве части дерматофитий с себорейным дерматитом и оценивать соответствующие изменения волос — подробнее в главе 6. [15] [13]

Тяжёлый распространённый процесс и отсутствие эффекта амбулаторного лечения указаны среди оснований стационарной помощи. При подозрении на болезнь Лейнера–Муссу

требуется педиатрический стационар. Эти обстоятельства не равны обычному ограниченному шелушению головы. Методы профилактики в данной КР не разработаны, поэтому отдельная доказанная программа профилактики здесь не предлагается. [15]

### Что объясняет механизм и что остаётся неизвестным

КР связывает себорейный дерматит с областями сальных желёз, изменением сала, барьера и ответа на Malassezia. Одного увеличения колонизации недостаточно для объяснения заболевания; причины изучены не полностью. Поэтому обнаружение дрожжей или сходство шелушения не следует превращать в самостоятельное доказательство причины каждого очага. [15]

## 7.6. Псориаз

Бляшечный псориаз описан чётко отграниченными розово-красными папулами и бляшками с серебристо-белыми чешуйками. Для прогрессирующей стадии отмечены рост по периферии, слияние элементов и появление высыпаний в местах травмы. Эти признаки помогают описать форму и стадию, а не предсказывают одинаковое течение у всех детей. [5]

Диагноз основан на клинических проявлениях; биопсия предусмотрена при необходимости разграничения с другими заболеваниями кожи. Для ограниченных высыпаний КР рекомендует наружную терапию, а диспансерное наблюдение относит к дерматовенерологу. Конкретные формы и режимы в этот подраздел не включены. [5]

### Системный контекст и границы первичного звена

Псориаз сочетает генетическую предрасположенность и иммунное воспаление с ускоренным обновлением кератиноцитов и нарушением их дифференцировки. В КР отмечена возможность поражения опорно-двигательного аппарата; кожная бляшка поэтому не исчерпывает клинический вопрос. Это не основание автоматически назначать всем детям системное обследование по взрослой программе. [5]

## 7.7. DRESS и тяжёлая лекарственная реакция

DRESS — тяжёлая лекарственная реакция с лихорадкой, сыпью и поражением органов. Среди частых кожных проявлений EAACI перечисляет макулопапулёзную сыпь, эритродермию и отёк лица. При подозрении на органное поражение требуется направленное обследование, поскольку симптомы могут быть малозаметными. Яркость кожной картины не заменяет этой задачи. [56]

EAACI допускает применение RegiSCAR у детей до появления валидированных возрастных критериев, одновременно указывая на ограничения педиатрической применимости. Поэтому критерии не представлены в этой рукописи как точный самостоятельный детский тест или числовой калькулятор тяжести. [56]

Рекомендуется прекратить применение подозреваемых причинных и перекрёстно реагирующих лекарств и избегать их до завершения оценки причинности; применение новых лекарств ограничивают абсолютно необходимыми показаниями. Провокационные тесты с высоко подозреваемыми причинными и перекрёстно реагирующими препаратами не рекомендуются; специальные исключения требуют профильного рассмотрения. Эти положения относятся к предполагаемому DRESS, а не к любой сыпи после лекарства. [56]

Госпитализация с тесным клинико-лабораторным наблюдением — основной описанный подход. Амбулаторное исключение в EAACI относится к специально определённой категории

ambiguous DRESS с совокупностью условий общего состояния, жизненных показателей, функции печени и почек, отсутствия опасных признаков и тесного наблюдения. Оно не означает, что диагностическая неопределённость сама по себе разрешает домашнее ведение; полного набора условий для такого решения эта глава не задаёт. [56] Дальнейшее наблюдение после разрешения реакции рассмотрено в главе 12. [56]

### Лекарственная история и органный поиск

Для рабочей записи лекарственного анамнеза при DRESS автор предлагает таблицу: каждый применявшийся препарат, время его приёма и наблюдаемая последовательность лихорадки, высыпаний и системных нарушений. Неизвестные сведения в ней отмечают прямо. Макулопапулёзная сыпь, эритродермия и отёк лица поддерживают распознавание синдрома, но выраженность кожных проявлений не отражает надёжно поражение органов. Поэтому обследование направляют на органные нарушения, даже если их симптомы малозаметны. [56]

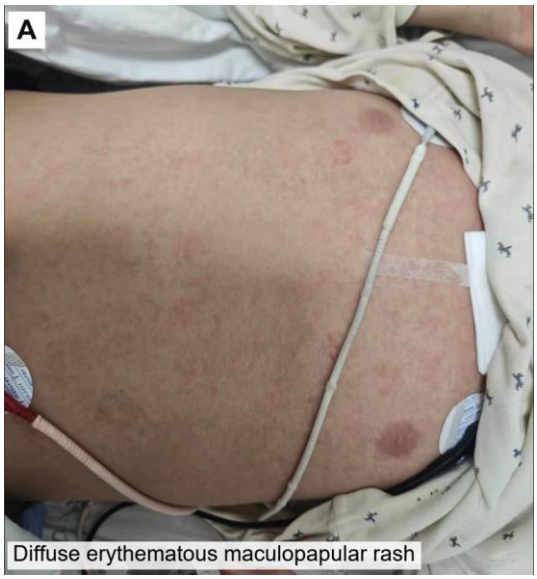



Рисунок 7.7. DRESS в опубликованном клиническом случае. Мальчик 13 лет 5 месяцев, второй день госпитализации. На коже туловища видна пятнисто-папулёзная сыпь. Авторы классифицировали наблюдение как definite DRESS; фотография иллюстрирует кожный компонент, не устанавливает причинное лекарство и не оценивает поражение внутренних органов. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Lingmei Zhang, Siyu Lei, Daiyu Zhang, Feng Chen, Qian Wan, Hong Wang, Zhongjin Xu, Chongjun Wu. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.




Рисунок 7.8. Шелушение в динамике того же случая DRESS. Тот же пациент, шестнадцатый день госпитализации. На предплечье видно шелушение после высыпаний. Использован исходный кадр C. Изменение кожи не является самостоятельным доказательством разрешения системных проявлений. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Lingmei Zhang, Siyu Lei, Daiyu Zhang, Feng Chen, Qian Wan, Hong Wang, Zhongjin Xu, Chongjun Wu. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

## 7.8. Синдром Стивенса—Джонсона и токсический эпидермальный некролиз

### Причинная оценка и разграничение

Педиатрическое руководство BAD рассматривает немедленную отмену потенциального причинного препарата при подозрении на ССД/ТЭН. Формулировка касается предполагаемого триггера конкретной тяжёлой реакции; она не заменяет оценку всей сопутствующей терапии и не приравнивает к ССД/ТЭН любую сыпь после лекарства. DRESS сохраняет собственный клинический и диагностический контекст. [59] [56]

При разграничении с SSSS BAD использует оценку слизистых: для SSSS их вовлечение нехарактерно в описанном сравнении. Если клиническая картина остаётся неопределённой, руководство рассматривает биопсию. Этот ориентир сопоставляют с распространённой эритемой, пузырями и другими наблюдаемыми проявлениями; он не является самостоятельным разрешением исключить опасное заболевание. [59] [3]

### Место помощи и органные последствия

Выбор места помощи зависит от объёма поражения, системного вовлечения и ресурсов отделения. По BAD стабильного ребёнка с ограниченным ССД можно вести в соответствующем возрасту отделении, способном обеспечить уход за кожей и слизистыми. Значительная потеря кожи, системные нарушения или сопутствующие заболевания требуют команды с педиатрической интенсивной терапией и специалистами по обширному поражению кожи. Это описание условий специализированной помощи, а не самостоятельный амбулаторный маршрут. [59]

BAD предусматривает срочное участие офтальмолога при ССД/ТЭН у ребёнка. Кожное улучшение не завершает оценку последствий: возможны отдалённые глазные и дыхательные осложнения, в том числе выявляющиеся после выписки. Содержание наблюдения связывают с

перенесённым поражением и профильной оценкой; вопросы продолжения наблюдения представлены в главе 12. Системные иммуномодулирующие режимы в этот подраздел не включены. [59]

### Клинический рисунок и поддерживающая помощь

BAD описывает продром с недомоганием и лихорадкой, болезненную сыпь, возможные атипичные мишени, пурпурные пятна, пузыри и отслойку. Отдельно оценивают рот, глаза и генитальные слизистые. Болезненность и мукозит дополняют описание кожи и требуют оценки органных последствий; одиночный элемент не устанавливает весь синдром. [59]

В острой фазе помощь включает команду специалистов, питание и оценку боли. При мукозите возможность есть влияет на путь нутритивной поддержки. Это содержательные задачи лечения наряду с отменой предполагаемого триггера и определением места помощи. Выбор системного иммуномодулятора нельзя получить механическим соединением этих общих принципов с дозами из другого документа. [59]



Рисунок 7.9. Поражение кожи при перекрытии ССД и ТЭН. Фрагмент туловища младенца 83 дней, родившегося на сроке 23 недели 5 дней, из опубликованного наблюдения перекрытия ССД/ТЭН. Видны эритематозные участки, эрозии и отслойка эпидермиса. В статье приведён клинический и гистологический контекст. По этому ограниченному кадру нельзя рассчитывать площадь поражения или определять место лечения. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Adnan Hadid, Lana A Shaiba, Mona Alkallabi, Khalid Nabil Nagshabandi, Nora Al-Saud, Rodhan Khaled Alnahdi, Layan Alsanad, Maee Barakeh, Naif Ahmed Alshehri, Khalid Faisal Alkahtani, Adel Abdulaziz Alsuhaibani, Abdulmalik Abdulaziz Alharbi. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

## 7.9. Герпетиформный дерматит: ориентиры для направления

КР описывает симметричные сгруппированные полиморфные зудящие высыпания преимущественно на разгибательных поверхностях. При подозрении предусмотрена консультация дерматовенеролога. Этот фрагмент помогает сохранить заболевание в дифференциальном ряду; название и группировка элементов не заменяют профильного подтверждения и не означают диагноз HSV-инфекции. [40]

## 7.10. Другие эритемы и кольцевидные высыпания

Эритема означает покраснение вследствие расширения сосудов дермы. Это морфологический признак, а также часть названия разных самостоятельных дерматозов. Поэтому диагноз «эритема» ещё не объясняет причину и течение болезни. [72]

При кольцевидной центробежной эритеме Дарье возникают хронические кольцевидные или фигурные высыпания. Причина часто остаётся неустановленной; у детей эта форма встречается редко. Её описание не следует распространять на каждое кольцевидное пятно. [72]

Кольцевидное шелушащееся поражение сопоставляют с дерматофитией, а фиксированные мишеневидные элементы — с многоформной эритемой (разделы 6.1 и 7.12). В области КР «Эритемы» микроскопия соскоба на грибы помогает дифференциальной диагностике; при необходимости разграничения с другими дерматозами рассматривают биопсию. При

длительном хроническом течении кольцевидной центробежной эритемы предусмотрено наблюдение дерматовенеролога. [72]

Самостоятельного универсального лечения «кольцевидной сыпи» нет в объёме этого раздела: сначала уточняют нозологию. Особенности редких эритем требуют профильного рассмотрения.

## 7.11. Акне у детей и подростков

### Морфология и возраст

Акне — хроническое воспалительное заболевание кожи. Возраст дебюта и клиническая форма определяют обследование и тактику; акне подростка и ранние акнеформные высыпания нельзя описывать одной схемой. [73]

Открытые и закрытые комедоны сочетаются с воспалительными папулами и пустулами; при более тяжёлом поражении появляются узлы. Типичны себорейные области лица, груди и спины. В записи отдельно отражают комедоны, воспалительные элементы, узлы и уже имеющиеся рубцы. Рубцевание возможно после разрешения воспаления, травматизации и нерационального лечения. [73]

### Диагностика и дифференциальный ряд

При пубертатном акне диагноз преимущественно клинический. Рассмотренный педиатрический обзор не рекомендует рутинную микроскопию на Demodex и посев отделяемого пустул для каждого такого пациента. При препубертатном дебюте акне обзор рекомендует исключать вирилизирующие опухоли и врождённую дисфункцию коры надпочечников. Признаки гиперандрогении требуют направленной эндокринной оценки; перечень гормональных исследований для соответствующей группы не переносят на всех подростков. [73]

Дифференциальный ряд зависит от возраста и элементов. В раннем возрасте обзор сопоставляет акне с транзиторными и акнеформными дерматозами, пиодермиями, микозами и потницей; в младенческом возрасте также с моллюском и периоральным дерматитом. Эти сравнения требуют осмотра, а не определения любого гнойничка как акне. [73]

### Ведение и контроль

Цель ведения — контролировать воспаление и предупреждать рубцовые изменения. Для выбора тактики фиксируют возраст, распространённость и клиническую форму; при повторном осмотре сравнивают воспалительные элементы, узлы и рубцевание. Лекарственные таблицы обзорной статьи не перенесены как готовые назначения: возрастную применимость конкретного продукта, форму и контроль проверяют отдельно. [73]

## 7.12. Многоформная эритема

Многоформная эритема в дифференциальном разделе КР по крапивнице описана симметричными фиксированными красными элементами, часть которых приобретает вид мишеней. В отличие от обратимого волдыря при крапивнице, существенна фиксированность элемента. Большая и малая формы различаются вовлечением слизистых и общими симптомами; в осмотре отдельно описывают поражённые слизистые. [8]

Мишеневидный элемент требует сопоставления со всей картиной. Болезненная пузырная сыпь, отслойка и выраженный мукозит требуют разграничения с ССД/ТЭН; его клиническая картина

и условия профильной помощи разобраны в разделе 7.8. Настоящий обзор раскрывает распознавание, но не устанавливает причины каждого эпизода многоформной эритемы и не формирует лечебную схему. [59]

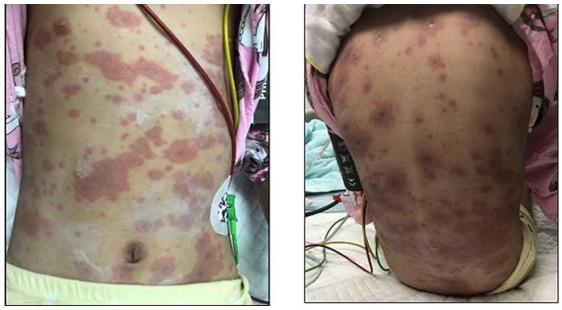


Рисунок 7.10. Многоформная эритема: передняя и задняя поверхности туловища. Девочка 8 лет. Два кадра исходной части B показывают распространённые пятнисто-папулёзные и мишеневидные элементы на туловище в одном клиническом наблюдении. Диагноз многоформной эритемы указан авторами. Это два снимка одного ребёнка; предполагаемая связь с лекарством в публикации не доказана. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Xiaomei Fan, Yong Luo, Jieluan Lu, Jinji Xu, Qing Chen, Huijuan Guo, Ping Jin. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

# 8. Сыпь у новорождённых и детей раннего возраста

## Возрастной контекст

Обзор неонатальных пустулёзов требует различать самоограничивающиеся неинфекционные состояния и потенциально опасные HSV/VZV-инфекции. Ранние проявления перинатальной инфекции неспецифичны: возможны нарушения температуры, геморрагическая сыпь, вялость и отказ от кормления. Поэтому внешний вид одного элемента не заменяет оценки ребёнка. Любой новорождённый с петехиями нуждается в безотлагательном осмотре старшим клиницистом. [26] [48] [1]

## 8.1. Токсическая эритема новорождённых

В содержимом центральной везикулы или пустулы обзор описывает преобладание эозинофилов. В клиническом сообщении при сомнении в диагнозе обсуждаются микроскопия и исследования для исключения инфекции. Материал характеризует возможности уточнения, но не задаёт обязательный лабораторный набор каждому ребёнку с типичной эритемой. [26] [45]

### Распознавание доброкачественной динамики

Токсическая эритема относится к неинфекционным неонатальным высыпаниям. В типичном описании в первые дни жизни наблюдаются эритематозные пятна с центральными везикулами или пустулами, чаще на туловище, лице и проксимальных отделах конечностей. Хорошее состояние ребёнка и обычная сохранность ладоней и подошв рассматриваются вместе с этой картиной. При распознанном типичном состоянии лечение не требуется. [26]

## 8.2. Транзиторный неонатальный пустулёзный меланоз

### Что означает пигментированный след

Для транзиторного пустулёзного меланоза важна последовательность: поверхностные пустулы без окружающей эритемы, нередко уже при рождении, затем пигментированные пятна. К моменту приёма исходная пустула может отсутствовать, поэтому сведения о начале дополняют собственный осмотр. Типичное состояние разрешается самостоятельно без лечения; остаточная пигментация в этой последовательности не означает сохраняющуюся гнойную инфекцию. [26]



Рисунок 8.1. Атипичный неонатальный пустулёзный меланоз в первые часы жизни. Доношенная новорождённая, 1 час жизни. На выбранном участке спины видны крупные поверхностные участки десквамации и обнажённая кожа после вскрытия элементов. В публикации установлен клинический диагноз транзиторного неонатального пустулёзного меланоза после обследования и наблюдения. Авторы подчёркивают необычное преобладание везикул и пузырей; кадр не заменяет изображение типичного мелкопустулёзного варианта и сам по себе не исключает инфекцию. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Michelle Marie Boffa, Janine Borg, Marie-Claire Grech, David Pace, Simon Attard Montalto. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

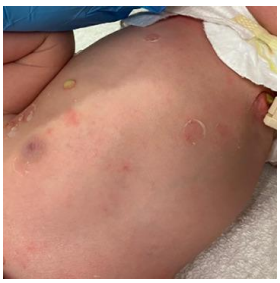


Рисунок 8.2. Эволюция элементов в том же неонатальном наблюдении. Та же доношенная новорождённая, несколько дней жизни; точный день съёмки не указан. На туловище видны округлые участки поверхностного шелушения, остаточные эритематозные очаги и единичные небольшие поверхностные элементы. В источнике это последующий кадр атипичного транзиторного неонатального пустулёзного меланоза. Полное клиническое разрешение подтверждено последующим наблюдением, а не этим изображением. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Michelle Marie Boffa, Janine Borg, Marie-Claire Grech, David Pace, Simon Attard Montalto. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 8.3. Потница

В обзоре потница связана с задержкой пота вследствие обструкции выводных путей потовых желёз. Это обоснованный этиологический фрагмент. Он не составляет полного правила диагностики и не даёт основания считать любую пустулёзную сыпь результатом перегревания. Полный самостоятельный режим ухода и разграничения с инфекцией пока не обеспечен. [26]

В оригинальной сравнительной таблице неонатальных пустулёзов пустулёзная потница описана поверхностными зудящими пустулами, сочетающимися с элементами красной потницы. Среди локализаций названы верхняя часть спины, сгибы, лоб и шея. Это расширяет морфологическое описание отдельного варианта, не заменяя разграничение с инфекционными причинами пустул. Название «потница» не позволяет объяснить одним кожным признаком изменение общего состояния новорождённого. [26]

## 8.4. Милии и другие ограниченные неонатальные состояния

Учебный материал описывает милии как мелкие плотные белые либо желтоватые папулы с гладкой поверхностью. В этой редакции сохранён морфологический ориентир без переноса частот и неподтверждённых патогенетических объяснений. Он не является общим описанием любой белой папулы у ребёнка. [46]

### Гиперплазия сальных желёз

Для гиперплазии сальных желёз новорождённого тот же учебный материал указывает самостоятельное разрешение без лечения. Это положение относится к распознанному состоянию, а не к произвольным высыпаниям лица. [46]

### Неонатальный цефалический пустулёз

В учебном материале состояние чаще разрешается самостоятельно и не требует лечения. Этот фрагмент оставлен ограниченным: полного диагностического набора, программы наблюдения и критерия исключения инфекции он не заменяет. [46]

## 8.5. Неонатальная HSV-инфекция

### Клиника и опасные варианты

Обзор описывает сгруппированные везикулы и пустулы с эритемой, возможное поражение слизистых. Однако диссеминированная ВПГ-инфекция новорождённых может напоминать бактериальный сепсис, а характерные кожные признаки в начале могут отсутствовать. Это принципиальное ограничение визуального распознавания: отсутствие ожидаемых пузырьков не представлено основанием отвергнуть инфекцию. [26] [47]

С диссеминированным процессом связаны возможные шок, ДВС-синдром, неврологические осложнения и полиорганная недостаточность. Кожный синдром в этой ситуации — лишь часть системного заболевания. [26]

### Обследование и организация помощи

При клинических признаках врождённой инфекции обследование на ВПГ проводится в кратчайшие сроки. При характерных лабораторных либо инструментальных признаках предусмотрено определение ДНК ВПГ в крови и спинномозговой жидкости. При обоснованном клиническом подозрении на неонатальную HSV-инфекцию ацикловир внутривенно начинают немедленно, без ожидания лабораторного подтверждения. Забор материала организуют без задержки лечения; люмбальную пункцию выполняют, когда это клинически возможно и нет противопоказаний. [75] [47]

Из акушерского стационара новорождённого с подозрением на врождённую ВПГ-инфекцию переводят в профильное отделение; парентеральная противовирусная терапия любой её формы проводится в стационаре. Это положение об организации помощи. Лекарственный режим и скорость введения не публикуются в качестве готового назначения. [47]

### После выписки

Родители ребёнка группы риска должны получать сведения о клинических признаках для наблюдения дома. При любой форме врождённой ВПГ-инфекции предусмотрены диспансерные осмотры офтальмолога и невролога. Это наблюдение после выписки, которое нельзя смешивать с первоначальным исключением инфекции. [47]

### Материнский анамнез и предел отрицательного ответа

При уточнении анамнеза важно не отождествлять отсутствие известного генитального герпеса у матери с отсутствием HSV-инфекции у ребёнка. RCH прямо указывает, что отрицательный материнский анамнез не исключает неонатальную инфекцию. Сведения о матери дополняют оценку возраста, наблюдаемых проявлений и состояния ребёнка; они не отменяют клинического подозрения. Описанная в КР возможность отсутствия кожных проявлений в начале болезни остаётся отдельным ограничением осмотра. [62] [47]

### Причина, формы и ранняя лечебная задача

Врождённая HSV-инфекция связана с антенатальной или интранатальной передачей HSV-1/2. Обозначение SEM объединяет кожу, глаза и рот, но не охватывает все варианты системного поражения. КР описывает возможность манифестации в первые шесть недель; формальная граница обычного неонатального периода не должна стирать этот клинический контекст. [47]

## 8.6. Омфалит

### Малый видимый очаг и серьёзность неонатальной инфекции

Омфалит может вовлекать окружающие ткани и сосуды, а гнойный процесс — сопровождаться генерализацией, сепсисом и шоком. Поэтому осмотр пупочной области соединяют с оценкой ребёнка, поиском врождённых аномалий и абсцесса, а также оценкой грануляционного фунгуса, который может сочетаться с омфалитом. Признаки омфалита требуют госпитализации; флегмонозная и некротическая формы — детской хирургической помощи. [25]

Системная антибактериальная терапия направлена на грамположительных и грамотрицательных возбудителей. Контроль СРБ после лечения помогает дальнейшей тактике, но не заменяет первоначального решения о стационаре. [25]

## 8.7. Кандидоз новорождённых

### Локальная и системная картина

Поверхностный кандидоз может затрагивать складки, пелёночную область и слизистую рта. Диссеминированный процесс способен поражать несколько органов и сопровождаться полиорганной недостаточностью и шоком. Эти варианты нельзя объединить одной оценкой «молочница». [36]

При подозрении на поверхностный кандидоз у новорождённого КР предусматривает культуральное исследование материала полости рта, кожи и кала для идентификации Candida. При подозрении на кандидемию и перед завершением противогрибковой терапии исследуют кровь на дрожжевые грибы. Материалы и задачи исследований различаются: поверхностное поражение не подменяет оценку предполагаемой системной инфекции. [36]

### Тактика и маршрут

Местное лечение предусмотрено для неинвазивного поражения кожи и слизистых с низким риском диссеминации. Оговорку о риске нельзя опускать. При подозрении на диссеминированный кандидоз предусмотрен осмотр офтальмолога; инвазивный процесс с системными проявлениями, кандидемией или признаками диссеминации указан как основание госпитализации. [36]

### Колонизация, поверхностное поражение и риск инвазии

В группе риска инвазивного кандидоза КР выделяет глубоко недоношенных детей с очень низкой либо экстремально низкой массой, находящихся в критическом состоянии в ОРИТН. Это существенно иной контекст, чем ограниченное поражение пелёночной области. Местная терапия рассматривается только при неинвазивном поражении и низком риске диссеминации; системные проявления требуют стационарной оценки. [36]

### Место забора материала меняет смысл результата

При кандидозе различают поверхностное воспаление, колонизацию и инвазивную инфекцию. Candida может входить в обычную микрофлору; обнаружение в нестерильном материале не равнозначно кандидемии. В направлении указывают локус, наблюдаемое поражение и диагностическую задачу. Кровь на дрожжевые грибы исследуют при подозрении на кандидемию и перед завершением противогрибковой терапии в соответствующем контексте. [36]

## 8.8. Геморрагическая болезнь новорождённого

КР описывает петехии, экхимозы и кровоизлияния в слизистые как возможные проявления заболевания. При кровотечении предусмотрен анализ крови, при геморрагическом синдроме — оценка коагуляции, включая фибриноген, протромбиновое время, МНО и АЧТВ. Это диагностический контекст кровотечения; готовая трансфузионная либо лекарственная схема здесь не формируется. [49]

При подозрении на внутреннее или внутричерепное кровотечение предусмотрена ультразвуковая диагностика. Неонатальные петехии также требуют срочного осмотра старшим клиницистом, а не только выбора лабораторного исследования. [49] [1]

## 8.9. Врождённый буллёзный эпидермолиз

Для заболевания описаны пузыри и эрозии кожи либо слизистых с возможными болью и зудом. При сходстве с другими пузырными болезнями предусмотрена биопсия для дифференциальной диагностики в профильной помощи. Название не устанавливается по одному внешнему элементу или фотографии. [37]

КР предусматривает участие офтальмолога в профильном ведении ребёнка с ВБЭ; конкретные показания к консультации уточняют в профильном плане. Предусмотрена динамическая оценка нутритивного статуса с антропометрическими и лабораторными показателями. Таким образом, профильное ведение касается не только кожи; подробная программа лечения выходит за объём этого подраздела. [37]

## 8.10. Пелёночный дерматит: раздражительный рисунок и Candida-компонент

### Локализация как сравнительный ориентир

Для типичного раздражительного пелёночного дерматита RCH описывает эритему на выпуклых поверхностях, непосредственно контактирующих с подгузником; паховые складки обычно остаются свободными. В записи полезно сохранять, какие поверхности поражены, а какие нет. Слово «обычно» относится к типичному рисунку и не делает сохранность складок обязательным диагностическим условием. [63]

Вовлечение складок с сателлитными пятнами или пустулами поддерживает предположение о кандидозном компоненте. Этот сравнительный признак помогает сформулировать диагностический вопрос, но не равнозначен идентификации Candida у конкретного ребёнка. Поверхностное кандидозное поражение пелёночной области и инвазивный кандидоз новорождённого рассматриваются раздельно. [63] [36]

### Уход, контроль и пересмотр причины

Моча и фекальные ферменты способствуют мацерации, а трение и дополнительные раздражители повреждают барьер. Это объясняет направленность ухода: вовремя сменять влажный или загрязнённый подгузник, мягко очищать кожу, поддерживать защитный слой и избегать мыла и присыпок. Согласно RCH, при смене удаляют видимое загрязнение, не счищая весь защитный слой заново. Конкретный продукт и лекарственные добавки требуют индивидуальной оценки. [63]

Контроль должен отвечать на вопрос, уменьшаются ли проявления при уменьшении контакта с раздражителями. При тяжёлой, необычной либо не отвечающей на правильный уход картине RCH предлагает рассмотреть другие причины; при отсутствии улучшения или подозрении на

иную причину — рассмотреть консультацию педиатрической команды. Возможно сочетание нескольких состояний. Вовлечение складок с сателлитными элементами ставит вопрос о Candida, но не устанавливает инвазивный кандидоз. [63] [36]

## 8.11. Неонатальный сепсис и кожные проявления

### Морфологическое наблюдение и системный контекст

Неонатальный сепсис рассматривается в первые 28 суток жизни и не имеет специфических клинических признаков. Это описание не выделяет особого вида сыпи, который сам по себе характеризовал бы неонатальный сепсис. [69]

Среди возможных неспецифических проявлений названы экзантема, в том числе геморрагическая, нарушения дыхания, летаргия, нестабильность температуры и проблемы со вскармливанием. Кожное наблюдение здесь является частью системной клинической картины. При описании удобно отдельно записывать вид и динамику элементов и сведения о состоянии ребёнка; это форма изложения наблюдений, а не новый диагностический критерий. [69]

### Связь с другими неонатальными разделами

Общие положения первичной оценки приведены в начале главы и в главе 2. Кандидоз, HSV-инфекция и омфалит сохранены в собственных разделах 8.5–8.7. Описание неонатального сепсиса дополняет эту структуру; лечебные режимы и специальные условия перевода не выводятся из перечисления кожных признаков. По перечню кожных проявлений не выбирают уровень стационара и лечение. При подозреваемом или подтверждённом неонатальном сепсисе КР требует экстренной госпитализации в специализированный стационар III уровня; новорождённому с подозрением на сепсис показана помощь в ОРИТ. Первичную стабилизацию проводят на всех этапах, а медицинскую эвакуацию организуют специализированными бригадами. [69]

## 8.12. Преходящая неонатальная тромбоцитопения

### Иммунные формы и происхождение

Первичные формы преходящей неонатальной тромбоцитопении объединены иммунопатологическим происхождением: аллоиммунная форма связана с антигенной несовместимостью тромбоцитов плода и матери; трансиммунная — с переходом материнских аутоантител к тромбоцитам через плаценту. В этом же определении вторичные симптоматические формы выделены отдельно. Эти наименования относятся к неонатальному контексту, а не к любому снижению числа тромбоцитов у ребёнка. [70]

### Геморрагические проявления и внешний вид ребёнка

Геморрагический синдром при неонатальной тромбоцитопении связан с нарушением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. При некоторых материнских причинах тромбоцитопении ребёнок может выглядеть здоровым; при иммунных формах такое впечатление также возможно при отсутствии геморрагического синдрома. Это ограниченное описание конкретных ситуаций не устанавливает степень тяжести по внешнему виду. Неонатальная тромбоцитопения здесь рассматривается отдельно от геморрагической болезни новорождённого в разделе 8.8 и от ИТП старших детей в разделе 9.1. [70]

## 8.13. Неонатальная ветряная оспа

У новорождённого оценка контакта с VZV отличается от обычной ветряной оспы старшего ребёнка. В руководстве RCH учитываются гестационный возраст, наличие материнских антител и время контакта; преждевременно рождённые относятся к группе повышенного риска осложнений. В анамнезе сохраняют сроки заболевания матери относительно родов и сведения о других контактах. [74]

При везикулёзной сыпи у новорождённого ПЦР материала везикулы на VZV может помочь подтверждению. Одновременно учитывают HSV-инфекцию, при которой также описаны везикулы и пустулы. Её клинический контекст разобран в разделе 8.5, сравнение неонатальных высыпаний — в таблице DT-06. [74] [26]

Если новорождённый после контакта с VZV становится нездоровым, RCH предусматривает начало внутривенной терапии ацикловиром независимо от предшествующего введения специфического иммуноглобулина; помощь срочно обсуждают с педиатрической командой. Вопросы специальной профилактики и лечения обсуждаются с педиатрической командой. Здесь сохранён принцип срочности; схемы иммуноглобулина, дозы и лекарственные формы из иностранной таблицы не перенесены. [74]

В наблюдении различают ребёнка после контакта и уже заболевшего новорождённого. Один внешний элемент не заменяет оценки состояния и анамнеза контакта; домашний период безопасного ожидания этим разделом не устанавливается.




Рисунок 8.3. Неонатальная ветряная оспа. Недоношенный ребёнок 26 дней из опубликованного наблюдения неонатальной ветряной оспы. На волосистой части головы и в околоушной области видны эрозивный элемент и корочки. Использована только исходная часть A; она не показывает весь спектр проявлений или все стадии болезни. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Lingxia Zhao, Yuqiong Ming, Lingkong Zeng, Minghui Yi, Xuwei Tao, Wenhao Yuan. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.

# 9. Геморрагическая сыпь и системные заболевания

## Оценка ребёнка и границы внешнего признака

При петехиях и пурпуре выраженное нарушение общего состояния требует срочной помощи; сочетание с лихорадкой — безотлагательной оценки опытным клиницистом. Механические петехии после кашля или рвоты описаны выше уровня сосков в зоне верхней полой вены, но такая локализация не является самостоятельным правилом исключения опасной инфекции. [1]

Ниже раздельно рассмотрены ИТП, IgA-васкулит, IgA-нефропатия, ГУС, СКВ и MIS-C. Сходство части кожных проявлений не объединяет их механизм и маршруты помощи.

## Неонатальный материал в структуре пособия

Иммунные формы преходящей неонатальной тромбоцитопении описаны отдельно в разделе 8.12. При чтении этой главы различайте неонатальную область, ИТП, инфекционные причины, системные васкулиты и тромботическую микроангиопатию. Новые описания главы 8 не изменяют изложенные ниже условия ведения ИТП.

## 9.1. Иммунная тромбоцитопения

### Клиническое значение

Первичная ИТП — приобретённое иммуноопосредованное заболевание с изолированной тромбоцитопенией и склонностью к кровоточивости при отсутствии вторичной причины. В её механизме сочетаются иммунное разрушение и нарушение продукции тромбоцитов; этиология первичной формы не установлена. Диагноз требует разграничения вторичных тромбоцитопений. Числовой диагностический порог в этой редакции не приводится. [19]

### Тяжесть и маршрутизация

При впервые диагностированной ИТП тяжёлый геморрагический синдром (4-я степень) требует неотложного лечения независимо от количества тромбоцитов. Клинически значимое кровотечение является основанием экстренной госпитализации при любой длительности ИТП. Поэтому оценку срочности нельзя сводить к одному числу в анализе. [19]

При впервые диагностированной ИТП количество тромбоцитов менее 30 × $10^9$/л отдельно указано в КР как показание к экстренной госпитализации. Это условие маршрутизации, а не новый диагностический порог или основание самостоятельно назначать лечение. [19]

### Механизм и диагностическая осторожность

Для впервые выявленной ИТП с незначительным или лёгким геморрагическим синдромом (1–2-я степень) в КР допускается динамическое наблюдение при отсутствии дополнительных медицинских или социальных рисков. В комментарии указаны регулярные повторные осмотры, возможность круглосуточного обращения за помощью, контроль клинического состояния и количества тромбоцитов. Это условная специализированная тактика, а не разрешающая ветвь по одному количеству тромбоцитов. Здесь не реконструированы все условия амбулаторного решения; клинически значимое кровотечение сохраняет экстренный маршрут независимо от длительности болезни. [19]

Практический вывод — передать характер кровотечения и системный контекст и согласовать уровень помощи. Иммуноглобулины и кортикостероиды упомянуты в КР для неотложной

терапии, но выбор режима не следует из определения болезни и остаётся профильным назначением. [19]

## 9.2. IgA-васкулит

### Системная природа

IPNA описывает IgA-васкулит как системное заболевание с вовлечением кожи, кишечника, суставов и почек. Британское руководство рекомендует классификационные критерии EULAR/PRINTO/PRES 2010. Их назначение следует сохранять: классификационный инструмент не заменяет индивидуального клинического рассмотрения и не объявлен здесь единственным способом исключить заболевание. [12] [35]

### Почечное обследование и наблюдение

Для выявления нефрита предусмотрено регулярное исследование мочи в течение шести месяцев; оценку артериального давления предлагают при постановке диагноза и при признаках нефрита. В IPNA при установленном IgAV появление гематурии, протеинурии, гипертензии либо снижения функции почек рассматривается в контексте возможного нефрита. Наблюдение поэтому не сводится к исчезновению пурпуры. [35] [12]

Для количественной оценки протеинурии у детей IPNA предусматривает первую утреннюю порцию мочи. Это задача в контексте предполагаемого клубочкового поражения, а не универсальное назначение расширенного почечного обследования при любых петехиях. Пример графика скрининга приведён в главе 12. [12] [35]

### Общие меры и профильная помощь

При мышечно-суставных проявлениях британское руководство предусматривает подходящее обезболивание и покой. Название и режим средства этим общим принципом не определяются. При тяжёлом поражении ЖКТ, значимом нефрите, вовлечении ЦНС либо лёгочном кровотечении рекомендована профильная консультация. В исходном определении тяжёлого поражения ЖКТ указаны непрекращающаяся боль, энтеропатия с потерей белка и/или кровотечение; это не обозначение любой кратковременной боли. [35]



Рисунок 9.1. Сливная пурпура нижних конечностей при IgA-васкулите. Мальчик 14 лет. На стопах и нижних отделах голеней видна сливная пурпурная сыпь с сетчатым рисунком и отдельными мелкими элементами выше по голеням. Первоисточник описывает IgA-васкулит с почечным поражением; использован рисунок S1, страница 3 дополнительного PDF. Небледнение и пальпируемость нельзя проверить по статической фотографии. Она не служит алгоритмом исключения сепсиса или менингококковой инфекции. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Carmela Caputo, Concetto Sessa, Vittorio Serio, Federica Baciga, Luigi Annicchiarico Petruzzelli, Bruno Minale, Walter Morale, Alessandro Mantovani, Antonio Granata, Louise Oni, Matko Marlais, Gabriele Malgieri, Rukshana Shroff, Yuri Battaglia. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.




Рисунок 9.2. Переход к геморрагическим пузырям при IgA-васкулите. Мальчик 5 лет. Слева (a) — ранняя папуловезикулёзная сыпь на обеих ногах; в центре и справа (b, c) — пурпурные элементы и напряжённые геморрагические пузыри на фоне более мелких элементов. В публикации пальпируемая пурпура и пузыри отмечены на 9-й день болезни; биопсия выявила лейкоцитокластический васкулит, иммунофлуоресценция — отложения IgA и C3. Это необычный геморрагически-буллёзный вариант, а не типичный вид каждого IgA-васкулита. Пальпируемость и небледнение по кадру не проверяются. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Matthias Nothhaft, Joerg Klepper, Hermann Kneitz, Thomas Meyer, Henning Hamm, Henner Morbach. Первоисточник, CC BY 4.0. Исходная панель воспроизведена полностью; без ретуши и изменения цвета. Сведения о правах.

## 9.3. IgA-нефропатия: отдельная нозологическая область

Стойкая протеинурия, стойкая гематурия либо рецидивы макрогематурии в соответствующей КР являются основаниями направления к нефрологу. Этот маршрут относится к IgA-нефропатии. Его нельзя автоматически отождествлять с программой системного IgA-васкулита по сходству названий. [34]

График наблюдения IgA-нефропатии определяется по применимому нефрологическому плану. Специальный подраздел включён, чтобы сохранять разграничение нозологий, а не создавать из кожной пурпуры готовый почечный диагноз.

## 9.4. Гемолитико-уремический синдром

### Системный клинический контекст

ГУС характеризуется сочетанием микроангиопатической гемолитической анемии, тромбоцитопении и острого повреждения почек как проявления тромботической микроангиопатии. Внешние геморрагические элементы не отражают всего объёма этого процесса. Описание сочетания признаков не означает необходимости ждать завершённой картины перед организацией помощи. [51]

При STEC-ГУС описаны ухудшение состояния, бледность, отёки и возможные петехии либо экхимозы. Отсутствие предшествующей диареи не исключает заболевание. Это важное ограничение упрощённого поиска только «постдиарейного» варианта. [51]

### Маршрут и последствия

При признаках тромботической микроангиопатии на фоне желудочно-кишечных симптомов рекомендована госпитализация в стационар с реанимацией и возможностью диализа. После STEC-ГУС предусмотрено динамическое наблюдение за функцией почек и экстраренальными нарушениями. Исчезновение кожных элементов не заменяет этой программы. [51]

Исследование ADAMTS13 и специализированные лечебные решения в этой редакции не превращены в амбулаторный алгоритм: условие забора до плазмотерапии и интерпретационные исключения требуют отдельного согласования.

### Микроангиопатия требует помощи за пределами кожного осмотра

КР не рекомендует переливать тромбоциты только ради коррекции их количества при STEC-ГУС без геморрагических осложнений. Это специальное стационарное ограничение, а не правило лечения любой тромбоцитопении. Практический вывод — передать признаки почечного и внепочечного поражения и далее контролировать исходы по нефрологической программе. [51]

## 9.5. Системная красная волчанка

### Кожные ориентиры

В детском описании СКВ эритематозные высыпания могут находиться на открытых участках, включая область декольте и поверхности над суставами. Фотосенсибилизация проявляется усилением эритемы после солнца либо УФ-воздействия. Отдельно описаны симметричные петехиальные или пурпурозные элементы дистальных отделов конечностей. Эти варианты расширяют клинический образ, но не устанавливают СКВ по одной сыпи. [10]

### Почему первичная диагностика остаётся профильной

Фотосенсибилизация и кожные проявления дают повод заподозрить СКВ, но диагноз и начало противоревматической терапии КР относит к ревматологическому стационару. Педиатр передаёт кожную динамику и системный контекст, сохраняя альтернативные причины высыпаний. Обострение, осложнение либо стойкая непереносимость иммунодепрессанта требуют неотложной госпитализации для пересмотра лечения; самостоятельная коррекция взрослой схемы не является задачей кожной памятки. [10]

## 9.6. MIS-C

### Альтернативы и диагностические ограничения

При подозрении на MIS-C ACR требует рассматривать другие инфекции и неинфекционные причины, включая злокачественные заболевания. Сравнение с Кавасаки указывает на более выраженные желудочно-кишечные и неврологические симптомы, более частые шок и сердечную дисфункцию. Это сравнительные клинические сведения, а не самостоятельный тест между двумя заболеваниями. [31]

### Сердечное вовлечение и наблюдение

Дисфункция миокарда может развиваться малозаметно и имеет существенное прогностическое значение. Ведение госпитализированных детей предусмотрено мультидисциплинарной командой с профильными специалистами. Исходно повышенные BNP и/или тропонин T контролируют до нормализации; это положение не является обязательным серийным исследованием каждого ребёнка с лихорадочной сыпью. [31]

### Клиническая оценка и эпидемиологическое определение

Современное определение CDC, действующее с 2023 года, предназначено для эпиднадзора и регистрации случаев. Его назначение отличается от клинической оценки ребёнка с подозрением на MIS-C. Отсюда следует редакционный предел использования: отсутствие соответствия регистрационному определению не превращается в самостоятельный отрицательный диагностический тест. Исторические критерии в ACR и текущую страницу CDC не объединяют в один новый набор условий. [28] [31]

## 9.7. Болезнь Кавасаки и неполная клиническая картина

### Возраст и диагностическое подозрение

RCH обращает внимание на младенцев и подростков: у них чаще встречается неполная картина болезни Кавасаки и выше риск сердечных осложнений. В этих группах отсутствие ожидаемого полного внешнего рисунка не завершает диагностический разбор. Значение имеет совокупная оценка ребёнка; в данном подразделе не задаётся новый числовой набор критериев по одному признаку сыпи. [60]

### Что означает ранняя ЭхоКГ

В руководстве RCH прямо указано, что раннее эхокардиографическое исследование может оставаться нормальным и не исключает Кавасаки. Доступность ЭхоКГ не должна задерживать лечение при установленном клиническом показании. Эти положения разграничивают отрицательный ранний результат и окончательное клиническое решение; они не означают, что любой ребёнок с лихорадкой должен получить лечение Кавасаки. [60]

### Сопоставление с MIS-C и дальнейшая оценка

В ACR сравнение с MIS-C включает более выраженные желудочно-кишечные и неврологические проявления, более частые шок и сердечную дисфункцию при MIS-C. Это описание различий, а не надёжный одиночный признак выбора между двумя диагнозами. Сравнительная таблица в главе 10 сохраняет разные источники и назначение критериев. [31]

### Неполная картина и последующий кардиологический план

Слизисто-кожные проявления Кавасаки оценивают вместе: полиморфная эритема, изменения губ и рта, ладонно-подошвенная эритема с отёком и обычно двусторонний неэкссудативный конъюнктивит дополняют клиническую историю. [60]

После выписки сохраняют план повторной ЭхоКГ. Сравнение с MIS-C помогает обсуждать системные проявления, но не служит одиночным тестом выбора между диагнозами. [60] [31]



Рисунок 9.3. Кожная сыпь при болезни Кавасаки. Девочка 2 месяцев с болезнью Кавасаки по клиническому заключению авторов. На ограниченном фрагменте туловища видна мелкая пятнисто-папулёзная сыпь. Лицо и другие закрытые авторами области в производный кадр не включены. Этот внешний признак не является самостоятельным диагностическим критерием. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Réka Solyom, Daniela Toma, Lorena Elena Meliț, Zsuzsanna Erzsébet Papp, Zoltán Derzsi, Henrietta Dimén. Первоисточник, CC BY 4.0. Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Сведения о правах.



Рисунок 9.4. Околоногтевое шелушение в том же случае. Та же девочка 2 месяцев. Видно шелушение вокруг ногтей кисти, описанное в публикации на второй неделе после начала лихорадки. Кадр дополняет подтверждённый клинический контекст; одиночное шелушение не устанавливает диагноз болезни Кавасаки. Фотография сама по себе не заменяет клинической диагностики.

Источник фотографии: Réka Solyom, Daniela Toma, Lorena Elena Meliț, Zsuzsanna Erzsébet Papp, Zoltán Derzsi, Henrietta Dimén. Первоисточник, CC BY 4.0. Изображение воспроизведено полностью; без ретуши. Сведения о правах.

# 10. Синдромный диагностический подход

## 10.1. Синдром как способ организовать вопрос

Синдромное сопоставление помогает выбрать вопрос для следующего этапа оценки, но не заменяет установления причины. Пузырные элементы описаны при буллёзном импетиго, ветряной оспе и неонатальном HSV. Значение сходства ограничено: клинический контекст, возраст и маршрут помощи для этих состояний различаются. [3] [38] [26]

Таблицы сопоставляют отдельные признаки и следующий диагностический вопрос. Их строки не исчерпывают дифференциальный ряд, не рассчитывают вероятность диагноза и не определяют безопасность выписки. Возраст, тяжесть и ограничения исследования читают вместе с признаком. Четырнадцать таблиц дополняют главы о заболеваниях; дозовые решения в них не принимаются.

## 10.2. Лихорадка и геморрагические элементы

Лихорадка с петехиями либо пурпурой требует безотлагательной оценки опытным клиницистом; выраженное нарушение общего состояния — срочной помощи. Серьёзная бактериальная инфекция может проявляться небледнеющей сыпью как с лихорадкой, так и без неё. Следовательно, отсутствие лихорадки само по себе не устраняет опасную инфекционную гипотезу. [1]

## 10.3. DT-01. Пятнисто-папулёзная сыпь

Сопоставляется рисунок и динамика; клиническая точность этих признаков не сравнивалась.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Корь [7] | Этапное распространение от заушной области и лица к туловищу и конечностям [7] | Оценить предшествующие катаральные проявления; при тяжёлом течении, неврологических осложнениях или неотложной ситуации требуется оценка анестезиологом-реаниматологом [7] |
| Внезапная экзантема: госпитальное наблюдение [22] | Сыпь на фоне стойкой нормализации температуры, преимущественно пятнисто-папулёзная [22] | Последовательность описана в исследовании; она не служит правилом исключить другую причину [22] |
| Инфекция B19 [27] | В типичном варианте эритема щёк с последующим сетчатым рисунком туловища и конечностей [27] | Нетипичная картина без ожидаемого кружевного рисунка возможна; один рисунок недостаточен [11] |
| DRESS у ребёнка [56] | В числе частых кожных проявлений — макулопапулёзная сыпь, эритродермия, отёк лица [56] | Искать органное поражение, которое может быть малозаметным; обычный подход — госпитализация с наблюдением [56] |

## 10.4. DT-02. Везикулёзная сыпь

Возраст и исходный процесс меняют значение внешне похожих элементов.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Ветряная оспа по справке ВОЗ [38] | Зудящие элементы с переходом пятен в папулы, везикулы и корочки [38] | Уточнить, достаточна ли клиническая картина или требуется лабораторное подтверждение; вакцинация не исключает прорывную инфекцию [38] |
| Буллёзное импетиго [3] | Пузыри с серозно-гнойным содержимым, после вскрытия — эрозии [3] | Культуральное уточнение возбудителя предусматривается в отдельных случаях; не универсально для каждого очага [3] |
| Неонатальный HSV [26] | Сгруппированные везикулы/пустулы, возможное поражение слизистых [26] | При предполагаемой врождённой HSV-инфекции нужен стационарный маршрут; отсутствие ранних высыпаний её не исключает [47] |
| Врождённый буллёзный эпидермолиз [37] | Пузыри и эрозии кожи и слизистых с болью либо зудом [37] | Разграничение пузырных заболеваний может потребовать профильной биопсии; одна находка не устанавливает подтип [37] |

## 10.5. DT-03. Пустулёзная сыпь

Состав группы основан на описанных элементах, а не на предположении единой бактериальной природы.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Фолликулит [3] | Пустула связана с волосом или устьем фолликула; ей может предшествовать болезненный узелок [3] | Для пиодермии лабораторная оценка тяжести и культуральное уточнение имеют разные показания [3] |
| Транзиторный неонатальный пустулёзный меланоз [26] | Поверхностные пустулы без окружающей эритемы, часто при рождении; затем пигментированные пятна [26] | Отсутствие потребности в лечении относится к типичной картине этого состояния [26] |
| Неонатальная HSV-инфекция [26] | Возможны сгруппированные везикулы и пустулы на фоне эритемы [26] | Сходство с доброкачественным пустулёзом не заменяет оценку инфекции и стационарного маршрута [47] |

## 10.6. DT-04. Зудящая сыпь

Сравниваются подтверждённые ориентиры анамнеза и распределения; общего анализа «на зуд» таблица не задаёт.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Чесотка [4] | Усиление зуда вечером и ночью; у детей возможен рисунок с вовлечением лица и волосистой части головы [4] | Парные элементы не признаны диагностическим симптомом; соскоб рассматривается в клинико-эпидемиологическом контексте [4] |
| Атопический дерматит [2] | Зудящие проявления меняют топографию с возрастом: младенческие лицо/голова и детские сгибательные зоны [2] | Уточнить анамнез течения и атопии; не подменять критерии одной локализацией [2] |
| Острая экзема [6] | Везикулы, мокнущие точечные эрозии и корки [6] | При типичной атопической экземе в контексте RCH исследования обычно не нужны; предполагаемая вторичная инфекция требует собственного диагностического решения [52] [6] |
| Крапивница [8] | Обратимые волдыри и/или ангиоотёки [8] | Тяжёлая острая форма и ангиоотёк гортани с угрозой асфиксии требуют госпитализации [8] |

## 10.7. DT-05. Геморрагическая сыпь

Тяжесть определяется всей ситуацией. Лихорадка с петехиями/пурпурой требует безотлагательной оценки; серьёзная инфекция возможна и без лихорадки. [1]

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Предполагаемая генерализованная менингококковая инфекция [9] | Острое неблагополучие может предшествовать характерной сыпи [9] | Экстренная госпитализация; отрицательная бактериология не исключает вероятный диагноз при характерной клинико-лабораторной картине [9] |
| Иммунная тромбоцитопения [19] | Изолированная тромбоцитопения со склонностью к кровоточивости при отсутствии вторичной причины [19] | Клинически значимое кровотечение требует экстренной госпитализации при любой длительности ИТП. При впервые диагностированной ИТП отдельно учитывают порог менее 30 × $10^9$/л для экстренной госпитализации; тяжёлый синдром 4-й степени требует неотложного лечения при любом количестве тромбоцитов (раздел 9.1). [19] |
| IgA-васкулит [12] | Системный контекст включает кожу, кишечник, суставы и почки [12] | Новая гематурия/протеинурия, гипертензия или снижение функции почек требуют оценки нефрита; тяжёлые органные проявления — профильной консультации [12] [35] |

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| STEC-ГУС [51] | Ухудшение, бледность, отёки, возможные петехии/экхимозы; диарея может не предшествовать [51] | Синдром включает гемолиз, тромбоцитопению и острое повреждение почек; признаки микроангиопатии на фоне ЖКТ-симптомов требуют стационара с реанимацией и возможностью диализа [51] |
| Механические петехии [1] | Описаны после кашля или рвоты в зоне верхней полой вены [1] | Такой анамнез не отменяет срочной помощи при неблагополучии; при неопределённом диагнозе рассматривают консультацию педиатрической команды [1] |

## 10.8. DT-06. Сыпь у новорождённого

Доброкачественная характеристика относится к установленной типичной ситуации; она не является правилом выписки любого ребёнка с похожим элементом.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Токсическая эритема [26] | При типичной картине ребёнок выглядит здоровым, ладони и подошвы обычно свободны [26] | В этом контексте лечение не предусматривается; семье объясняют доброкачественное течение [26] |
| Транзиторный пустулёзный меланоз [26] | Поверхностные пустулы, затем пигментированные пятна [26] | Типичное состояние самостоятельно разрешается; эта характеристика не распространяется на другие пустулёзы [26] |
| HSV-инфекция [26] | Кожные и слизистые элементы возможны, но в начале могут отсутствовать [26] [47] | Подозрение на врождённую инфекцию требует стационарной помощи [47] |
| Омфалит [25] | Пупочный очаг оценивают с признаками инфекции; гнойный процесс может сопровождаться генерализацией [25] | Признаки омфалита — основание госпитализации в отделение патологии новорождённых [25] |
| Кандидоз [36] | Поверхностное поражение возможно в складках, пелёночной области и во рту [36] | Системные проявления, кандидемия или диссеминация меняют уровень помощи и требуют госпитализации [36] |

## 10.9. DT-07. Сыпь и лихорадка

Сравнение помогает увидеть клинический вопрос; оно не является правилом исключения системного заболевания по внешнему виду сыпи.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Корь [7] | До кожных проявлений описаны лихорадка, ринит/фарингит, конъюнктивит и светобоязнь [7] | При тяжёлом течении, неврологических осложнениях или неотложных состояниях требуется оценка анестезиологом-реаниматологом [7] |
| Предполагаемая генерализованная менингококковая инфекция [9] | Острейшее начало, вялость, лихорадка; этиология до характерной сыпи может быть неочевидной [9] | Подозрение определяет экстренную госпитализацию [9] |
| MIS-C [31] | Сердечная дисфункция может развиваться малозаметно; в сравнении с Кавасаки чаще описаны шок и выраженные ЖКТ/неврологические проявления [31] | Оценивать другие инфекционные и неинфекционные причины, включая злокачественные заболевания [31] |
| DRESS [56] | Сочетание лихорадки, сыпи и органного поражения [56] | Поиск органных нарушений и решение о госпитализации требуют отдельной оценки [56] |
| Ребёнок младше трёх месяцев: контекст КР по ОРВИ [43] | Фебрильная лихорадка является основанием госпитализации из-за риска тяжёлой бактериальной инфекции [43] | Возрастное основание не отменяется внешним сходством с обычной экзантемой [43] |

## 10.10. DT-08. Сыпь после лекарственного воздействия

Таблица сопоставляет клинические контексты. Она не служит установлению причинного лекарства и не задаёт проведения лекарственных провокационных проб.

| Контекст | Признак для сопоставления | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Предполагаемая лекарственная крапивница [8] | Ориентир кожной картины — обратимые волдыри/ангиоотёки [8] | КР предусматривает отмену либо замену подозреваемого причинного лекарства; тяжёлая форма/угроза асфиксии требуют госпитализации [8] |
| Подозрение на DRESS [56] | Макулопапулёзная сыпь, эритродермия или отёк лица оцениваются вместе с системным поражением [56] | Прекратить применение подозреваемых причинных и перекрёстно реагирующих средств и избегать их до завершения оценки причинности; обычный путь — госпитализация с наблюдением [56] |
| ССД/ТЭН [59] | Болезненная сыпь, возможные атипичные мишени, пузыри, отслойка и мукозит в описанной клинической картине [59] | Отмена потенциального причинного препарата и профильная помощь с ранним участием офтальмолога [59] |

## 10.11. DT-09. HFMD и другие везикулёзные контексты

| Контекст | Сопоставляемый признак | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| HFMD [64] | Болезненные поражения рта; элементы на ладонях и подошвах, возможны на ягодицах и конечностях. [64] | Оценка питья: недостаточное питьё и опасение обезвоживания требуют медицинской оценки. [64] |
| Ветряная оспа [38] | Зудящие элементы с последовательным переходом пятен в папулы, везикулы и корочки. [38] | Для типичной картины описана преимущественно клиническая диагностика; лабораторное подтверждение требуется в отдельных ситуациях. [38] |
| Неонатальный HSV [26] | В обзоре описаны сгруппированные везикулы и пустулы с эритемой, возможно поражение слизистых. [26] | Отрицательный материнский анамнез и отсутствие кожных проявлений в начале болезни не исключают инфекцию. [62] [47] |

## 10.12. DT-10. Кавасаки и MIS-C: разные вопросы оценки

| Контекст | Сопоставляемый признак | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Болезнь Кавасаки [60] | Полиморфная эритематозная сыпь, изменения губ/рта и конечностей; неполная картина особенно важна у младенцев и подростков. [60] | Нормальная ранняя ЭхоКГ не исключает заболевание; при выписке предусматривается повторное исследование. [60] |
| MIS-C [31] | ACR описывает более выраженные ЖКТ/неврологические проявления, чаще шок и сердечную дисфункцию по сравнению с Кавасаки. [31] | Сравнительные признаки не являются одиночным тестом; определение CDC для эпиднадзора имеет другое назначение. [31] [28] |

## 10.13. DT-11. Пелёночная область: раздражительный рисунок и Candida-компонент

| Контекст | Сопоставляемый признак | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| Типичный раздражительный рисунок [63] | Эритема на контактных выпуклых поверхностях; паховые складки обычно сохранны. [63] | Уменьшение контакта с раздражителями, мягкое очищение и барьерный уход; при отсутствии улучшения рассматривают другие причины и консультацию педиатрической команды. [63] |
| Предполагаемый Candida-компонент [63] | Эритема складок с сателлитными пятнами или пустулами. [63] | Признаки поддерживают гипотезу; они не равнозначны лабораторной идентификации или диагнозу инвазивной инфекции. [63] [36] |

## 10.14. DT-12. ССД/ТЭН и SSSS: слизистые и условия помощи

| Контекст | Сопоставляемый признак | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| ССД/ТЭН [59] | В BAD оценка слизистых включена в разграничение с SSSS; требуется срочное участие офтальмолога. [59] | Уровень помощи зависит от стабильности, потери кожи, системного вовлечения и ресурсов отделения. [59] |
| SSSS [3] | В КР описаны распространённая эритема и крупные пузыри; в сравнении BAD слизистые не вовлечены. [3] [59] | При неопределённости разграничения BAD рассматривает биопсию; внешние признаки не сведены к правилу безопасного исключения. [59] |

## 10.15. DT-13. Сыпь и поражение слизистых

Поражение слизистых — самостоятельная часть описания. Его вид и клинический контекст различаются; отсутствие одной находки не закрывает опасную альтернативу.

| Контекст | Наблюдаемый ориентир | Следующий вопрос и ограничение |
|---|---|---|
| HFMD [64] | Болезненные поражения рта вместе с типичной кожной локализацией [64] | Недостаточное питьё и опасение обезвоживания требуют медицинской оценки [64] |
| ССД/ТЭН [59] | Мукозит с болезненной пузырной сыпью или отслойкой в описанной картине [59] | Профильная помощь и срочное участие офтальмолога; один внешний признак не определяет весь синдром [59] |
| Болезнь Кавасаки [60] | Изменения губ/рта и неэкссудативный конъюнктивит в совокупной картине [60] | Нормальная ранняя ЭхоКГ не исключает заболевание; клиническое подозрение оценивают отдельно [60] |
| Неонатальный HSV [26] | Возможны кожные и слизистые элементы; в начале характерные кожные проявления могут отсутствовать [26] [47] | Подозрение требует стационарной помощи; SEM не исчерпывает все формы инфекции [47] |

## 10.16. DT-14. Инфекционная и воспалительная гипотеза

Сравнение организует вопрос о причине. Таблица не рассчитывает вероятность и не позволяет объявить любую похожую сыпь заразной или незаразной.

| Контекст | Основание гипотезы | Что уточнять дальше |
|---|---|---|
| Корь [66] | Вирусная причина с катаральным продромом и этапной сыпью [66] [7] | Этиологическое подтверждение и тяжесть; кожная картина не охватывает все варианты [66] |
| Импетиго [3] | Бактериальная инфекция с поверхностными эрозиями/корками или пузырным вариантом [3] | Глубина, распространённость и показания к посеву/системному подходу [3] |

| Контекст | Основание гипотезы | Что уточнять дальше |
|---|---|---|
| Атопический дерматит [2] | Хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз с возрастной топографией [2] | Клинические критерии; подозрение на вторичную инфекцию оценивают отдельно [2] |
| DRESS [56] | Лекарственная системная реакция с кожными и органными проявлениями [56] | Причинная оценка и поиск органных нарушений; временная связь сама по себе недостаточна [56] |

Опасные альтернативы при геморрагических элементах и нарушении состояния разобраны в DT-05; при распространённой отслойке и мукозите — в DT-12 и DT-13. Сравнения не отменяют срочного маршрута при предполагаемой генерализованной инфекции или тяжёлой лекарственной реакции. [1] [9] [59]

# 11. Лечебная тактика и контроль результата

## 11.1. От диагноза к плану помощи

Лечение ребёнка с высыпаниями начинается с определения задачи. При АД нужно поддержать барьер и подавить активное воспаление; при пиодермии — оценить глубину инфекции и необходимость этиотропной помощи; при чесотке — одновременно работать с заболевшим и тесными контактами. При анафилаксии или предполагаемом сепсисе первоочередной задачей становится немедленная системная помощь. Одно назначение «от сыпи» не описывает этих различий. [2] [3] [4] [55] [41]

План удобно формулировать связно: какая клиническая ситуация лечится, какова цель, что делает семья, какое вмешательство назначено врачом, по каким наблюдениям оценивается результат и кто пересматривает тактику. Это способ организации профессионального назначения. Он помогает отделить поддерживающую помощь от этиотропной, активное лечение от ухода и плановый контроль от основания срочного обращения.

В главе изложены лечебные принципы и ограниченные клинические положения. Для готового назначения дополнительно требуются конкретный препарат, форма, концентрация, путь, возраст и масса, разовая и суточная дозы, кратность, длительность, противопоказания и контроль. При существенном разночтении этих параметров неполная строка не становится рецептом. Рукопись не является дозовым справочником; при неотложном состоянии применяется действующий детский протокол без ожидания завершения редакционной проверки книги.

## 11.2. Атопический дерматит

### Цели и повседневный уход

Лечение АД соединяет восстановление барьерной функции с контролем воспаления. Эмоленты нужны при разной тяжести заболевания и в периодах улучшения; противовоспалительная терапия решает задачу активного дерматита. Семье полезно показать эти две части плана раздельно и затем объяснить, как они сочетаются в повседневном уходе и при обострении. [2] [52]

При обсуждении ухода уточняют, чем моют кожу, как выбирают и наносят эмолент, как хранят средство и что семья уже применяет. Нераздражающие средства без мыла, отсутствие ароматизаторов в эмоленте и предупреждение загрязнения упаковки руками — конкретные меры, поддержанные педиатрическим руководством. Такая беседа позволяет исправить фактический уход, а не ограничиваться советом «увлажнять кожу». [52]

### Контроль воспаления и возраст

Наружное противовоспалительное лечение дополняет уход. В индивидуальном плане врач указывает участок, конкретное средство и лекарственную форму, порядок применения и контроль. Подбор учитывает возраст и локализацию; общее слово «гормональная мазь» не заменяет назначения. Противомикробные компоненты добавляют по клиническому и/или лабораторному подтверждению бактериальной либо грибковой инфекции, а не по одному факту покраснения или мокнутия. [2]

Для очень высокой активности наружных ГКС сохраняется существенное противоречие: общее детское ограничение соседствует в КР с отдельным описанием детского применения клобетазола. Эти положения не дают единого готового режима. В практике выбора продукта

проверяют применимое показание и возрастную инструкцию; самостоятельное усиление активности по одному отсутствию быстрого эффекта не обосновано этой главой. [2]

### Зуд, питание и оценка ответа

Неседативные антигистаминные средства не улучшают собственно экзематозный зуд в контексте руководства RCH; их могут рассматривать при сопутствующей крапивнице или аллергическом рините. Поэтому принцип антигистаминного контроля крапивницы не переносят автоматически на АД. [52]

Необоснованное исключение продуктов не является обычным способом контроля экземы. RCH указывает, что ограничительные диеты обычно не помогают; перед исключением пищи семье следует обсудить это с педиатром или дерматологом. Это положение относится к экземе и не отменяет индивидуального ведения подтверждённой пищевой аллергии. [52]

При повторном контакте врач сопоставляет течение дерматита с фактически выполняемым планом: что использовалось для ухода, что — для обострения и появилось ли основание подозревать инфекцию. Домашний план должен быть понятен семье и содержать действия при обострении. Среднетяжёлое и тяжёлое течение требует профильного наблюдения; недостаточная эффективность амбулаторного лечения при ограниченных высыпаниях указана среди оснований дневного стационара. [52] [2]

Герпетическое осложнение меняет срочность: диссеминированный процесс с лихорадкой и тяжёлой интоксикацией требует стационара с боксами. При периорбитальном герпетическом поражении нужен срочный офтальмолог. Эти ситуации рассматривают отдельно от обычного подбора наружного лечения. [2] [52]

### Ошибки ухода и отсутствие ожидаемого ответа

Перед сменой терапии разберите с семьёй фактическое выполнение плана: какие средства применяются и какие действия пропускаются. Недостаточное выполнение ухода, раздражители, перегревание и инфекция могут поддерживать обострение. Эмолент из банки извлекают чистым инструментом, избегая загрязнения руками; проверяют одежду, перегревание и раздражающие ткани. [52]

При тяжёлом обострении, повторяющихся инфекциях или отсутствии ответа инфекции на лечение мазок из очага может помочь направленной терапии. Это отдельная ситуация, отличная от обычной типичной экземы без показаний к исследованиям. [52]

## 11.3. Контактный дерматит и экзема

При контактном дерматите устранение причинно-значимого воздействия — часть лечения, а не дополнительный совет после курса местного средства. Раздражительное повреждение зависит от концентрации, частоты и длительности контакта; аллергическое связано с сенсибилизацией. Уточнение этих обстоятельств позволяет сформулировать элиминацию предметно: какой агент установлен, где и как происходит воздействие, что именно меняет семья. [17]

Результат оценивают в связи с прекращением воздействия и клинической динамикой. При атипичной картине возвращаются к дифференциальному вопросу; биопсия рассматривается по показаниям. Показания и метод накожного тестирования определяет дерматовенеролог или аллерголог-иммунолог с учётом условий, приведённых в КР. Препарат и возрастная схема наружного лечения здесь не определены. [17]

При экземе сначала уточняют клиническую форму. Везикулы, точечные мокнущие эрозии, корки, зуд, жжение и боль описывают воспалительный процесс, но сами по себе не выбирают лекарственную комбинацию. Антисептическую обработку эрозий КР рассматривает для профилактики или при развитии вторичной инфекции; средство, форма и возрастные условия проверяются отдельно. При подозрении на инфекцию посев и чувствительность отвечают этиологическому вопросу. [6]

Атипичное или неясное поражение может потребовать биопсии для разграничения дерматозов. Правило об обычном отсутствии исследований при типичной атопической экземе относится к этой клинической форме, а не ко всем заболеваниям с названием «экзема». Контроль включает оценку исходной формы, инфекционного вопроса и ответа на уже назначенную помощь. [6] [52]

## 11.4. Крапивница и ангиоотёк

Цель обычного ведения крапивницы — контроль волдырей и ангиоотёка с отдельной оценкой системной реакции. Для хронической спонтанной крапивницы предусмотрена регулярная терапия неседативными антигистаминными средствами второго поколения. При индуцируемых формах возможен приём в связи с предполагаемым воздействием триггера; при длительном воздействии режим может соответствовать хронической спонтанной форме. Эффект оценивают в контексте течения всей болезни, различая длительность отдельного элемента и повторное появление высыпаний. Конкретную форму выбирают по возрасту. Описанная в КР рекомендация о повышении антигистаминных доз относится к взрослым; детскую применимость последующих ступеней оценивают отдельно в профильном плане. [8]

В КР предусмотрена отмена и/или замена подозреваемых лекарств препаратами других групп. Конкретная альтернатива и её детская схема в этом разделе не определены. При контролируемой хронической форме и обычной острой крапивнице возможно наблюдение педиатром. Диагностику, назначение и контроль терапии КР связывает с участием аллерголога-иммунолога, дерматовенеролога и педиатра. [8]

Тяжёлая острая крапивница и ангиоотёк гортани с риском асфиксии требуют госпитализации. Быстрое нарушение дыхания или гемодинамики в контексте реакции требует оценки анафилаксии и немедленной помощи. Антигистаминный эффект на коже не является показателем купирования системной угрозы. [8] [55]

## 11.5. Псориаз и себорейный дерматит

При ограниченном псориазе применяется наружная терапия; длительное диспансерное наблюдение ведёт дерматовенеролог. В первичном звене полезно сохранить описание исходных очагов и их динамики, уже используемое лечение и переносимость. Возможное поражение опорно-двигательного аппарата имеет самостоятельное значение. Системные и биологические средства требуют профильного детского показания и программы контроля; взрослую схему по сходству бляшек не переносят. [5]

При младенческом себорейном дерматите ограниченное шелушение головы и тяжёлое распространённое поражение относятся к разным клиническим ситуациям. Мокнутие и трещины складок описывают вместе с общим состоянием. Тяжёлый процесс и отсутствие эффекта амбулаторного лечения меняют уровень помощи; подозрение на болезнь Лейнера–Муссу требует педиатрического стационара. Доказанной программы профилактики в использованной КР нет. [15]

## 11.6. Импетиго и другие пиодермии

Лечебный план определяется глубиной, распространённостью и состоянием ребёнка. Поверхностное импетиго, фолликулярная пустула и язва при эктиме требуют точного разграничения. Наблюдение за новым очагом должно сохранять эти характеристики; одна корка не показывает, что происходило до её образования и насколько глубоко поражение. [3]

Системные антибактериальные препараты рассматриваются при распространённых, глубоких, хронических и рецидивирующих пиодермиях, общих явлениях, регионарных осложнениях, глубоком поражении лица и неэффективности наружной терапии. Эти обстоятельства помогают определить лечебную задачу; они не заменяют выбор детского препарата и формы. Культуральное исследование и чувствительность по показаниям уточняют возбудителя и терапию; анализ крови отвечает задаче тяжести. [3]

При повторной оценке сопоставляют распространение, глубину, общие проявления и результат уже выполненного лечения. Отсутствие эффекта — повод проверить диагноз и инфекционную задачу, а не только сменить наружную комбинацию. При впервые возникшей пиодермии или её обострении КР предусматривает первичную специализированную дерматовенерологическую помощь. Своевременная обработка микротравм, трещин и ран относится к профилактике. [3]

Гнойный панариций требует хирургического лечения, а глубокий или осложнённый — стационара. При распространённой эритеме и отслойке необходимо разграничивать SSSS и другие опасные пузырные процессы; их ведение не сводится к местной обработке импетиго. [53] [3] [59]

### Глубина очага и отсутствие ответа

При отделяемом рассматривают материал для окраски по Граму и посева. Если предполагаются абсцесс, глубокая инфекция или инородное тело, может понадобиться визуализация. Уход не заменяет устранения причины и дренирования по медицинским показаниям. Подозрение на глубокий абсцесс или некротизирующую инфекцию требует хирургической оценки; клинические признаки и сравнение с местной реакцией на укус разобраны в разделе 5.9. [71]

## 11.7. Скарлатина и стрептококковый тонзиллофарингит

Этиотропную задачу связывают с доказанной или высоковероятной стрептококковой инфекцией в применимой российской КР. Современное руководство CDC по скарлатине с фарингитом рекомендует антибиотик при положительном стрептококковом тесте. Эти положения имеют собственные условия; из них нельзя составлять единое новое правило тестирования при любой сыпи. [50] [29]

Антибиотикотерапия подтверждённого эпизода сокращает симптомы, передачу и часть осложнений. При выборе учитывают диагноз, возраст и зарегистрированную форму. Рутинное АСЛ-О при остром тонзиллофарингите не решает задачу текущего этиологического подтверждения. При тяжёлом состоянии и необходимости инфузионной помощи из-за отказа от еды и жидкости вопрос стационара решают по состоянию, не ожидая завершения всего этиологического поиска. [29] [50]

## 11.8. Вирусные экзантемы

При обычной розеоле поддерживающая помощь включает достаточное питьё; специальные кремы для исчезновения сыпи не нужны. При HFMD болезненность рта связывают со

способностью пить и есть; недостаточное питьё и опасение обезвоживания требуют медицинской оценки. Эти два примера показывают, почему состояние ребёнка важнее попытки ускорить исчезновение каждого кожного элемента. [61] [64]

При обычной B19-инфекции помощь направлена на симптомы. У ребёнка с гемолитической анемией или иммунодефицитом отдельной задачей становится тяжёлая анемия и специализированная помощь. Специфического универсального противовирусного лечения обычной инфекционной эритемы в использованном обзоре нет. [67] [27]

При кори системный антибиотик только для предотвращения бактериальной суперинфекции не рекомендован. Установленное осложнение требует собственной терапии; тяжёлое течение, неврологические и респираторные нарушения — соответствующего уровня помощи. Вакцинация остаётся профилактикой; витамин A её не заменяет. После перенесённой кори наблюдение индивидуализируют по осложнениям и соматическому состоянию. [7] [66]

При ветряной оспе особенно учитывают первый год жизни и иммунокомпрометацию. Оценка предполагаемых пневмонии, энцефалита или бактериальной инфекции кожи меняет лечебную задачу. Аспирин детям с ветряной оспой не применяют. Показание к противовирусной помощи требует собственной клинической и возрастной оценки; общая последовательность пузырьков и корочек не является готовым показанием к индивидуальному курсу. [74] [38]

При контагиозном моллюске большинство детей по RCH не нуждаются в удалении элементов. Вмешательство обсуждают при влиянии на качество жизни или иммунокомпрометации; сопутствующая экзема требует собственной помощи. Воспалённый узелок сам по себе не означает показания к антибиотику, а деструкция может приводить к рубцам. Это содержательный выбор между ожидаемым течением и пользой вмешательства, а не отсутствие лечения по умолчанию. [68]

## 11.9. Дерматофитии и разноцветный лишай

Лечение дерматофитии связывают с подтверждением возбудителя и локализацией. Поражение волос нельзя вести по одному внешнему сходству с шелушением гладкой кожи. В детском разделе КР рассматривается сочетание системной и наружной терапии с отдельными ограничениями и внеинструкционными ситуациями. Это область профильного решения; проверяются показание, возраст, форма, взаимодействия и контроль выбранного средства. [13]

Если исходная микроскопия отрицательна при типичной картине, имеются атипичные проявления или недостаточный эффект, культуральное исследование помогает пересмотреть этиологическую гипотезу. Клиническое и микологическое улучшение оценивают раздельно. В исходной КР сохраняются два несогласованных интервала контрольного исследования после окончания терапии; единого срока эта глава не устанавливает. [13]

При разноцветном лишае системную терапию обсуждают при распространённости или неэффективности наружной помощи после микроскопического подтверждения. Пигментация может сохраняться после лечения, поэтому повторный курс по одному цвету кожи не обоснован. Контроль должен отражать активные проявления и микологический вопрос. [16]

## 11.10. Чесотка

Противоклещевое лечение больного сопровождают одновременными мероприятиями для тесных контактов и инструктажем по белью, одежде и предметам личной гигиены. Конкретный скабицид и форму проверяют для возраста и состояния каждого пациента; одновременность не означает одинакового режима у всех членов семьи. [4]

КР предусматривает наблюдение дерматовенерологом после полноценного курса и профилактических мероприятий в очаге. Сохраняющийся зуд может быть связан с остаточной иммунной реакцией, сухостью кожи или сохранением возбудителя. По одному симптому нельзя решить, что ребёнок излечен или что необходим немедленный повтор того же средства. Индивидуальная схема повторного лечения в этом разделе не определена. [4]

Сроки наблюдения очага зависят от полноты лечебно-профилактических мероприятий. Их не отождествляют с индивидуальным снятием с учёта. Условия допуска в образовательную организацию рассматриваются отдельно, включая завершение мероприятий и справку врача в области сохранённой КР. [4]

## 11.11. Пелёночный дерматит и доброкачественные состояния новорождённых

При раздражительном пелёночном дерматите уменьшают время контакта с мочой и калом, мягко очищают кожу и поддерживают барьер. При смене подгузника удаляют видимое загрязнение, сохраняя остальной защитный слой; мыла и присыпок избегают. Эти действия связаны с механизмом мацерации, ферментного повреждения и трения. [63]

Для контроля важны фактический уход и распределение поражения. Вовлечение складок с сателлитными элементами поддерживает Candida-гипотезу. Тяжёлое, необычное или не отвечающее на правильный уход поражение требует рассмотрения других причин и возможной консультации педиатрической команды. Наружное противогрибковое или гормональное средство не добавляют ко всякому покраснению по одному его названию. [63]

При типично распознанной токсической эритеме и транзиторном пустулёзном меланозе лечение не требуется; семье объясняют саморазрешение. Это решение относится к установленной доброкачественной картине. Нарушения температуры, вялость, отказ от кормления или инфекционное подозрение возвращают врача к оценке новорождённого, а не к выбору ещё одного средства ухода. [26] [48]

### Очищение и высушивание пелёночной области

Тёплая вода и мягкая ткань позволяют убрать загрязнение; кожу затем промакивают или высушивают на воздухе, избегая растирания. Предусматривают время без подгузника. Эти действия дополняют барьерный уход. При повторном осмотре уточняют, как их выполняют; устойчивое или необычное поражение требует пересмотра причины, а не бесконечного добавления наружных компонентов. [63]

## 11.12. Неонатальные инфекции

При обоснованном клиническом подозрении на неонатальную HSV-инфекцию ацикловир внутривенно начинают немедленно, без ожидания лабораторного подтверждения. Забор материала организуют без задержки лечения; люмбальную пункцию выполняют, когда это клинически возможно и нет противопоказаний. [75] Лечение проводится в стационаре; указанная в КР лекарственная форма — «раствор для инфузий». Наружная и пероральная формы её не заменяют. Приготовление, введение и контроль требуют полной применимой инструкции и неотложного протокола. Отсутствие пузырьков и отрицательный материнский анамнез не снимают клинического подозрения. [47] [62]

При омфалите показана стационарная помощь с системной антибактериальной терапией, ориентированной на грамположительных и грамотрицательных возбудителей. Флегмонозная и

некротическая формы требуют детского хирурга. Видимый пупочный очаг оценивают как потенциальную системную инфекцию; местная обработка не заменяет этот маршрут. [25]

При кандидозе местная помощь относится к неинвазивному поражению кожи и слизистых с низким риском диссеминации. Кандидемия, системные проявления и диссеминация требуют стационара и органной оценки, включая офтальмолога при подозрении на диссеминированный процесс. Место обнаружения Candida и клиническая форма должны оставаться в диагнозе: поверхностный посев не равнозначен доказательству инфекции крови. [36]

Неонатальный сепсис не имеет специфического кожного признака. Сыпь, в том числе геморрагическая, рассматривается вместе с дыханием, температурой, поведением и кормлением. Эти описательные сведения не задают самостоятельной дозовой схемы или домашнего способа исключить инфекцию. [69]

## 11.13. Анафилаксия и генерализованная инфекция

При анафилаксии незамедлительно вводят эпинефрин, предпочтительно внутримышечно, и вызывают экстренную команду. Помощь и госпитализацию организуют по применимому детскому протоколу. Антигистаминное средство предназначено для кожно-слизистых проявлений после стабилизации давления и не заменяет первоочередную помощь. Редакционная неопределённость отдельных дозовых параметров не является основанием задерживать эпинефрин. [55]

Положение ребёнка соотносят с дыхательными и гемодинамическими нарушениями; во время острой реакции опасны вставание, ходьба и резкая смена позы. После улучшения необходимо стационарное наблюдение из-за затяжного или рецидивирующего течения. Универсальный краткий срок выписки из разнородных источников не выводят. [58] [55]

При предполагаемом сепсисе клиническая оценка первична, а догоспитальные исследования не должны задерживать госпитализацию. Сразу после постановки диагноза начинают эмпирическую антибиотикотерапию; после идентификации возбудителя и определения чувствительности её корректируют, включая возможность деэскалации. При генерализованной менингококковой инфекции предусмотрена парентеральная этиотропная помощь и интенсивное наблюдение до стабилизации. [41] [9]

## 11.14. Тяжёлые лекарственные реакции

При DRESS прекращают применение подозреваемых причинных и перекрёстно реагирующих лекарств и избегают их до завершения оценки причинности. Новые назначения ограничивают необходимыми показаниями. Основой ведения является госпитализация с тесным клинико-лабораторным наблюдением и поиском органных нарушений, которые могут быть малозаметными. Амбулаторное исключение для специально определённой категории ambiguous DRESS требует полного набора условий руководства и не следует из одной неопределённости диагноза (раздел 7.7). [56]

При ССД/ТЭН немедленно отменяют возможный причинный препарат и организуют профильную помощь. Поддерживающее лечение включает уход за кожей и слизистыми, оценку боли, питания и потребности в соответствующей команде. Срочно привлекают офтальмолога. Выбор системной иммуномодулирующей терапии остаётся специализированным решением, а не результатом соединения отдельных доз из разных документов. [59]

После разрешения кожных проявлений продолжается наблюдение за последствиями DRESS и ССД/ТЭН. Предложенные автором поля лекарственной истории: точные названия, формы,

сроки приёма и изменения симптомов; это форма записи известных сведений. При предполагаемом детском DRESS EAACI не рекомендует лекарственные провокационные тесты с высоко подозреваемыми причинными и перекрёстно реагирующими препаратами. [56] [59]

## 11.15. Системные причины пурпуры

При ИТП клинически значимое кровотечение требует экстренной госпитализации независимо от длительности болезни. При впервые диагностированной ИТП тяжёлый геморрагический синдром (4-я степень) требует неотложного лечения независимо от количества тромбоцитов; количество менее 30 × $10^9$/л отдельно является показанием к экстренной госпитализации. [19] Кортикостероиды и иммуноглобулины упомянуты в профильной КР для неотложной помощи, но выбор режима определяется гематологической задачей. Наблюдение при лёгком синдроме имеет медицинские и социальные условия, включая повторные осмотры и круглосуточную доступность помощи. [19]

При IgA-васкулите мышечно-суставные симптомы могут требовать подходящего обезболивания и покоя; тяжёлые органные проявления требуют профильной консультации. Лечебный результат не оценивают одним исчезновением пурпуры: программа выявления нефрита продолжается. При STEC-ГУС на первый план выходят микроангиопатия, функция почек и возможности интенсивной терапии и диализа. Переливание тромбоцитов только для исправления числа при отсутствии геморрагических осложнений не рекомендовано. [35] [51]

При Кавасаки и MIS-C сердечная задача определяет профильную оценку. Нормальная ранняя ЭхоКГ не исключает Кавасаки; при установленном показании ожидание исследования не должно задерживать лечение. Госпитализированного ребёнка с MIS-C ведёт мультидисциплинарная команда. Конкретные иммуномодулирующие схемы и их детские условия требуют полного профильного протокола. [60] [31]

## 11.16. Проверка результата и завершение визита

В конце визита формулируют ожидаемое изменение в терминах клинической задачи. При АД это контроль воспаления при продолжающемся уходе; при пиодермии — оценка очагов и общих проявлений; при микозе — клинический и микологический результат; при HFMD — достаточное питьё наряду с динамикой болезни. Эти цели помогают семье понять, что наблюдать и что сообщить врачу. [2] [3] [13] [64]

Контроль эффективности отделяют от безопасности выбранного лечения. При системной терапии АД исследования крови связаны с противопоказаниями и наблюдением конкретного вмешательства, а не служат обязательным диагностическим набором при каждом лёгком обострении. Клиническое улучшение не отменяет предусмотренного контроля, как и хорошая переносимость сама по себе не доказывает правильность диагноза. [2]

В итоговой записи оставляют цель следующего контакта, ответственного специалиста и основания внеплановой оценки. Для петехий и пурпуры это, в частности, ухудшение или сохраняющееся беспокойство семьи; при неопределённом диагнозе рассматривают консультацию педиатрической команды. Срок контроля выбирают для установленной ситуации. Заполненная памятка сопровождает клиническое решение и не заменяет оценку возможности амбулаторного ведения. [1]

# 12. Амбулаторное ведение и наблюдение

## Зачем нужен отдельный план наблюдения

Наблюдение после первичной оценки не сводится к ожиданию исчезновения сыпи. В рассматриваемых рекомендациях его задачи различаются: после кори план зависит от формы заболевания и осложнений, после менингита требуется профильное наблюдение, а при IgA-васкулите предусмотрен поиск поражения почек. Поэтому переносить один срок контрольного осмотра на все эти состояния неправомерно. [7] [9] [35]

Для участкового педиатра полезно разделять три вопроса: можно ли продолжать помощь на текущем уровне, какое изменение требует повторной оценки и кто отвечает за дальнейшее наблюдение. Ниже эти вопросы рассмотрены на обеспеченных источниками примерах. Они не образуют универсального критерия безопасного амбулаторного ведения ребёнка с любой сыпью.

## Повторный осмотр и основания для пересмотра решения

КР по ОРВИ предусматривает повторный осмотр при сохранении температуры более трёх дней или ухудшении состояния. Это правило относится к ребёнку с ОРВИ: оно не означает, что при иных признаках опасности допустимо ждать указанного срока. В той же рекомендации фебрильная лихорадка у ребёнка младше трёх месяцев рассматривается как основание для госпитализации из-за риска тяжёлой бактериальной инфекции. Возрастное исключение нельзя подменять общим правилом повторного визита. [43]

В руководстве RCH по петехиям и пурпуре отдельное место занимает объяснение семье, когда обращаться повторно: при ухудшении состояния ребёнка или сохраняющемся беспокойстве родителей. Если диагноз остаётся неопределённым либо требуется организовать последующее наблюдение, рассматривается консультация педиатрической команды. Таким образом, коммуникация при выписке дополняет клиническую оценку, но сама по себе её не заменяет. [1]

После купирования анафилаксии требуется стационарное наблюдение из-за возможного затяжного или рецидивирующего течения. Исчезновение первоначальных проявлений не является в этом источнике основанием сразу завершить наблюдение дома. Конкретную продолжительность здесь не устанавливаем: соответствующие временные положения требуют отдельного согласования. [55]

## Наблюдение после инфекционных заболеваний

После кори ребёнок наблюдается по месту жительства. Содержание плана определяется перенесённой формой, осложнениями и соматическим состоянием. Это индивидуализация наблюдения после конкретной инфекции, а не требование выполнять один и тот же набор исследований всем реконвалесцентам. Универсальная частота визитов из данного положения не следует. [7]

После менингококкового менингита или менингоэнцефалита КР предусматривает наблюдение детского невролога в течение двух лет. Этот срок относится к указанным поражениям центральной нервной системы; его нельзя автоматически распространять на носительство или назофарингит. Для всех детей после вирусного менингита также предусмотрено диспансерное наблюдение, однако эти два положения не устанавливают одинаковую программу для менингитов разной этиологии. [9] [39]

В неонатальной HSV-инфекции наблюдение имеет собственную структуру. Родители ребёнка группы риска должны получать информацию о клинических признаках, за которыми следует наблюдать дома после выписки. При любой форме врождённой ВПГ-инфекции предусмотрены диспансерные осмотры офтальмолога и невролога для оценки соответствующих последствий. Эти положения не являются правилом домашнего исключения инфекции у новорождённого. [47]

## Системные заболевания: наблюдение за пределами кожи

Британское руководство по IgA-васкулиту у детей и подростков предусматривает регулярное исследование мочи в течение шести месяцев для выявления нефрита. В качестве примера приведён еженедельный контроль в первые четыре–шесть недель с последующим ежемесячным контролем до завершения полугодового наблюдения. Это пример схемы в конкретном руководстве, а не универсальный график для любой пурпуры или для IgA-нефропатии. [35]

При MIS-C рекомендации ACR предусматривают динамический контроль исходно повышенных BNP и/или тропонина T до нормализации. Для педиатра принципиальна связь с исходным изменением показателей: это положение не означает обязательного серийного определения этих маркеров у каждого ребёнка с экзантемой. Ведение госпитализированных детей с MIS-C организуется мультидисциплинарной командой, в которую включены профильные специалисты. [31]

Наблюдение при предполагаемом DRESS, согласно EAACI, продолжается на этапах лечения и после разрешения заболевания для выявления отдалённых осложнений. Прекращение кожных проявлений не обозначено как единственный критерий завершения наблюдения. Указанный подход относится к предполагаемому DRESS у детей и не переносится на любую лекарственную сыпь. [56]

## Дерматозы и распределение ответственности

При выявлении признаков атопического дерматита участковый педиатр направляет ребёнка к дерматовенерологу либо аллергологу-иммунологу. Для среднетяжёлого и тяжёлого заболевания предусмотрено диспансерное наблюдение. Само направление на специализированную помощь не равнозначно направлению в стационар. В руководстве RCH дополнительно рассматривается домашний план ведения экземы с действиями при обострении; содержание такого плана должно быть индивидуальным. [2] [52]

Острая крапивница и стандартные случаи контролируемой хронической крапивницы могут наблюдаться педиатром. Ключевое ограничение второй ситуации — наличие контроля; данное положение не описывает ведение любой трудно контролируемой хронической крапивницы. Для псориаза диспансерное наблюдение отнесено к дерматовенерологу. Различия между этими маршрутами нужно сохранять в индивидуальном плане ребёнка. [8] [5]

## Противоэпидемическое наблюдение

Наблюдение очага чесотки зависит от полноты противоэпидемических мероприятий. При полноценном лечении и профилактической обработке контактов в КР указан двухнедельный срок; для коллектива без профилактической обработки контактов предусмотрены три осмотра с интервалом десять дней. Это разные условия. Срок наблюдения очага не следует отождествлять со сроком индивидуального снятия пациента с учёта или с готовым разрешением посещать коллектив. [4]

Санитарный допуск в коллектив после ветряной оспы в этом пособии не изложен как готовая инструкция. Для него требуется согласовать клиническое выздоровление, отсчёт от последнего свежего элемента, документальное условие допуска и актуальную нормативную редакцию. Этот вопрос рассматривают отдельно, чтобы не смешивать медицинское наблюдение с административным решением о допуске.

## Дополнительные задачи после тяжёлого заболевания

### После сепсиса и гемолитико-уремического синдрома

КР по сепсису предусматривает диспансерное наблюдение детей и подростков с осложнениями или последствиями, перешедшими в хроническое заболевание либо функциональное расстройство. В индивидуальной записи полезно сохранить сведения о стационарном эпизоде и сформулировать вопрос следующему специалисту; единый календарь контроля «после септической сыпи» из данного положения не следует. [41]

После STEC-ГУС динамическое наблюдение направлено на функцию почек, регресс экстраренальных проявлений и коррекцию сохраняющихся нарушений. Исчезновение петехий поэтому не является достаточным описанием исхода. Детский нефрологический план имеет собственные задачи; график наблюдения при другой причине тромбоцитопении из него не выводится. [51]

### При врождённом буллёзном эпидермолизе

Наблюдение ребёнка с буллёзным эпидермолизом включает проблемы за пределами видимых пузырей. КР предусматривает участие офтальмолога в профильном ведении ВБЭ; конкретные показания к консультации уточняют в профильном плане. Динамическая оценка нутритивного статуса включает антропометрические и лабораторные показатели. Содержание визита должно соотноситься с этими задачами, а не только с количеством свежих элементов. [37]

## Наблюдение после Кавасаки, MIS-C и ССД/ТЭН

После болезни Кавасаки план при выписке включает повторную ЭхоКГ. Для преемственности важно сохранить не только результат первоначального исследования, но и последующий кардиологический план: нормальная ранняя ЭхоКГ не исключает заболевание. Единый график для всех клинических вариантов из этих положений не выводится. [60]

После MIS-C с сердечными проявлениями CDC обычно рекомендует кардиологическое наблюдение с повторной ЭхоКГ. В этом сердечном контексте интенсивную физическую нагрузку и спорт, как правило, ограничивают до разрешения кардиолога. Это положение связано с конкретным сердечным контекстом перенесённого MIS-C и не относится автоматически к каждому ребёнку после вирусной экзантемы. [32]

После ССД/ТЭН возможны поздние органные осложнения, включая глазные и дыхательные. BAD отмечает необходимость профильной оценки выявленных нарушений, в том числе после выписки. Поэтому заживление кожных элементов и завершение наблюдения не являются одним событием. Передаваемый план должен отражать перенесённое органное поражение и вопросы соответствующим специалистам; всеобщее одинаковое обследование из этого описания не следует. [59]

## Повторное обращение при HFMD и после анафилаксии

При HFMD медицинская оценка требуется, если ребёнок не может достаточно пить и возникает опасение обезвоживания. Такой ориентир позволяет семье назвать конкретную причину повторного обращения, не заменяя осмотр домашним диагнозом. [64]

Факторы риска двухфазной реакции RCUK разобраны в разделе 3.4. Они дополняют стационарное наблюдение после анафилаксии; вопрос выписки решают по применимому клиническому протоколу. [58] [55]

## Как согласовать план между врачами

Практически полезная запись плана разделяет цель контроля, исполнителя и основание для внеплановой оценки. Такой порядок помогает передать клинический план. Например, при IgA-васкулите целью является выявление нефрита, при неонатальном HSV — оценка, в том числе, офтальмологических и неврологических последствий, а при DRESS — продолжающееся клинико-лабораторное наблюдение и поиск отдалённых осложнений. Срок из одного такого плана не становится сроком другого. [35] [47] [56]

В выписке или амбулаторной записи желательно явно обозначать, какой вопрос ещё не решён и кому он передан. Когда диагноз при петехиях/пурпуре остаётся неопределённым или требуется организовать дальнейшее наблюдение, RCH предлагает рассмотреть консультацию педиатрической команды. Запись «наблюдение» без уточнения задачи не заменяет такого согласования. [1]

Готовые интервалы контроля при ИТП, универсальные критерии допуска в коллектив и общий график для IgA-нефропатии в этой редакции не предлагаются. Их отсутствие не восполняется переносом графика IgA-васкулита или правил ведения ОРВИ.

## Как разделить клиническое выздоровление и допуск

При конкретном обращении врач сверяет действующий российский документ и его условия: заболевание, отсчёт срока, клиническое выздоровление, необходимые мероприятия в очаге и документ о допуске. Если эти сведения не подтверждены, в справочной части не подставляют иностранный срок. Для чесотки сохранённая КР связывает допуск с завершением лечебно-профилактических мероприятий и справкой врача; этот пример не обобщается на другие инфекции. [4]

# 13. Учебные схемы клинического рассуждения

Схемы показывают, как наблюдение связано со следующим клиническим вопросом. Они не прошли независимой клинической валидации, не являются исчерпывающими алгоритмами и не задают критериев безопасной выписки. В каждом блоке сначала прочитайте клинический вопрос, затем сопоставьте три ситуации и определите, какая меняет следующую оценку. Пункты описывают разные клинические контексты и не означают, что ребёнок должен последовательно пройти три диагноза. Открытые условия не превращены в отрицательные ветви.

## 13.1. Первичный осмотр ребёнка с сыпью

**Клинический вопрос.** Что требует действия до уточнения названия дерматоза?

1. Нарушения поведения, дыхания или кровообращения при предполагаемой инфекции. Перейти к оценке сепсиса и срочности помощи; лабораторный план не должен задерживать госпитализацию. [41]

2. Возраст и распределение при зудящем дерматозе. Уточнить течение и атопический анамнез; сопоставить с возрастной картиной АД. [2]

3. Неопределённый диагноз при петехиях/пурпуре. Рассмотреть консультацию педиатрической команды для оценки и организации наблюдения. [1]

**Опасные альтернативы.** Сепсис, анафилаксия, неонатальная инфекция. [41] [55] [47]

**Граница применения.** Универсальный набор витальных показателей, полнота общего осмотра и условия амбулаторного решения не определяются этой схемой.

## 13.2. Выявление неотложных состояний

**Клинический вопрос.** Какое опасное состояние определяет уровень помощи?

1. Подозрение на генерализованную менингококковую инфекцию. Организовать экстренную госпитализацию с возможностью интенсивной терапии. [9]

2. Клиническое подозрение на анафилаксию. Немедленная помощь по действующему протоколу и вызов экстренной команды. [55]

3. Диссеминированное герпетическое осложнение АД с лихорадкой и тяжёлой интоксикацией. Госпитализация в стационар с боксированным отделением; при периорбитальном герпетическом поражении — срочная офтальмологическая оценка. [2] [52]

**Опасные альтернативы.** Тяжёлая инфекция, анафилаксия, герпетическое осложнение и тяжёлая лекарственная реакция. [9] [55] [2] [59]

**Граница применения.** Не составлены единая реанимационная схема и полный перечень исключений; отсутствие перечисленного признака не разрешает выписку.

## 13.3. Лихорадка и сыпь

**Клинический вопрос.** Объясняет ли кожная гипотеза общее состояние?

1. Лихорадка с петехиями или пурпурой. Безотлагательная оценка опытным клиницистом. [1]

2. Катаральный продром и этапное распространение сыпи. Рассмотреть корь, уточнить подтверждение и тяжесть; рисунок не является отрицательным тестом альтернатив. [7]

3. Сыпь после нормализации температуры в подходящем контексте. Сопоставить с розеолой; наблюдательная последовательность не доказывает безопасность младенца. [22] [62]

**Опасные альтернативы.** Менингококковая инфекция, MIS-C и DRESS. [9] [31] [56]

**Граница применения.** Не определены универсальные периоды ожидания, чувствительность признаков и безопасное амбулаторное решение.

## 13.4. Везикулёзные высыпания

**Клинический вопрос.** Как возраст и динамика изменяют значение пузырька?

1. Пятна, папулы, везикулы и корочки в зудящем процессе. Сопоставить с типичной ветряной оспой; прививка допускает прорывную форму. [38]

2. Неонатальные сгруппированные везикулы или системное подозрение на HSV. Профильный стационарный маршрут; отсутствие ранних элементов не исключает инфекцию. [26] [47]

3. Пузырный процесс с болезненностью, мукозитом или отслойкой. Рассмотреть ССД/ТЭН и профильный уровень помощи, сопоставить с SSSS. [59]

**Опасные альтернативы.** Неонатальный HSV, ССД/ТЭН и SSSS. [47] [59] [3]

**Граница применения.** Не установлены окончательные признаки разграничения всех пузырных болезней и детские противовирусные режимы.

## 13.5. Пятнисто-папулёзные высыпания

**Клинический вопрос.** Как распределение и последовательность помогают построить дифференциальный ряд?

1. Этапность от лица с катаральными проявлениями. Коревая гипотеза и направленное лабораторное подтверждение. [7] [66]

2. Эритема щёк и сетчатая динамика. Сопоставить с B19 и уточнить гемолитическое заболевание или иммунодефицит. [27] [67]

3. Лихорадка, сыпь и подозрение на органное поражение после лекарства. Рассмотреть DRESS и профильную оценку. [56]

**Опасные альтернативы.** Менингококковое неблагополучие или системная лекарственная реакция. [9] [56]

**Граница применения.** Не задана вероятность диагноза по рисунку; краснуха и другие вирусные/системные причины не исключаются отсутствием строки.

## 13.6. Зудящая сыпь без лихорадки

**Клинический вопрос.** Как связать характер зуда с морфологией и контактами?

1. Вечерне-ночной зуд и соответствующий контактный контекст. Рассмотреть чесотку и клинико-эпидемиологическое подтверждение. [4]

2. Рецидивирующий зудящий дерматит с возрастной топографией. Уточнить АД, течение и необходимость профильного плана. [2]

3. Временная связь с местным воздействием. Сопоставить раздражительный и аллергический контактный дерматит. [17]

**Опасные альтернативы.** Герпетическое осложнение АД; системная реакция при волдырях. [2] [55]

**Граница применения.** Не установлено универсальное обследование зуда; отсутствие температуры не закрывает инфекционные и системные альтернативы.

## 13.7. Петехии и пурпура

**Клинический вопрос.** Что определяет срочность и органный поиск?

1. Выраженное нарушение состояния с петехиями/пурпурой. Срочная помощь; серьёзная бактериальная инфекция возможна и без лихорадки. [1]

2. Клинически значимое кровотечение в контексте ИТП. Экстренная госпитализация независимо от длительности болезни. [19]

3. Установленный IgAV с новой гематурией или протеинурией, повышением артериального давления либо снижением функции почек. Оценить нефрит; тяжёлые органные проявления требуют профильной консультации. [12] [35]

**Опасные альтернативы.** Серьёзная инфекция, ИТП с кровотечением, ГУС. [1] [19] [51]

**Граница применения.** Эта учебная последовательность не задаёт универсального лабораторного порога для любой пурпуры. При впервые диагностированной ИТП количество тромбоцитов менее 30 × $10^9$/л отдельно является показанием к экстренной госпитализации (раздел 9.1). Механический анамнез не является разрешением домашнего наблюдения. [19]

## 13.8. Сыпь у новорождённого

**Клинический вопрос.** Есть ли основания инфекционного или геморрагического подозрения?

1. Петехии у новорождённого. Безотлагательная оценка старшим клиницистом. [1]

2. Подозрение на врождённый HSV, в том числе без ранних пузырьков. Немедленная стационарная эмпирическая терапия ацикловиром внутривенно, до лабораторного подтверждения; забор материала не должен задерживать лечение. [75] [47]

3. Типичная последовательность пустул и пигментированных следов при клинически распознанном меланозе. Рассмотреть саморазрешающийся дерматоз; этот фрагмент не исключает инфекцию у любого ребёнка. [26]

**Опасные альтернативы.** HSV, перинатальная инфекция, омфалит. [47] [48] [25]

**Граница применения.** Не создан домашний способ исключить HSV/сепсис; доброкачественный внешний признак недостаточен для завершения оценки.

## 13.9. Диагностика ветряной оспы

**Клинический вопрос.** Достаточна ли типичная картина и нет ли контекста осложнений?

1. Типичная зудящая последовательность элементов. Рассмотреть клиническую диагностику с сохранением альтернатив. [38]

2. Прививка или ослабленный иммунитет с изменённой картиной. Обсудить необходимость лабораторного подтверждения. [38]

3. Первый год жизни, ослабленный иммунитет или предполагаемые осложнения. Уточнить тяжесть и профильный маршрут, не выводя его из общей справки как готовое правило. [38]

**Опасные альтернативы.** Неонатальный HSV и осложнения VZV. [47] [38]

**Граница применения.** Не завершены индивидуальные детские противовирусные режимы и нормативный допуск РФ.

## 13.10. Дифференциальная диагностика кори и других экзантем

**Клинический вопрос.** Есть ли основания коревой гипотезы и как подтвердить её?

1. Продром и этапная сыпь. Сохранить последовательность и направить этиологическое подтверждение. [7]

2. Тяжёлое течение, неврологическое осложнение или неотложное состояние. Оценка анестезиологом-реаниматологом для решения об ОРИТ. [7]

3. Мелкая сыпь и лимфаденопатия с альтернативой краснухи. Не считать клиническое сходство доказательством; подтверждение имеет самостоятельную задачу. [33] [30]

**Опасные альтернативы.** Генерализованная инфекция, Кавасаки и MIS-C. [9] [60] [31]

**Граница применения.** Не объединены иностранные лабораторные и российские санитарные правила; отсутствие типичной сыпи у иммунокомпрометированного не исключает корь.

## 13.11. Атопический и контактный дерматит

**Клинический вопрос.** Как течение и воздействие меняют рабочую гипотезу?

1. Возрастная топография и хронические рецидивы. Проверить клинические критерии АД и профильный план. [2]

2. Непосредственное раздражение или связь с повторным контактом. Уточнить конкретный агент и элиминационные мероприятия. [17]

3. Диссеминированный герпетический процесс на фоне АД с лихорадкой и тяжёлой интоксикацией. Прервать обычный амбулаторный план и организовать стационарную помощь. [2] [52]

**Опасные альтернативы.** Герпетическое осложнение и вторичная инфекция. [2] [6]

**Граница применения.** Не восстановлены полные условия накожных проб, схемы наружных средств и универсальные критерии ответа.

## 13.12. Крапивница и ангиоотёк

**Клинический вопрос.** Локальный кожный синдром или системная опасность?

1. Быстрое системное нарушение дыхания или гемодинамики в контексте реакции. Рассмотреть анафилаксию и немедленную помощь. [55]

2. Тяжёлая острая крапивница или риск асфиксии при отёке гортани. Госпитализация; обеспечение дыхательных путей относится к экстренной команде. [8]

3. Контролируемая хроническая спонтанная крапивница. Рассмотреть педиатрическое наблюдение и регулярный принцип терапии, сохраняя возрастную проверку. [8]

**Граница применения.** Здесь не определены ступени повышения доз, универсальные сроки наблюдения и разрешение выписки после анафилаксии.

## 13.13. Бактериальные инфекции кожи

**Клинический вопрос.** Поверхностный, глубокий или системный процесс?

1. Пустула вокруг волоса, пузырь с эрозией либо язва под коркой. Разделить фолликулит, импетиго и эктиму по наблюдаемой форме. [3]

2. Распространение, глубина, общие явления или неэффективность наружной помощи. Рассмотреть системную тактику и профильное направление. [3]

3. Гнойный панариций либо его глубокая/осложнённая форма. Детская хирургическая помощь; при глубокой форме или осложнениях — стационар. [53]

**Опасные альтернативы.** SSSS, глубокая инфекция и септическое состояние. [3] [41]

**Граница применения.** Нет готовой схемы антибиотика по одной морфологии; посев и чувствительность имеют самостоятельные показания.

## 13.14. Грибковые и паразитарные поражения

**Клинический вопрос.** Какое исследование отвечает предполагаемому возбудителю?

1. Клиническое подозрение на дерматофитию. Микологическое подтверждение; при отрицательной микроскопии в подходящих условиях — культура. [13]

2. Поражение волос или нагноительная форма. Профильный дерматовенерологический маршрут и оценка условий стационара. [13]

3. Предполагаемая чесотка. Клинико-эпидемиологическая оценка и соскоб; при установленной ситуации — одновременная работа с контактами. [4]

**Опасные альтернативы.** Нагноительная дерматофития, системное инфекционное неблагополучие. [13] [41]

**Граница применения.** Возрастные лекарственные условия проверяют отдельно. При разноцветном лишае отсутствие свечения под лампой Вуда само по себе не исключает заболевание; при чесотке парность элементов не является диагностическим симптомом.

## 13.15. Лекарственная сыпь

**Клинический вопрос.** Как разграничить причинную гипотезу и тяжесть реакции?

1. Волдыри/ангиоотёк без установленного системного синдрома. Оценить крапивницу и подозреваемое лекарство; системную опасность рассматривать отдельно. [8] [55]

2. Лихорадка, сыпь и органное подозрение. Рассмотреть DRESS, поиск органных нарушений и госпитализацию. [56]

3. Болезненная пузырная сыпь или мукозит с подозрением на ССД/ТЭН. Отмена потенциального триггера и профильная помощь с офтальмологом. [59]

**Граница применения.** При предполагаемом DRESS EAACI не рекомендует лекарственные провокационные тесты с высоко подозреваемыми причинными и перекрёстно реагирующими препаратами. Другие методы уточнения лекарственной гиперчувствительности эта учебная последовательность не назначает; одного совпадения во времени недостаточно для установления причинности. [56]

## 13.16. Показания к лабораторной диагностике

**Клинический вопрос.** Как результат изменит решение и не создаст ли задержку?

1. Типичная атопическая экзема в контексте руководства RCH, без отдельного осложняющего вопроса. Обычно исследования не требуются. [52]

2. Подозрение на вторичную инфекцию экземы или на дерматофитию. Назначить исследование под задачу: культура/чувствительность либо микология. [6] [13]

3. Предполагаемый сепсис. Клиническая оценка первична; догоспитальные исследования не должны задерживать стационар. [41]

**Опасные альтернативы.** Сепсис и органное поражение при DRESS. [41] [56]

**Граница применения.** Универсального набора анализов нет; лабораторные пороги и возрастные исключения требуют профильного подтверждения.

## 13.17. Выбор лечебной тактики

**Клинический вопрос.** Какова цель вмешательства и где оно должно выполняться?

1. АД с потребностью в уходе и контроле воспаления. Разделить барьерный уход и противовоспалительную задачу. [2]

2. Пиодермия с глубиной/распространением или общими явлениями. Обсудить системный подход и профильный маршрут. [3]

3. Обоснованное подозрение на неонатальный HSV. Немедленная стационарная эмпирическая терапия ацикловиром внутривенно, до лабораторного подтверждения; забор материала не должен задерживать лечение. [75] [47]

**Опасные альтернативы.** Анафилаксия, сепсис и неонатальный HSV. [55] [41] [47]

**Граница применения.** Схема помогает выбрать лечебную задачу; конкретный препарат, форму и режим определяют отдельно.

## 13.18. Маршрутизация и контроль лечения

**Клинический вопрос.** Какая задача и кому передаётся дальше?

1. Предполагаемый сепсис или генерализованная менингококковая инфекция. Экстренный стационарный маршрут. [41] [9]

2. Установленный IgAV. План выявления нефрита, отдельный от кожного улучшения. [35] [12]

3. Выписка после Кавасаки либо MIS-C с сердечными проявлениями. Согласованный кардиологический план с повторной ЭхоКГ; интенсивную физическую нагрузку и спорт после MIS-C с сердечными проявлениями, как правило, ограничивают до разрешения кардиолога. [60] [32]

**Опасные альтернативы.** Генерализованная инфекция и отложенное органное осложнение. [9] [12] [59]

**Граница применения.** Не установлено единое правило контрольного срока или допуска в коллектив; условия незапланированного обращения индивидуальны.

# 14. Морфологические схемы и клиническое описание

Отдельные клинические наблюдения: клинически предполагаемая ветряная оспа у школьника, сыпь у ребёнка с сероконверсией к VZV, дерматит на первом году жизни после трансплантации. Эти наблюдения имеют ограничения, указанные в подписях. Фотографии дополняют изложение и не охватывают все заболевания и варианты их проявлений.

В подборку включены также: HFMD — подошва, позднее шелушение ладоней, импетиго, крапивница у дошкольника, крапивница в раннем возрасте, атипичный неонатальный меланоз, его последующая картина, сливная пурпура, геморрагические пузыри при IgA-васкулите. В подборке отсутствуют изображения типичных вирусных экзантем, неосложнённого младенческого атопического дерматита, небуллёзного импетиго и дерматофитии гладкой кожи.

Клинические фотографии расположены в нозологических разделах: SSSS, дерматофития волосистой части головы, разноцветный лишай, чесотка, атопический дерматит, контактный дерматит, DRESS, ССД/ТЭН, многоформная эритема, неонатальная ветряная оспа, болезнь Кавасаки. Они показывают отдельные клинические наблюдения; семь условных схем этой главы сохраняют общее морфологическое назначение.

## 14.1. Как читать учебную схему

Рисунки этой главы показывают термины, соотношение поверхности и глубины, топографию и последовательность описания. Это авторские схематические макеты, а не фотографии пациентов; они не проходили независимой медицинской проверки. Цвета условны, изображения не передают варианты тона кожи и не предназначены для измерения элемента. Определения и клинический контекст следует читать вместе с подписью.

Изображение помогает заметить форму, но не заменяет пальпации, анамнеза и оценки ребёнка. Пальпируемость входит в определения папулы, бляшки и узла; преходящесть — в описание волдыря. Эти свойства нельзя надёжно восстановить по одному неподвижному виду. [57]

## 14.2. Элементы без жидкостного содержимого

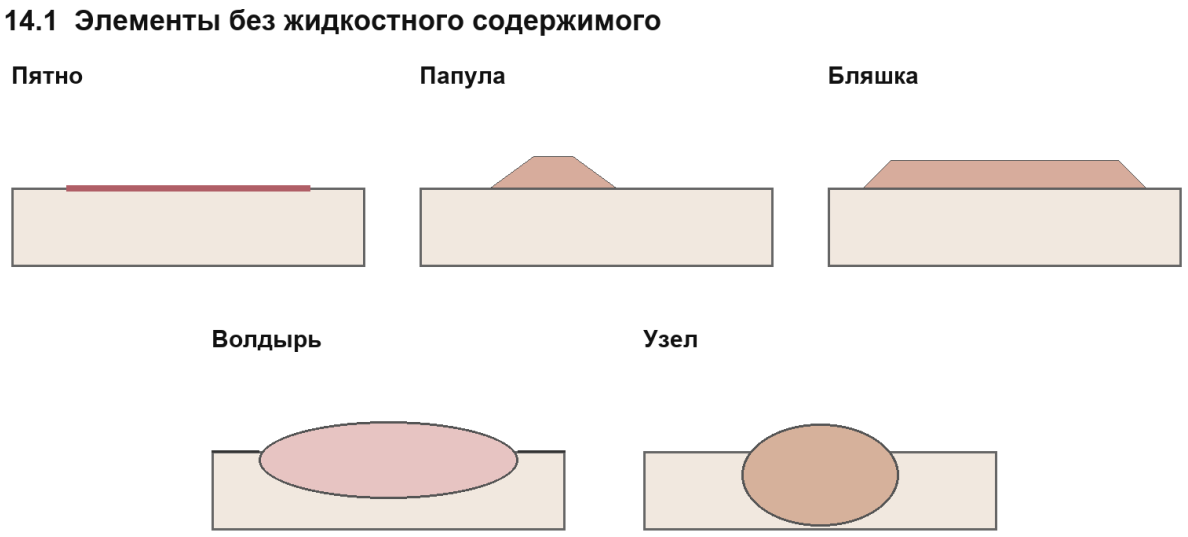



Рисунок 14.1. Условные профили пятна, папулы, бляшки, волдыря и узла. Пятно меняет цвет без возвышения; папула и бляшка — пальпируемые элементы, различающиеся в выбранном словаре размером; узел преимущественно затрагивает дерму или подкожную клетчатку. Волдырь связан с отёком дермы и преходящим течением. Размеры на рисунке не являются масштабом: границы словаря приведены в главе 1. [57]

В клинической записи к названию добавляют измеренный размер, поверхность и распределение. Плотный папулёзный элемент не становится определённой нозологией только потому, что напоминает одну из фигур. Например, при моллюске важны центральное пупковидное углубление и общий клинический контекст. [14]

## 14.3. Жидкостные и гнойные элементы




Рисунок 14.2. Условные профили везикулы, пузыря и пустулы. Везикула и пузырь — ограниченные жидкостные элементы, в словаре ILDS различающиеся границей 1 см; пустула содержит гной. Схема не показывает обязательный анатомический уровень каждого пузыря и не указывает возбудителя. [57]

Название пустулы не устанавливает бактериальную причину: у новорождённых она встречается и в описании саморазрешающегося пустулёзного меланоза. При фолликулите связь с волосом или устьем фолликула даёт дополнительную информацию. Для интерпретации объединяют элемент, возраст, распределение и состояние ребёнка. [26] [3]

## 14.4. Дефект поверхности и глубина

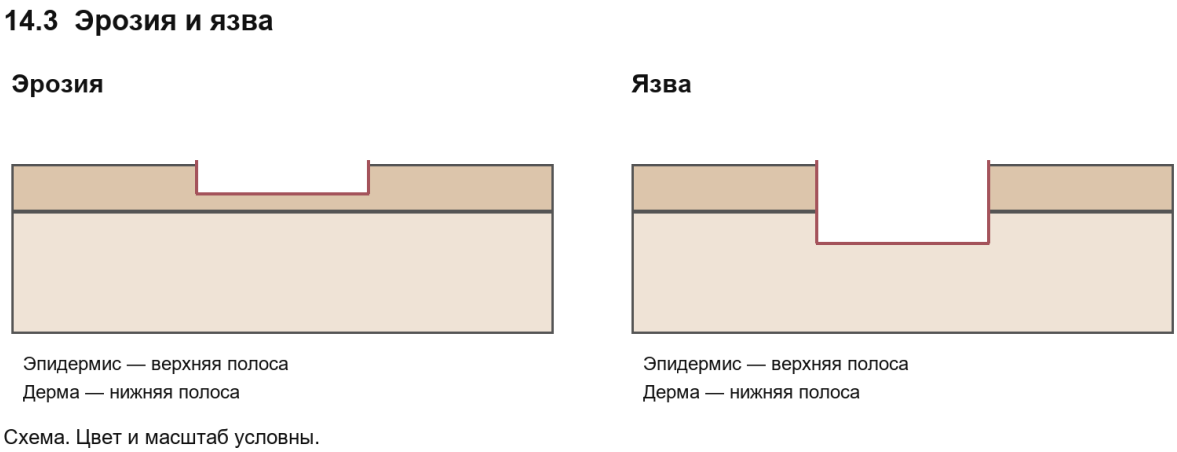



Рисунок 14.3. Различие эрозии и язвы по определению. Эрозия затрагивает часть или всю толщу эпидермиса; язва — весь эпидермис и по меньшей мере часть дермы. Условный профиль иллюстрирует термин и не заменяет оценки реальной глубины дефекта. [57]

Поверхностная эрозия после вскрытия пузыря и язвенное поражение при эктиме имеют разные исходные процессы. Поэтому при осмотре выясняют, что предшествовало дефекту, и описывают реально видимые края, поверхность и окружающую кожу. [3]

## 14.5. Поверхностные изменения и кровоизлияния

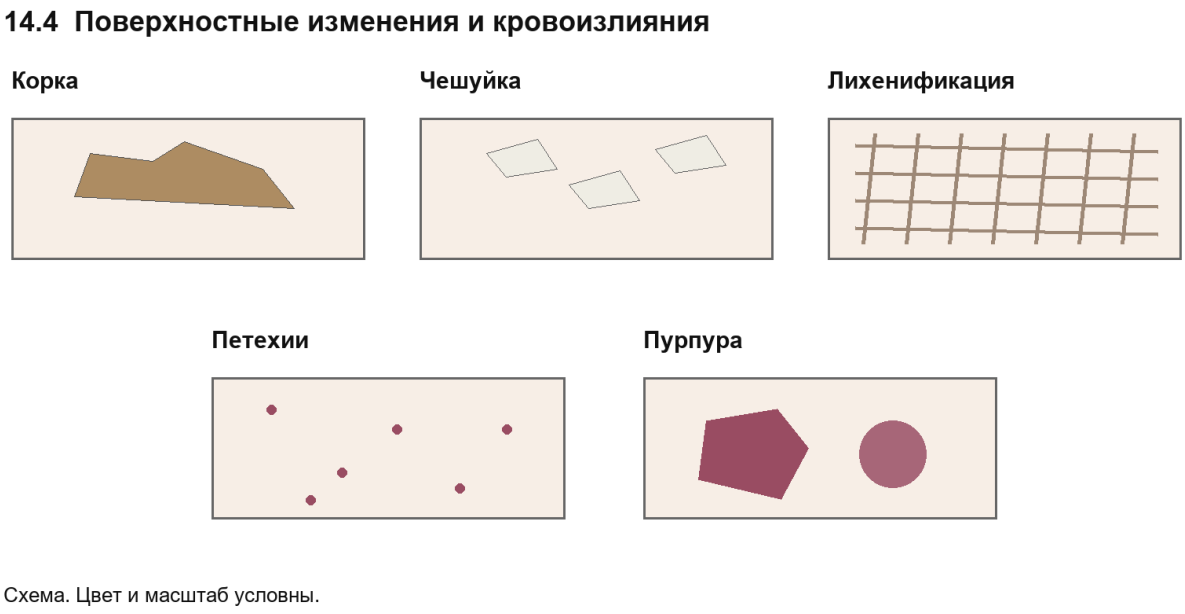



Рисунок 14.4. Корка, чешуйка и лихенификация показаны как разные изменения поверхности; петехии и пурпура — как условное обозначение кожных кровоизлияний. Цветовые пятна не воспроизводят клиническую фотографию, размер и оттенок не задают диагноза. Петехия — точечное кровоизлияние; пурпура — более общее название кровоизлияния в кожу. [57]

Кровоизлияние требует отдельной оценки опасности. Лихорадка с петехиями или пурпурой требует безотлагательного клинического осмотра; выраженное нарушение состояния — срочной помощи. Даже точное морфологическое название не отменяет этого решения. [1]

## 14.6. Топография зависит от возраста и контекста

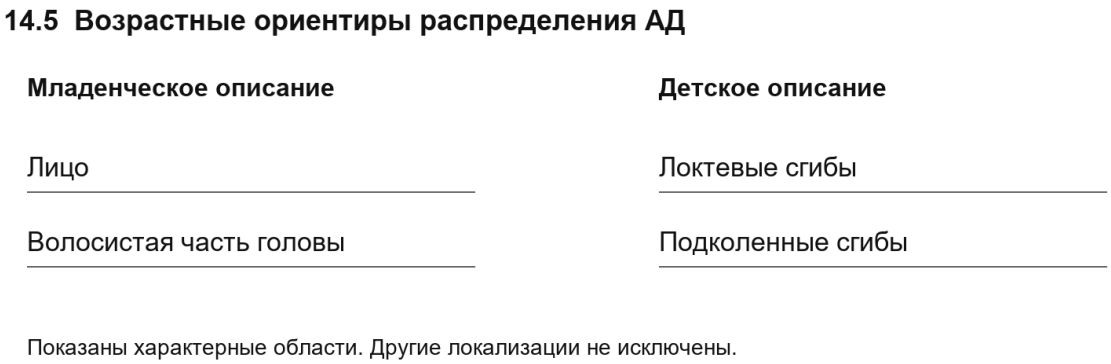



Рисунок 14.5. Сравнительная карта возрастных ориентиров АД: лицо и волосистая часть головы в младенческом описании, локтевые и подколенные сгибы в детском. Показаны отдельные характерные области, а не полный набор допустимых локализаций. Карта не является диагностическим тестом. [2]

Распределение соединяют с зудом, течением и анамнезом. Сходство локализации с картой не заменяет клинических критериев АД. Обследование и лечение разобраны в главах 7 и 11. [2]

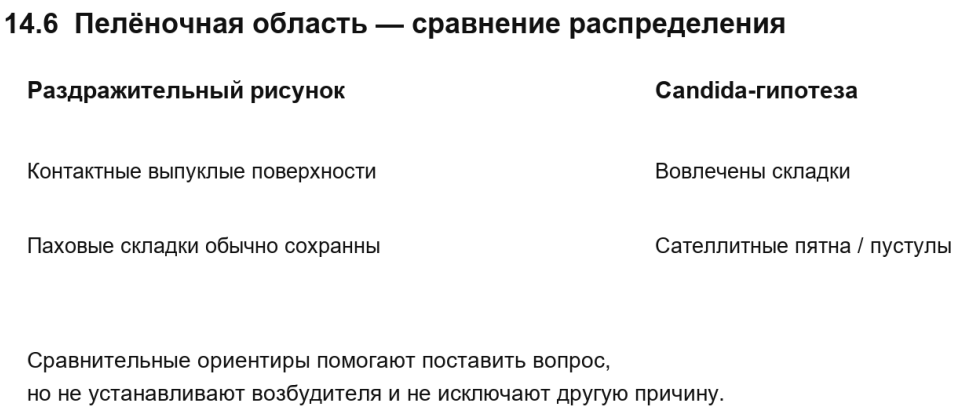



Рисунок 14.6. Текстовая карта пелёночной области: при типичном раздражительном рисунке поражены контактные выпуклые поверхности, паховые складки обычно сохранны; складки с сателлитными элементами поддерживают Candida-гипотезу. Это сравнительные ориентиры, а не правило установления возбудителя или исключения другого заболевания. [63]

## 14.7. Изменение элемента во времени

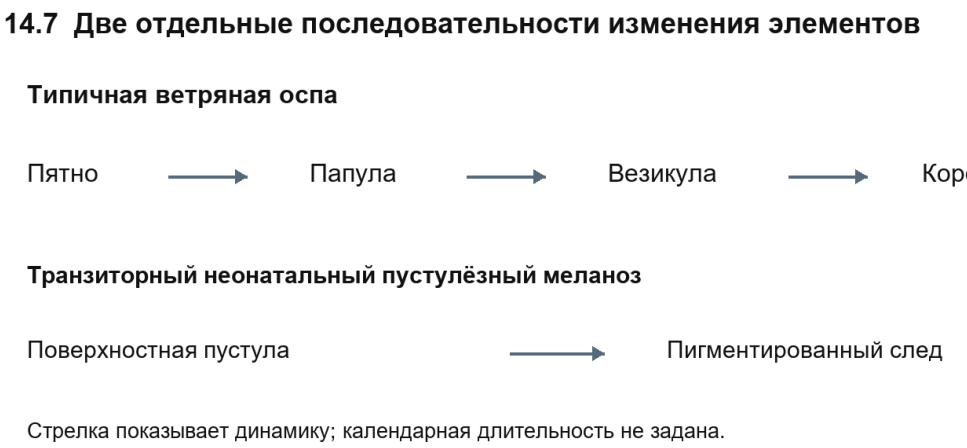



Рисунок 14.7. Две самостоятельные последовательности: пятно, папула, везикула и корочка в типичном описании ветряной оспы; поверхностная пустула и последующий пигментированный след при транзиторном неонатальном пустулёзном меланозе. Стрелки показывают описанную динамику и не обозначают одинаковую скорость, обязательность всех стадий на одном осмотре или переход одного заболевания в другое. [38] [26]

При записи отделяют собственную находку от рассказа семьи. Если при осмотре осталась только эрозия или пигментированное пятно, предшествующий элемент описывают с указанием, откуда известны сведения. Это сохраняет клиническую последовательность, не создавая вымышленного наблюдения.

## 14.8. Предел изображения

Клинические фотографии размещены в нозологических разделах, указанных в навигации этой главы. Подборка иллюстрирует отдельные клинические ситуации и не охватывает все заболевания и варианты их проявлений. Происхождение снимков, авторство, лицензии и сведения об обработке приведены в разделе прав.

# 15. Справочные формы для приёма и передачи информации

## 15.1. Краткая запись кожного статуса

Кожный статус сохраняет то, что врач наблюдал лично, и отдельно — сведения семьи о начале болезни. Полная морфологическая форма находится в главе 1. Для краткой записи удобно последовательно указать возраст, время начала, исходный и текущий элемент, распределение, поверхность, жалобы и динамику. Неосмотренное или неизвестное обозначают прямо.

Дата и возраст. Время начала болезни и первого элемента.
Элемент сейчас: тип, измеренный размер, цвет, границы, поверхность.
Пальпируемость, болезненность, связь с волосом или фолликулом.
Распределение и сохранные области. Слизистые, волосы и ногти.
Зуд и боль. Изменение элементов со времени начала.
Исходный элемент: наблюдался лично / известен со слов / неизвестен.
Общее состояние и системные проявления — отдельным описанием.

Эта форма организует наблюдение и не является диагностической шкалой. Нельзя заполнить отсутствующую находку по сходству с рисунком или прежним диагнозом.

## 15.2. Вопрос исследования

Назначение становится понятнее, когда рядом с названием исследования указан вопрос. При дерматофитии это подтверждение возбудителя; при отдельных пиодермиях — этиология и чувствительность; при IgA-васкулите — выявление нефрита. Одно исследование не заменяет другое, а результат интерпретируют в той области, для которой он получен. [13] [3] [35]

| Клинический вопрос | Исследование в своей области | Что сохраняют в записи |
|---|---|---|
| Подтверждение дерматофитии гладкой кожи | Микроскопия соскоба [13] | Локализация, материал и клиническая гипотеза |
| Этиология гнойного очага по показаниям | Культуральное исследование; чувствительность [3] | Место забора и задача терапии |
| Стрептококковая гипотеза при ОТФ старше трёх лет | Антигенный тест; при недоступности или отрицательном результате — посев в области российской КР [50] | Возраст, синдром, метод и результат |
| Наблюдение при установленном IgAV | Регулярный мочевой контроль по профильному плану [35] | Задача выявления нефрита и ответственный врач |

При подозрении на сепсис догоспитальный лабораторный план не должен задерживать госпитализацию. Поэтому диагностическая ценность и место исследования в организации помощи рассматриваются вместе. [41]

## 15.3. Передача пациента следующей команде

При передаче важны причина срочности, наблюдаемое состояние, рабочая гипотеза и выполненная помощь. В сохранённой редакции санитарного документа для направлений при кори и краснухе перечислены начальные симптомы, лечение, прививки и эпидемиологический анамнез. Общая форма ниже дополняется требованиями применимого направления. [33]

Возраст и актуальная клиническая ситуация.
Причина и срочность передачи; принимающая команда или специалист.
Временная линия симптомов, включая ухудшение.
Что наблюдалось лично; что известно со слов семьи.
Общее состояние, кожа, слизистые и системные проявления.
Рабочая гипотеза, существенные альтернативы и нерешённый вопрос.
Материалы и результаты исследований с датой и временем.
Фактически выполненная помощь и ответ.
Лекарства: название, форма, реально введённое количество, путь и время.
Задача следующего этапа; информация, переданная семье.

Фактически введённое средство записывают по подтверждённым данным. Неизвестные дозу, форму или время не восстанавливают предположением. Запись передаёт фактически выполненную помощь; решение о маршруте оформляют отдельно.

## 15.4. Индивидуальное объяснение семье

Сначала называют клиническую ситуацию и текущий план. Далее обсуждают действия семьи, цель контроля и основание обращения раньше назначенного визита. При АД это домашний план ухода и действий при обострении; при HFMD — внимание к достаточному питью; после неонатальной HSV-инфекции — специальные сведения для наблюдения после выписки. [52] [64] [47]

Объяснение доброкачественного саморазрешения токсической эритемы относится к распознанному типичному состоянию. Оно не заменяет разговора о новой оценке при иной картине. При петехиях и пурпуре семье объясняют необходимость повторного обращения при ухудшении или сохраняющемся беспокойстве. [26] [1]

## 15.5. Быстрый поиск опасной ситуации

При лихорадке с петехиями или пурпурой нужна безотлагательная клиническая оценка, при выраженном нарушении состояния — срочная помощь. Новорождённого с петехиями безотлагательно оценивает старший клиницист. Подробное обсуждение находится в главах 2, 3 и 9. [1]

Анафилаксия требует немедленной помощи; предполагаемый сепсис — экстренного стационарного маршрута без задержки на догоспитальные исследования. Подозрение на неонатальный HSV и признаки омфалита имеют собственные стационарные маршруты. [55] [41] [47] [25]

Болезненная отслойка и мукозит при предполагаемом ССД/ТЭН, органное подозрение при DRESS, клинически значимое кровотечение при ИТП и признаки микроангиопатии на фоне ЖКТ-симптомов требуют соответствующей срочной профильной помощи. Перечень не исчерпывает всех опасных состояний. [59] [56] [19] [51]

## 15.6. Навигация по задаче

| Задача | Разделы книги |
|---|---|
| Назвать и описать элемент | Глава 1; рисунки 14.1–14.4 |
| Оценить состояние и возрастной контекст | Главы 2 и 3 |
| Разобрать предполагаемое заболевание | Главы 4–9 |
| Сравнить сходные синдромы | Глава 10, таблицы DT-01–DT-14 |
| Выбрать лечебную цель и контроль | Глава 11 |
| Организовать дальнейшее наблюдение | Глава 12 |
| Проследить последовательность вопросов | Глава 13 |
| Найти источник или термин | Библиография и предметный указатель |

# Источники и права использования иллюстраций

Семь морфологических схем главы 14 — авторские учебные рисунки Константина Андреевича Волоцкого. Клинические фотографии показывают отдельные опубликованные наблюдения и имеют собственных авторов и условия использования. Авторство пособия не означает авторства этих фотографий.

Клинические изображения используются на условиях CC BY 4.0; два фрагмента исследования HFMD — CC BY 2.0 с указанием авторов, первоисточника, ссылки на лицензию и факта обрезки. Эти лицензии допускают коммерческое использование и адаптацию при соблюдении условий атрибуции. Они не означают одобрения пособия авторами фотографий или издателями и не предоставляют сами по себе прав на личность пациента. Для включённых фрагментов проверены опубликованные сведения о согласии и отсутствие явных идентификаторов в выбранных фрагментах; новые персональные сведения не добавлены.

Ссылки ниже относятся к происхождению изображений и не изменяют нумерацию 75 медицинских библиографических источников. Цветная версия предпочтительна: серая проба не сохраняет клинически важные различия оттенков. Физическая печатная проба не выполнялась.

Включённые фотографии сверены с клиническим контекстом и опубликованными заявлениями о согласии. Подписанные формы не просматривались. В наблюдении неонатального меланоза подписант не назван; в исследовании HFMD прямо документированы согласие представителей на исследование и согласие на фотографирование, отдельное разрешение на повторную публикацию не приведено. Это документарная оценка области использования, не независимое правовое заключение.

В подборку входят два детских наблюдения сыпи в контексте ветряной оспы и локальное поле дерматита у ребёнка первого года жизни после трансплантации. В школьном случае ветряная оспа предполагалась клинически без лабораторного подтверждения; в другом наблюдении описана сероконверсия к VZV. Согласие на публикацию документировано заявлениями родителей/представителей; подписанные формы не просматривались.

## Рисунок 3.1 — Стафилококковый синдром обожжённой кожи

Авторы: Giovanni Lorenzin, Maddalena Carlin, Claudio Scarparo, Mariachiara Cardellini, Francesca Tota, Aldo Naselli. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS) in a Preterm Infant: Clinical Presentation and Role of Next-Generation Sequencing in Toxin Gene Identification—A Case Report. Публикация и исходный рисунок antibiotics-14-01017-f002. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2025 by the authors.

Фрагмент исходного рисунка: исключена левая часть с краем лица; без ретуши, изменения цвета или пропорций.

## Рисунок 4.1 — Полиморфная сыпь при клинически предполагаемой ветряной оспе

Авторы: Smaran Marupudi, Jared Hensley, Robert Vezzetti. Atypical High-Burden Breakthrough Varicella: A Diagnostic Pitfall in the Two-Dose Vaccine Era. Публикация, исходный рисунок FIG1. CC BY 4.0. Copyright © 2026, Marupudi et al.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 254 PPI

при ширине 65 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление; подписанные формы не просматривались. Отдельное согласие на это пособие не запрашивалось. Абсолютная анонимность не заявлена. После общей формулировки obtained or waived источник прямо уточняет, что письменное согласие на публикацию получено от родителей. Общая неоднозначная фраза не использована для отрицания этого прямого заявления. Выбран только участок спины без лица, маркировки и личных деталей.

## Рисунок 4.2 — Локальный вид сыпи у ребёнка с подтверждённой ветряной оспой

Авторы: Qinghong Meng, Bingsong Wang, Xianlai Zhang, Zhen Li, Wenjie Wang, Kaihu Yao. Case Report: Various Clinical Manifestations Caused by Varicella-Zoster Virus in a Family. Публикация, исходный рисунок F2. CC BY 4.0. Copyright © 2022 Meng, Wang, Zhang, Li, Wang and Yao.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 248 PPI при ширине 28 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление; подписанные формы не просматривались. Отдельное согласие на это пособие не запрашивалось. Абсолютная анонимность не заявлена. Источник прямо сообщает письменное согласие лиц и законных представителей/ближайших родственников несовершеннолетних на публикацию потенциально идентифицирующих изображений и данных. Выбрано только поле спины из панели B; лицо, тазовая область и посторонние детали за пределами кадра исключены.

## Рисунок 4.3 — Пузырные элементы на подошве при атипичном HFMD

Авторы: Wen-Chan Huang, Li-Min Huang, Chun-Yi Lu, Ai-Ling Cheng, Luan-Yin Chang. Atypical hand-foot-mouth disease in children: a hospital-based prospective cohort study. Публикация, исходный рисунок F2. CC BY 2.0. Copyright © 2013 Huang et al.; licensee BioMed Central Ltd.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 238 PPI при ширине 32 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Родители/опекуны дали письменное согласие на исследование; фотографирование прямо указано как выполненное с согласия. Отдельная формулировка о повторной публикации изображения в заявлении не приведена. В книгу отобраны только локальные поля подошвы и ладоней, без лица; это документарная оценка допустимой области, не правовое заключение.

## Рисунок 4.4 — Позднее шелушение ладоней после атипичного HFMD

Авторы: Wen-Chan Huang, Li-Min Huang, Chun-Yi Lu, Ai-Ling Cheng, Luan-Yin Chang. Atypical hand-foot-mouth disease in children: a hospital-based prospective cohort study. Публикация, исходный рисунок F2. CC BY 2.0. Copyright © 2013 Huang et al.; licensee BioMed Central Ltd.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 238 PPI при ширине 32 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная

анонимность не заявлена. Родители/опекуны дали письменное согласие на исследование; фотографирование прямо указано как выполненное с согласия. Отдельная формулировка о повторной публикации изображения в заявлении не приведена. В книгу отобраны только локальные поля подошвы и ладоней, без лица; это документарная оценка допустимой области, не правовое заключение.

## Рисунок 5.1 — Буллёзное импетиго после вскрытия элементов

Авторы: Domenico Umberto De Rose, Flaminia Pugnaloni, Ludovica Martini, Iliana Bersani, Maria Paola Ronchetti, Andrea Diociaiuti, May El Hachem, Andrea Dotta, Cinzia Auriti. Staphylococcal Infections and Neonatal Skin: Data from Literature and Suggestions for the Clinical Management from Four Challenging Patients. Публикация, исходный рисунок antibiotics-12-00632-f001. CC BY 4.0. © 2023 by the authors.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 247 PPI при ширине 55 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. В статье прямо указано письменное согласие родителей на данные и фотографии. Выбрано локальное околоротовое поле, глаза и нос не включены; часть губ остаётся клиническим ориентиром.

## Рисунок 6.1 — Дерматофития волосистой части головы

Авторы: Fa'iza Abdullah, CM Nor Azmi Hani Azmina, Che Abdul Rahim Abdul Rahman. 24-day-old newborn with tinea capitis: A case report. Публикация и исходный рисунок f1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © Academy of Family Physicians of Malaysia

Изображение воспроизведено полностью, без ретуши, изменения цвета или пропорций.

## Рисунок 6.2 — Разноцветный лишай у новорождённого

Авторы: Abdisalam Ahmed Sandeyl, Bahari Yusuf, Yasin Ahmed H. Abshir, Abdullahi Ahmed Omar, Abdurahman Hussein Muhumed, Enass Ahmed Abdulgadir. Early-Onset Neonatal Pityriasis Versicolor Associated With Maternal Infection: A Case Report From Uganda. Публикация и исходный рисунок ccr372762-fig-0002. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 The Author(s). published by John Wiley & Sons Ltd.

Изображение воспроизведено полностью, без ретуши, изменения цвета или пропорций.

## Рисунок 6.3 — Чесотка у младенца

Авторы: Qingqing Guo, Fangfang Bao, Zhen Li, Tongsheng Chu, Yuan Zhang, Hongqing Tian. Infantile scabies mimicking refractory eczema: a case report and review of the literature. Публикация и исходный рисунок fig1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2026 Guo, Bao, Li, Chu, Zhang and Tian.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 6.4 — Дерматоскопия при чесотке

Авторы: Qingqing Guo, Fangfang Bao, Zhen Li, Tongsheng Chu, Yuan Zhang, Hongqing Tian. Infantile scabies mimicking refractory eczema: a case report and review of the literature. Публикация и исходный рисунок fig2. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2026 Guo, Bao, Li, Chu, Zhang and Tian.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.1 — Атопический дерматит у ребёнка

Авторы: Hua-Jie Yan, Wei Dong, Yu-Nan Yang, Chun-Yun Zeng. Case Report: Multisystem response to dupilumab in a child with atopic dermatitis, asthma, eosinophilic esophagitis, and other gastrointestinal manifestations. Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 Yan, Dong, Yang and Zeng.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.2 — Атопический дерматит в подколенных областях

Авторы: Hua-Jie Yan, Wei Dong, Yu-Nan Yang, Chun-Yun Zeng. Case Report: Multisystem response to dupilumab in a child with atopic dermatitis, asthma, eosinophilic esophagitis, and other gastrointestinal manifestations. Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 Yan, Dong, Yang and Zeng.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.3 — Экзематозный дерматит у ребёнка первого года жизни после трансплантации

Авторы: Sheenagh J. K. Luijk, Cathryn J. Sibbald. Atopic dermatitis associated with systemic tacrolimus: Case report and review. Публикация, исходный рисунок fig1-2050313X251359030. CC BY 4.0. © The Author(s) 2025

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 244 PPI при ширине 25 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление; подписанные формы не просматривались. Отдельное согласие на это пособие не запрашивалось. Абсолютная анонимность не заявлена. Источник прямо сообщает письменное согласие законного представителя на публикацию сведений и изображений. Выбрано локальное поле туловища без лица, подгузника и интимных участков. Наличие согласия не доказывает типичность клинического случая.

## Рисунок 7.4 — Контактный дерматит в клиническом наблюдении

Авторы: Lu Zhang, Yu-Jie Wang, Yu-Han Ma, Guo-Dong Zhao, Bao-Xiang Zhang. Case Report: Systemic contact dermatitis caused by benzalkonium chloride in a family (a child and parents). Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2025 Zhang, Wang, Ma, Zhao and Zhang.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.5 — Уртикарные элементы у ребёнка дошкольного возраста

Авторы: Zhen-Li Wu, Yi-Siang Huang, Chien-Ting Chiang, Hong-Ren Yu. Rapid Clinical Response to Omalizumab Treatment in Pediatric Acute Urticaria Associated with Mycoplasma Infection: A Two-Case Report. Публикация, исходный рисунок pediatrrep-18-00002-f001. CC BY 4.0. © 2025 by the authors.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 228 PPI при ширине 28 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Родители/законные представители прямо дали письменное согласие на публикацию всех клинических данных и изображений. Использованы локальные поля ног; браслет и лишние детали исключены.

## Рисунок 7.6 — Кольцевидные и сливные уртикарные элементы у ребёнка раннего возраста

Авторы: Zhen-Li Wu, Yi-Siang Huang, Chien-Ting Chiang, Hong-Ren Yu. Rapid Clinical Response to Omalizumab Treatment in Pediatric Acute Urticaria Associated with Mycoplasma Infection: A Two-Case Report. Публикация, исходный рисунок pediatrrep-18-00002-f002. CC BY 4.0. © 2025 by the authors.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 249 PPI при ширине 55 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Родители/законные представители прямо дали письменное согласие на публикацию всех клинических данных и изображений. Использованы локальные поля ног; браслет и лишние детали исключены.

## Рисунок 7.7 — DRESS в опубликованном клиническом случае

Авторы: Lingmei Zhang, Siyu Lei, Daiyu Zhang, Feng Chen, Qian Wan, Hong Wang, Zhongjin Xu, Chongjun Wu. Case Report: Definite DRESS following phenobarbital exposure with secondary HLH and DAT-positive hemolysis during high-dose IVIG treatment in a child. Публикация и исходный рисунок f2. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2026 Zhang, Lei, Zhang, Chen, Wan, Wang, Xu and Wu.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.8 — Шелушение в динамике того же случая DRESS

Авторы: Lingmei Zhang, Siyu Lei, Daiyu Zhang, Feng Chen, Qian Wan, Hong Wang, Zhongjin Xu, Chongjun Wu. Case Report: Definite DRESS following phenobarbital exposure with secondary HLH and DAT-positive hemolysis during high-dose IVIG treatment in a child. Публикация и исходный рисунок f2. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2026 Zhang, Lei, Zhang, Chen, Wan, Wang, Xu and Wu.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.9 — Поражение кожи при перекрытии ССД и ТЭН

Авторы: Adnan Hadid, Lana A Shaiba, Mona Alkallabi, Khalid Nabil Nagshabandi, Nora Al-Saud, Rodhan Khaled Alnahdi, Layan Alsanad, Maee Barakeh, Naif Ahmed Alshehri, Khalid Faisal Alkahtani, Adel Abdulaziz Alsuhaibani, Abdulmalik Abdulaziz Alharbi. Case Report: Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis overlap with ocular and urogenital involvement in an extremely preterm infant following broad-spectrum antibiotic exposure. Публикация и исходный рисунок fig1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2026 Hadid, Shaiba, Alkallabi, Nagshabandi, Al-Saud, Alnahdi, Alsanad, Barakeh, Alshehri, Alkahtani, Alsuhaibani and Alharbi.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 7.10 — Многоформная эритема: передняя и задняя поверхности туловища

Авторы: Xiaomei Fan, Yong Luo, Jieluan Lu, Jinji Xu, Qing Chen, Huijuan Guo, Ping Jin. Erythema Multiforme Major Associated With Community-Acquired Pneumonia: Lessons From a Case Report. Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. Copyright © 2021 Fan, Luo, Lu, Xu, Chen, Guo and Jin.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 8.1 — Атипичный неонатальный пустулёзный меланоз в первые часы жизни

Авторы: Michelle Marie Boffa, Janine Borg, Marie-Claire Grech, David Pace, Simon Attard Montalto. Transient neonatal pustular melanosis: An unusual and challenging eruption. Публикация, исходный рисунок ccr38092-fig-0002. CC BY 4.0. © 2023 The Authors. Clinical Case Reports published by John Wiley & Sons Ltd.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 221 PPI при ширине 30 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Источник утвердительно сообщает письменное согласие на публикацию отчёта по политике журнала; использует слово patient, но не называет подписанта. Родительский статус подписанта не приписывается. Использованы только локальные поля туловища, лицо, браслет и интимные области исключены.

## Рисунок 8.2 — Эволюция элементов в том же неонатальном наблюдении

Авторы: Michelle Marie Boffa, Janine Borg, Marie-Claire Grech, David Pace, Simon Attard Montalto. Transient neonatal pustular melanosis: An unusual and challenging eruption. Публикация, исходный рисунок ccr38092-fig-0003. CC BY 4.0. © 2023 The Authors. Clinical Case Reports published by John Wiley & Sons Ltd.

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 254 PPI при ширине 36 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Источник утвердительно сообщает письменное согласие на публикацию отчёта по политике журнала; использует слово patient, но не называет подписанта. Родительский статус подписанта не приписывается. Использованы только локальные поля туловища, лицо, браслет и интимные области исключены.

## Рисунок 8.3 — Неонатальная ветряная оспа

Авторы: Lingxia Zhao, Yuqiong Ming, Lingkong Zeng, Minghui Yi, Xuwei Tao, Wenhao Yuan. Neonatal varicella complicated by Staphylococcus aureus lung abscess in a preterm infant: a case report. Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 Zhao, Ming, Zeng, Yi, Tao and Yuan.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 9.1 — Сливная пурпура нижних конечностей при IgA-васкулите

Авторы: Carmela Caputo, Concetto Sessa, Vittorio Serio, Federica Baciga, Luigi Annicchiarico Petruzzelli, Bruno Minale, Walter Morale, Alessandro Mantovani, Antonio Granata, Louise Oni, Matko Marlais, Gabriele Malgieri, Rukshana Shroff, Yuri Battaglia. NSAID-Induced Acute Interstitial Nephritis Concurrent With IgA Vasculitis: A Case-Based Systematic Review. Публикация, исходный рисунок Figure S1. CC BY 4.0. © 2026 The Authors

Фрагмент исходного рисунка. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 299 PPI при ширине 78 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Основная статья сообщает согласие родственника с соответствующими полномочиями; supplement p.1 дополнительно сообщает письменное согласие пациента на участие и публикацию. Кадр не содержит лица, маркировки или имени.

## Рисунок 9.2 — Переход к геморрагическим пузырям при IgA-васкулите

Авторы: Matthias Nothhaft, Joerg Klepper, Hermann Kneitz, Thomas Meyer, Henning Hamm, Henner Morbach. Hemorrhagic Bullous Henoch-Schönlein Purpura: Case Report and Review of the Literature. Публикация, исходный рисунок F1. CC BY 4.0. Copyright © 2019 Nothhaft, Klepper, Kneitz, Meyer, Hamm and Morbach.

Панель воспроизведена полностью. Цвет, пропорции и патологические детали внутри выбранного поля сохранены, ретуши и искусственного увеличения нет. Эффективное разрешение 240 PPI при ширине 82 мм; это ограничивает мелкую детализацию. Проверено опубликованное заявление, подписанный бланк не просматривался. Отдельное согласие на это пособие не получалось. Открытая лицензия сама по себе не решает вопросы личности; абсолютная анонимность не заявлена. Прямо указано письменное согласие родителей на публикацию клинического наблюдения; выбраны только ноги и стопы.

## Рисунок 9.3 — Кожная сыпь при болезни Кавасаки

Авторы: Réka Solyom, Daniela Toma, Lorena Elena Meliț, Zsuzsanna Erzsébet Papp, Zoltán Derzsi, Henrietta Dimén. Case Report: Complete Kawasaki disease in a 2-month-old infant without coronary involvement. Публикация и исходный рисунок F1. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 Solyom, Toma, Meliț, Papp, Derzsi and Dimén.

Фрагмент исходного рисунка; без ретуши. Из исходной панели использована только обозначенная в подписи часть; цвет, пропорции и морфология не изменялись.

## Рисунок 9.4 — Околоногтевое шелушение в том же случае

Авторы: Réka Solyom, Daniela Toma, Lorena Elena Meliț, Zsuzsanna Erzsébet Papp, Zoltán Derzsi, Henrietta Dimén. Case Report: Complete Kawasaki disease in a 2-month-old infant without coronary involvement. Публикация и исходный рисунок F3. Лицензия Creative Commons Attribution 4.0 International. © 2026 Solyom, Toma, Meliț, Papp, Derzsi and Dimén.

Изображение воспроизведено полностью, без ретуши, изменения цвета или пропорций.

# Библиография

Библиография содержит 75 медицинских источников. Год относится к цитируемой редакции. Дата проверки доступности — 20 октября 2026 года; новая дата на сайте сама по себе не означает смену рекомендаций.


### [1] Petechiae and purpura

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2021.

Документ / страница источника

### [2] Атопический дерматит

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Союз педиатров России; Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». 2024. ID КР: 265_3.

Документ / страница источника

### [3] Пиодермии

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 232_2.

Документ / страница источника

### [4] Чесотка

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 1017_1.

Документ / страница источника

### [5] Псориаз

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2023. ID КР: 234_2.

Документ / страница источника

### [6] Экзема

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2024. ID КР: 246_3.

Документ / страница источника

### [7] Корь

Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ). 2024. ID КР: 563_2.

Документ / страница источника

**[8] Крапивница**

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Союз педиатров России; Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2023. ID КР: 264_2.

Документ / страница источника

**[9] Менингококковая инфекция у детей**

Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области»; Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням». 2023. ID КР: 58_2.

Документ / страница источника

**[10] Системная красная волчанка**

Ассоциация детских ревматологов. 2024. ID КР: 606_3.

Документ / страница источника

**[11] Нетипичные проявления сыпи у ребенка, инфицированного парвовирусом В19**

С.В. Халиуллина; Г.С. Шайхиева; Д.Е. Доловскова; О.Г. Демидова; В.А. Анохин. 2024. DOI: 10.32000/2072-1757-2024-2-140-145.

Документ / страница источника

**[12] IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with IgA nephropathy and IgA vasculitis nephritis**

Marina Vivarelli; Susan Samuel; Rosanna Coppo; Jonathan Barratt; Melvin Bonilla-Felix; Dieter Haffner и др. 2025.

Документ / страница источника

**[13] Дерматофития**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2026. ID КР: 1037_1.

Документ / страница источника

**[14] Контагиозный моллюск**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 220_2.

Документ / страница источника

**[15] Себорейный дерматит**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 215_3.

Документ / страница источника

**[16] Разноцветный лишай**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 224_2.

Документ / страница источника

**[17] Дерматит контактный**

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Союз педиатров России; Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». 2024. ID КР: 213_3.

Документ / страница источника

**[18] Вирусные бородавки**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 205_2.

Документ / страница источника

**[19] Иммунная тромбоцитопения**

Национальное общество детских гематологов, онкологов. 2024. ID КР: 699_2.

Документ / страница источника

**[20] Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным скарлатиной**

ГБОУ ВПО ДВГМУ МЗ РФ; ФГБУ НИИДИ ФМБА России. 2013.

Документ / страница источника

**[21] Вирусы герпеса человека 6 и 7 типа: история и современное состояние проблемы**

М.А. Никольский; Д.А. Лиознов; Т.В. Антонова. 2025.

Документ / страница источника

**[22] Клинико-лабораторные и эпидемиологические особенности внезапной экзантемы у детей Санкт-Петербурга**

Е.В. Шарипова; И.В. Бабаченко; Ю.И. Сичковская; Ю.Ю. Чернышова. 2016.

Документ / страница источника

**[23] Современные аспекты парвовирусной В19 инфекции у детей**

Л.В. Горбачёва; В.Г. Пятернина; Н.С. Тян; О.В. Голева; И.В. Бабаченко. 2024.

Документ / страница источника

**[24] Парвовирусная В19-ассоциированная пурпуро-петехиальная экзантема. Дифференциальный диагноз с васкулитами неинфекционной природы**

С.В. Халиуллина; В.А. Анохин; И.Я. Лутфуллин; Д.Е. Долговскова; О.А. Назарова. 2024.

Документ / страница источника

**[25] Омфалит у новорождённых**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»; Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ). 2026. ID КР: 1030_1.

Документ / страница источника

**[26] Neonatal Pustular Dermatosis: An Overview**

Sangita Ghosh. 2015.

Документ / страница источника

**[27] Parvovirus B19 infection in children: a comprehensive review of clinical manifestations and management**

Silvia Bloise; Enrico Cocchi; Lorenzo Mambelli; Caterina Radice; Federico Marchetti. 2024.

Документ / страница источника

**[28] Case Definitions and Reporting — MIS**

Centers for Disease Control and Prevention. 2026.

Документ / страница источника

**[29] Clinical Guidance for Scarlet Fever**

Centers for Disease Control and Prevention. 2026.

Документ / страница источника

**[30] Clinical Overview of Rubella**

Centers for Disease Control and Prevention. 2024.

Документ / страница источника

**[31] American College of Rheumatology Clinical Guidance for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With SARS-CoV-2 and Hyperinflammation in Pediatric COVID-19: Version 3**

Lauren A Henderson; Scott W Canna; Kevin G Friedman; Mark Gorelik; Sivia K Lapidus; Hamid Bassiri и др. 2022.

Документ / страница источника

**[32] Clinical Treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children**

Centers for Disease Control and Prevention. 2026.

Документ / страница источника

**[33] СанПиН 3.3686-21 — редакция от 25.06.2025 (разделы по кори, краснухе и стрептококковой инфекции)**

Роспотребнадзор. 2021.

Документ / страница источника

**[34] Гломерулярные болезни: иммуноглобулин А-нефропатия**

Союз педиатров России; Творческое объединение детских нефрологов; Национальная Ассоциация нефрологов. 2024. ID КР: 894_1.

Документ / страница источника

**[35] IgA vasculitis: clinical practice guideline**

Louise Oni et al. Final version: December 2022.

Документ / страница источника

**[36] Кандидоз новорождённых**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»; Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ). 2025. ID КР: 944_1.

Документ / страница источника

**[37] Врождённый буллёзный эпидермолиз**

Союз педиатров России; Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». 2026. ID КР: 1045_1.

Документ / страница источника

**[38] Ветряная оспа**

World Health Organization. 2025.

Документ / страница источника

**[39] Вирусные менингиты у детей**

Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области»; Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням». 2025. ID КР: 995_1.

Документ / страница источника

**[40] Дерматит герпетиформный**

Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 212_2.

Документ / страница источника

**[41] Сепсис**

Ассоциация детских анестезиологов-реаниматологов России. 2025. ID КР: 953_1.

Документ / страница источника

**[42] Синдром Стивенса — Джонсона — иммунная катастрофа**

С.И. Барденикова; О.С. Пеньтковская; Е.К. Исаева. 2019.

Документ / страница источника

**[43] Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)**

Союз педиатров России; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии; Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи». 2026. ID КР: 25_3.

Документ / страница источника

**[44] Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай) в практике участкового врача-педиатра**

Т.М. Чернова; В.Н. Тимченко; Е.А. Эль-Хауага; О.В. Булина; А.Ю. Токарская. 2026.

Документ / страница источника

**[45] Токсическая эритема новорождённых**

Дерматология в России (площадка). Год не установлен.

Документ / страница источника

**[46] Транзиторные состояния новорождённых**

А.Н. Корсунов; И.Г. Михеева; О.Б. Курасова. 2025.

Документ / страница источника

**[47] Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [herpes simplex]**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»; Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ). 2026. ID КР: 511_2.

Документ / страница источника

**[48] Инфекция, специфичная для перинатального периода**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов». 2025. ID КР: 978_1.

Документ / страница источника

**[49] Геморрагическая болезнь плода и новорождённого**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»; Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ). 2025. ID КР: 906_1.

Документ / страница источника

**[50] Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит)**

Союз педиатров России; Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов; Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. 2024. ID КР: 306_3.

Документ / страница источника

**[51] Гемолитико-уремический синдром**

Союз педиатров России; Ассоциация медицинских генетиков; Творческое объединение детских нефрологов; Столичная ассоциация врачей-нефрологов. 2025. ID КР: 466_3.

Документ / страница источника

**[52] Eczema**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2024.

Документ / страница источника

**[53] Панариций у детей**

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов»; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. 2026. ID КР: 1080_1.

Документ / страница источника

**[54] Пролежень (декубитальная язва)**

Союз педиатров России; Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи; Национальная ассоциация детских реабилитологов; Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». 2026. ID КР: 1079_1.

Документ / страница источника

**[55] Анафилактический шок**

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов». 2025. ID КР: 263_2.

Документ / страница источника

**[56] Clinical diagnosis and management of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) in children: An EAACI position paper**

Semanur Kuyucu; Natalia Blanca-Lopez; Jean-Christoph Caubet; Luis Moral; Bernardo Sousa-Pinto; Ozge Yılmaz Topal и др. 2025. DOI: 10.1111/pai.70103.

Документ / страница источника

Официальный полный текст Europe PMC

**[57] The 2016 International League of Dermatological Societies' revised glossary for the description of cutaneous lesions**

A. Nast; C. E. M. Griffiths; R. Hay; W. Sterry; J. L. Bolognia. 2016. DOI: 10.1111/bjd.14419.

Документ / страница источника

**[58] Emergency treatment of anaphylaxis: Guidelines for healthcare providers**

Resuscitation Council UK. 2021.

Документ / страница источника

**[59] British Association of Dermatologists' guidelines for the management of Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in children and young people, 2018**

British Association of Dermatologists. 2019. DOI: 10.1111/bjd.17841.

Документ / страница источника

**[60] Clinical Practice Guidelines: Kawasaki disease**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2026.

Документ / страница источника

**[61] Kids Health Info: Roseola infantum**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2020.

Документ / страница источника

**[62] Clinical Practice Guidelines: Febrile child**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2026.

Документ / страница источника

**[63] Clinical Practice Guidelines: Nappy rash**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2024.

Документ / страница источника

**[64] HFMD Symptoms and Complications**

Centers for Disease Control and Prevention. 2024.

Документ / страница источника

**[65] International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock**

Luregn J. Schlapbach; R. Scott Watson; Lauren R. Sorce; Andrew C. Argent; Kusum Menon; Mark W. Hall и др. 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.0179.

Документ / страница источника

**[66] Clinical Overview of Measles**

Centers for Disease Control and Prevention. 2026.

Документ / страница источника

**[67] About Parvovirus B19**

Centers for Disease Control and Prevention. 2025.

Документ / страница источника

**[68] Molluscum contagiosum**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2026.

Документ / страница источника

**[69] Сепсис новорождённых**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов». 2025. ID КР: 912_1.

Документ / страница источника

**[70] Преходящая неонатальная тромбоцитопения**

Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов». 2026. ID КР: 1070_1.

Документ / страница источника

**[71] Cellulitis and other bacterial skin infections**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2026.

Документ / страница источника

**[72] Эритемы**

Союз педиатров России; Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». 2025. ID КР: 930_1.

Документ / страница источника

**[73] Папуло-пустулёзные акне: дифференциальная диагностика и алгоритмы терапии в препубертатном и пубертатном возрасте**

Н.Н. Мурашкин; М.А. Леонова; Л.А. Опрятин; А.И. Материкин; Р.В. Епишев; Д.В. Федоров. 2023.

Документ / страница источника

**[74] Clinical Practice Guidelines: Chickenpox (varicella)**

The Royal Children's Hospital Melbourne. 2021.

Документ / страница источника

**[75] Prevention and management of neonatal herpes simplex virus infections**

Upton D. Allen; Joan L. Robinson; Ari Bitnun; Jane McDonald. 2025. Canadian Paediatric Society. Обновление 10.10.2025; подтверждено обществом 12.01.2026.

Документ / страница источника

# Предметный указатель

Указаны номера содержательных разделов. Помета «краткое упоминание» или «обзор» ограничивает объём раскрытия темы.

DRESS у детей — 7.7

IgA-васкулит — 9.2

IgA-нефропатия — 9.3

Акне у детей и подростков — 7.11

Анафилаксия и анафилактический шок — 3.4

Анафилаксия после улучшения — 3.4; 11.13

Ангиоотёк — 7.4

Атопический дерматит — 7.1

Бляшка — 1.5; 14.2

Болезнь Кавасаки — 9.7

Боррелиоз — мигрирующая эритема — 7.4 (дифференциальное упоминание)

Буллёзный эпидермолиз — 8.9

Везикула — 1.5; 14.3

Ветряная оспа — 4.2

Вирусные бородавки — 4.9

Внезапная экзантема (розеола) — 4.4

Волдырь — 1.5; 14.2

Врождённая HSV-инфекция и неонатальные проявления — 8.5

Гемолитико-уремический синдром — 9.4

Геморрагическая болезнь новорождённого — 8.8

Герпесвирусные инфекции — общий контекст — 4.4; 4.7; 8.5

Герпетиформный дерматит — 7.9

Герпетическая экзема — 3.5

Гиперплазия сальных желёз новорождённого — 8.4 (краткое упоминание)

Дерматофитии — 6.1

Дерматофития волосистой части головы — 6.2

Диагностические таблицы — 10.3; 10.4; 10.5; 10.6; 10.7; 10.8; 10.9; 10.10; 10.11; 10.12; 10.13; 10.14; 10.15; 10.16

Иммунная тромбоцитопения — 9.1

Импетиго — 5.1

Исследование мочи при IgAV — 9.2

Кандидозный пелёночный дерматит — 8.10; 11.11

Кожный барьер — 11.2; 11.11

Кольцевидная центробежная эритема — 7.10 (краткий обзор)

Контагиозный моллюск — 4.8

Контактный дерматит — 7.3

Корка — 1.5; 14.5

Корь — 4.1

Крапивница — 7.4

Краснуха — 4.3

Лекарственные реакции — DRESS и ССД/ТЭН — 7.7; 7.8

Лихенификация — 1.5; 14.5

Лихорадка и сыпь — синдром — 13.3

Менингококковая инфекция — 3.1

Механические петехии — 2.7; 10.2

Милии — 8.4

Многоформная эритема — 7.12 (краткий обзор)

Морфологический словарь — 14.2; 14.3; 14.4; 14.5

Мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C) — 9.6

Неонатальная ветряная оспа — 8.13

Неонатальный кандидоз — 8.7

Неонатальный сепсис — 8.11; 11.12

Неонатальный цефалический пустулёз — 8.4 (краткое упоминание)

Омфалит новорождённых — 8.6

Опоясывающий герпес — 4.7

ОРВИ у детей — 2.3; 2.6 (возраст и повторная оценка; не полный нозологический раздел)

Острые вирусные менингиты — 3.3

Острый тонзиллофарингит — 5.6

Отмена причинного препарата — 7.7; 7.8; 11.14

Офтальмологическая помощь — 3.5; 7.8; 8.5

Панариций — 5.7

Папула — 1.5; 14.2

Парвовирусная B19-инфекция — 4.5

Пелёночный дерматит (общий) — 8.10

Передача пациента — 15.3

Перинатальные инфекции — 8.11; 8.5 (HSV и неонатальный сепсис; ограниченный охват)

Петехии и пурпура — синдром — 13.7; 9.1; 9.2

Петехия — 1.5; 14.5

Пиодермии — 5.4

Питьё при HFMD — 4.6; 11.8

Потница — 8.3

Преходящая неонатальная тромбоцитопения — 8.12

Пролежни у детей — 5.8

Противомикробные компоненты при АД — 7.1; 11.2

Псориаз — 7.6

Пузырь — 1.5; 14.3

Пурпура — 1.5; 14.5

Пустула — 1.5; 14.3

Пятно — 1.5; 14.2

Разноцветный лишай — 6.3

Себорейный дерматит — 7.5

Сепсис у детей — 3.2

Синдром Стивенса — Джонсона и ТЭН — 7.8

Системная красная волчанка — 9.5

Скарлатина — 5.5

Стафилококковый синдром обожжённой кожи — 3.6

Стрептококковая инфекция группы А — 5.5; 5.6

Сыпь у новорождённого — синдром — 13.8

Токсическая эритема новорождённых — 8.1

Транзиторный неонатальный пустулёзный меланоз — 8.2

Узел — 1.5; 14.2

Укус насекомого — местная реакция (сравнение с целлюлитом) — 5.9 (дифференциальное сравнение; полный раздел папулёзной крапивницы отсутствует)

Уход за подгузником — 8.10; 11.11

Фолликулит — 5.2

Целлюлит — 5.9

Чесотка — 6.4

Чешуйка — 1.5; 14.5

Экзема — 7.2

Эктима — 5.3

Энтеровирусные экзантемы — 4.6

Эпинефрин — 3.4; 11.13

Эрозия — 1.5; 14.4

ЭхоКГ — 9.7

Язва — 1.5; 14.4