© Василь Копча, 2026
DOI 10.11603/1681-2727.2026.2.16503
УДК 616.9-002-07:616.5-003.822

Василь Копча

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ВИСИПОМ НА ДОЛОНЯХ І ПІДОШВАХ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Висипання на долонях і підошвах є відносно рідкісним, але клінічно важливим симптомом, який може спостерігатися при ряді інфекційних захворювань. Наведено огляд основних нозологічних форм, для яких характерна локалізація висипу на долонно-підошовних поверхнях, зокрема ентеровірусної інфекції, єрсиніозів, сифілісу, рикетсіозів, COVID-19, вірусних геморагічних гарячок, інфекційного ендокардиту, менінгококової інфекції, корости, лептоспірозу та ін. Описано клінічні особливості, патогенетичні механізми та диференційно-діагностичні критерії цих станів. Окремо розглянуто неінфекційні стани, зокрема хворобу Кавасакі, які можуть імітувати інфекційні висипи.

Ключові слова: *інфекційні хвороби, висип, долоні, підошви, вірусні екзантеми, єрсиніози, сифіліс, рикетсіози, хвороба Кавасакі, диференційна діагностика.*

В інфектології прийнято виділяти загально-інфекційні (неспецифічні), опорні, навідні (ті, які наводять на думку про якусь інфекційну хворобу) та патогномонічні симптоми, які трапляються лише при конкретному захворюванні й однозначно свідчать про їх наявність, не допускаючи інших трактувань, тобто стовідсотково підтверджують думку про наявність тільки однієї хвороби. Щоправда безумовних патогномонічних симптомів небагато:

- Копліка – при кору (на думку Ж. О. Ребенка (2007), це єдиний абсолютний патогномонічний симптом [1]);
- «бичачого ока» – при Лайм-бореліозі;
- вторинних петехій – при епідемічному висипному тифі;
- зірчастого геморагічного висипу – при менінгококцемії;
- двобічного збільшення потиличних лімфатичних вузлів – при краснусі;
- гідрофобії – при сказі;
- Піка й Тауссіга – при гарячці паппатачі;
- стридорозного кашлю з репризою – при кашлюку;
- випорожнень на кшталт «рисового відвару» – при холері;
- дикротія пульсу – при черевному тифі;
- симптом Романьї – при хворобі Шагаса;
- цитомегалія – при цитомегаловірусній інфекції;
- набряк повік у поєднанні з кон'юнктивітом – при трихінельозі;
- тризм, дисфагія, «сардонічна посмішка» та шпательний тест – при правцеві.

Іноді патогномонічність трактують тільки за наявності декількох інших проявів. Це умовна патогномонічність. Її прикладом є розеольозний висип при черевному тифі, симптом Кіарі при епідемічному висипному тифі, симптом рукавичок і шкарпеток при псевдотуберкульозі, «малинове желе» при амебіазі, кишкова кровотеча й перфорація кишкової виразки при черевному тифі.

Водночас діагностично значущою, хоча й нечастою ознакою інфекційних хвороб є висип на долонно-підошовних поверхнях. Через обмежене коло можливих етіологій він має важливе орієнтовне значення для лікаря-інфекціоніста, дерматолога та педіатра. Орієнтація у зазначених відповідних нозологіях дає змогу різко обмежити коло діагностичного пошуку.

Мета роботи – узагальнити клінічні особливості інфекційних захворювань, що супроводжуються висипом на долонях і підошвах, і визначити підходи до їхньої диференційної діагностики.

Зазначені локальні ураження можуть бути наслідком васкулопатії, токсико-алергічної реакції або прямого впливу збудника на шкіру. Розглянемо відповідні інфекційні нозології від максимальної ймовірності ураження долонь/підошов до мінімальної.

1. Ентеровірусна інфекція – група гострих інфекційних хвороб, спричинених вірусами Коксакі та ECHO, з різним перебігом – від безсимптомного носійства до тяжких менінгоенцефалітів.

Джерелом збудника є вірусоносії та хворі люди. Віруси виділяються у довкілля з калом (протягом 3–5 тиж) та слизом із верхніх дихальних шляхів (7–10 діб). Відповідно, можуть реалізуватися фекально-оральний та аерозольний механізми передачі.

Розрізняють низку клінічних форм з такими спільними ознаками, як гострий початок, гарячкова реакція і короткочасний сприятливий перебіг.

При окремій клінічній формі – *ентеровірусній екзантемі* (бостонській гарячці, синдромі «рука–нога–рот») – у 1-й день захворювання температура тіла підвищується до 38-40 °С, з'являються біль голови, нудота, блювання, біль у животі, катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів. Через декілька годин або на 2-й день на обличчі, тулубі, кінцівках, у тому числі на долонях і підошвах з'являється рожева поліморфна, плямиста, плямисто-папульозна або везикульозна висипка (фото 1), яка тримається 1–8 діб; на слизовій оболонці рота – плямиста енантема, афти, виразки. Висип болючий, минає без рубців, перебіг доброякісний. Частіше хворіють діти до 10 років у літньо-осінній сезон.

Характерний розвиток гострого геморагічного кон'юнктивіту: світлобоязнь, сльозотеча, набряк повік, гіперемія і крововиливи в кон'юнктиву. Видужання настає через 10–14 діб.

Фото 1. Плямисто-папульозна екзантема на долонях і підошвах при ентеровірусній інфекції.

2. Єрсиніози – група гострих зоонозних інфекційних захворювань, спричинених бактеріями *Yersinia enterocolitica* та *Yersinia pseudotuberculosis*, які характеризуються поліморфізмом клінічних проявів із переважним ураженням травного каналу, лімфатичної системи, шкіри та суглобів.

Джерелом збудника є дикі та свійські тварини (гризуни, свині, велика рогата худоба, собаки, коти). Основний механізм передачі – фекально-оральний, переважно харчовий. Найчастішими факторами передачі є овочі, коренеплоди, молочні продукти, м'ясо та вода. Для єрсиній характерна здатність тривалий час зберігатися і навіть розмножуватися за низьких температур у холодильниках.

Захворювання частіше реєструють у холодну пору року, особливо взимку й навесні. Хворіють особи будь-якого віку, проте частіше діти шкільного віку, підлітки та молоді дорослі.

Інкубаційний період триває від 1 до 21 доби, частіше 3–10 діб. Захворювання зазвичай починається гостро з підвищення температури тіла до 38–40 °С, остуди, слабкості, болю в м'язах і суглобах. Частими проявами є нудота, блювання, біль у животі, діарея. Внаслідок ураження мезентеріальних лімфатичних вузлів можливий розвиток мезаденіту, який клінічно імітує гострий апендицит.

Для ***псевдотуберкульозу*** характерний розвиток скарлатиноподібного синдрому. На 2–5-й день хвороби з'являється дрібноплямистий або плямисто-папульозний висип на тулубі та кінцівках, нерідко з ураженням долонь і підошов. Типовими є симптоми «капюшона» (гіперемія обличчя та шиї), «рукавичок» і «шкарпеток» (яскрава гіперемія кистей і стоп) (фото 2).

Фото 2. Висипання на долонях при псевдотуберкульозі.

Через 1–2 тиж після зникнення висипу часто виникає пластинчасте лущення шкіри долонь і підошов. Можливі кон'юнктивіт, збільшення печінки та селезінки, артралгії.

При ***кишковому єрсиніозі***, спричиненому *Y. enterocolitica*, висип трапляється рідше і зазвичай є плямистим або плямисто-папульозним. Ураження долонь і підошов менш типове, ніж при псевдотуберкульозі. Переважають гастроентероколітні прояви, мезаденіт і реактивні артрити, які можуть виникати через декілька тижнів після гострої інфекції.

Перебіг єрсиніозів переважно доброякісний, однак можливі затяжні та рецидивні форми, а також розвиток автоімунних ускладнень (реактивний артрит, вузлувата еритема, синдром Рейтера). Діагноз підтверджують бактеріологічними, серологічними та молекулярно-генетичними методами дослідження. Важливе значення мають епідеміологічний анамнез, зимово-весняна сезонність і характерні шкірні прояви.

3. Вторинний сифіліс – це одна з форм сифілісного ураження, що характеризується появою різних шкірних патологічних елементів, змінами з боку внутрішніх органів і запальним процесом у лімфатичних вузлах.

Хвороба може діагностуватися на 2–3-й міс. після інфікування блідою трепонемою – *Treponema pallidum.* Збудник проникає в організм людини після незахищених статевих контактів, або від вагітної крізь плаценту до плода. Після потраплення у кровоплин збудник циркулює по організму, уражаючи лімфовузли та інші структури.

Єдиним джерелом і резервуаром хвороби є людина. Наразі основним механізмом передачі блідої трепонеми вважається контактний через статевий контакт під час орального, вагінального чи анального сексу. Якщо на сифіліс хворіє вагітна, вона може заразити свою дитину внутрішньоутробно. Ще один шлях реалізації механізму передачі – так званий «гемоконтактний» через препарати крові.

Найчастіше сифіліс реєструють у чоловіків і жінок віком від 18 до 29 років. Сифіліс може давати різноманітну картину проявів і відрізняється складним клінічним перебігом. Захворювання може перебігати й безсимптомно.

Вторинний сифіліс виникає приблизно в період від 4 до 10 тиж після початку первинного сифілісу. Незважаючи на те, що вторинна стадія сифілісу відома багатьма формами прояву, в основному уражається шкіра, слизові оболонки і лімфатичні вузли. На тілі й кінцівках, включаючи долоні й підошви, може з'явитися симетричний, червоно-рожевий висип без свербежу (фото 3). Цей висип може стати макуло-папульозним або пустульоз-

ним. Ці елементи при натисканні не зникають. Висип симетричний, іноді зливається у бляшки, може лущитися. Внаслідок цього на слизових оболонках іноді формуються плоскі, білуваті, бородавкоподібні утворення, відомі як широкі кондиломи. Усі ці утворення містять у великій кількості збудників і є заразними. Нерідко хворих турбує гарячка, біль у горлі, нездужання, втрата ваги, випадання волосся і біль голови. Рідше виникають гепатит, ураження нирок, артрит, періостит, неврит зорового нерва, увеїт та інтерстиційний кератит. Гострі прояви вторинного сифілісу зазвичай зникають через 3–6 тиж; однак, у близько 25 % хворих вони можуть з'явитися повторно. Супутні ознаки – генералізована лімфаденопатія, алопеція, позитивні серологічні реакції (мікрореакція преципітації – антикардіоліпіновий тест, тест гемаглютинації антитіл до блідої трепонеми або флуоресцентний тест адсорбції трепонемних антитіл) [2, 3].

Фото 3. Макуло-папульозний висип на долонях при вторинному сифілісі [4].

4. Рикетсіози (плямиста гарячка Скелястих гір, марсельська гарячка)

Плямиста гарячка Скелястих гір – ендемічний природно-осередковий рикетсіоз, який передається через укус кліщів і клінічно проявляється значним підвищенням температури тіла (гарячкою), загальною інтоксикацією, появою плямисто-папульозного висипу, який при тяжкому перебігу стає геморагічним.

Хвороба є найпоширенішим рикетсіозом у США й інших регіонах Америки. Разом з епідемічним висипним тифом зумовлює найбільшу летальність серед рикетсіозів.

Плямиста гарячка Скелястих гір є природно-осередковою, реєструється тільки в Америці. Збудником є *Rickettsia rickettsii,* а його основним джерелом вважають кліщів і диких тварин, між якими відбувається циркуляції збудника в природі. Головними джерелами є іксодові кліщі. Тимчасовим резервуаром збудника також вважають дрібних ссавців, які є високосприйнятливими до *R. rickettsii* і мають імунітет до цих рикетсій, що вказує на перенесення інфекції в минулому.

Інфікування відбувається через укус зараженого кліща (трансмісивний механізм), а також через шкіру й кон'юнктиву, які мають мікропошкодження (контактний механізм). Останнє нерідко відбувається при роздавлюванні зараженого кліща пальцями при знятті їх руками зі свійських тварин.

В основі ураження є судинні зміни: набухання і проліферація ендотелію, подекуди з утворенням внутрішньосудинних його розростань, некроз ендотелію, утворення тромбів, клітинна інфільтрація і некроз стінок прекапілярної мережі й особливо артеріол.

В особливо тяжких випадках ураження кровоносних судин при плямистій гарячці Скелястих Гір спостерігають утворення обтураційних форм некротичного панартеріїту, який призводить до розладів кровопостачання відповідних ділянок тканин. Звідси часто виникають такі ускладнення, як некроз шкіри, калитки, вушних хрящів, пальців.

Захворюванню передує короткий продромальний період (зниження апетиту, біль голови, загальна слабкість). Після цього, зазвичай, гостро підвищується температура тіла до високих цифр з ознобом, міалгіями, артралгіями, сильним болем голови, нудотою, блюванням, іноді, носовою кровотечею.

На 3–5-у добу хвороби з'являється висип, що нагадує такий у продромі при кору. Висип починається на зап'ястях і щиколотках, поширюється на долоні й підошви. Він так само швидко щезає, змінюючись типовими рожево-червоними макуло-папульозними елементами на ліктях, зап'ястках, гомілках і ступнях, швидко поширюючись по всьому тілу в напрямку до центру. При тяжкому ступені висип утримується на долонях (фото 4), підошвах, повіках й волосистій частині голови, іноді – на слизових оболонках рота й глотки.

Фото 4. Типовий макуло-папульозний і геморагічний висип на передпліччі й долоні при плямистій гарячці Скелястих гір [5].

З кожним днем висип стає все яскравішим, перетворюючись із макуло-папульозного в петехіальний, набуваючи темно-червоного чи синюватого відтінку.

У найтяжчих випадках елементи висипу зливаються, часто утворюючи некротичні ділянки. Гангренозні ураження, як правило, спостерігають на зовнішніх статевих органах, мочках вух, кінчиках пальців, рідше – в ділянці м'якого піднебіння. У період видужання на місці висипу залишається пігментація, а на найбільш уражених ділянках шкіри спостерігають висівкоподібне лущення.

Марсельська гарячка – гостра інфекційна хвороба, спричинена *Ricketssia conorii*, яка характеризується доброякісним перебігом, наявністю первинного афекту та макуло-папульозного висипу, збільшенням реґіонарних лімфатичних вузлів, інтоксикацією, гарячкою.

Основним джерелом збудника є собаки, шакали, зайці, дикі кролі, а переносником – бурі собачі кліщі. Хвороба проявляється у спорадичних випадках, або в окремих осередках з характерною сезонністю (в Україні – з травня по жовтень). Собачий кліщ рідко кусає людину, тому марсельська гарячка відбувається переважно серед тих осіб, які доглядають за собаками.

Хвороба починається гостро. З'являється пітливість, підвищується температура тіла до 38–40 °С. За 5–7 діб до появи інших симптомів на місці укусу кліща виникає первинний афект – червоний інфільтрат до 3–10 мм в діаметрі з темно-коричневою кіркою у центрі, є болючий регіонарний лімфаденіт. Струп з афекту відпадає на 4–5-у добу нормальної температури тіла. Утворюється виразка, яка епітелізується за 8–12 діб. Залишається пігментна пляма, яка може зберігатися до 2–3 років. Збільшується селезінка, рідше – печінка. Тяжких уражень центральної нервової та серцево-судинної системи зазвичай немає.

У розпал недуги на тулубі з'являється рясний макуло-папульозний висип, який на 2–4-у добу хвороби виявляють у всіх хворих. Досить швидко він поширюється по всьому тілу, захоплюючи кінцівки, долоні, підошви, шию, обличчя. Особливо рясним висип буває на кінцівках, причому на розгинальних поверхнях він завжди рясніший, ніж на згинальних. Висипання з великою постійністю виявляють і на міжпальцевих складках рук. Елементи еволюціонують від плям до папул і вузликів, в центрі яких іноді спостерігають геморагії, рідко – навіть везикули, причому зазначені первинні зміни з'являються одночасно на одній і тій же ділянці тіла. Це дає підстави розглядати висип при марсельській гарячці як поліморфний. Усі елементи висипу рожевого або червоного забарвлення, круглої або овальної форми. Висипання не супроводжується свербінням або будь-якими іншими відчуттями. Висип зберігається протягом усього гарячкового періоду, тобто 8–10 діб, але наприкінці 1-го – початку 2-го тижня він починає поступово зникати. Найдовше висипання утримуються на гомілках, стопах і підошвах. У вигляді пігментації висип може зберігатися більш-менш тривалий час і в стадію видужання. Пігментація зникає через 7–75 діб від початку хвороби [6].

5. COVID-19 – нова особливо небезпечна хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів із пандемічним розповсюдженням, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, що характеризується високою контагіозністю, а клінічно – широким діапазоном проявів: від безсимптомного вірусоносійства до розвитку респіраторного грипоподібного синдрому, іноді з подальшим прогресуванням до найтяжчого системного ураження зі стійкою гарячкою, атиповою пневмонією, гострим респіраторним дистрес-синдромом, поліорганною недостатністю, шоком і летальністю переважно у групах ризику (особи похилого віку і люди із захворюваннями серцево-судинної системи).

Нетяжкі/помірні форми COVID-19 типово проявляються частим підвищенням температури тіла до 38 °С, рідше без її підвищення, респіраторними симптомами: сухим кашлем, який спочатку не надто докучає хворим, а потім стає більш інтенсивним; закладеністю носа або рідко нежитем. Пацієнти з нетяжким ступенем можуть також скаржитися на сухість у роті, яка переростає в біль у горлі. Серед інших можливих перших (стандартних) проявів COVID-19 слід відзначити появу неврологічних симптомів: біль голови, міалгії, прискорене серцебиття та загальне нездужання. Біль голови описується як відчуття стиснення і зазвичай посилюється при кашлі й гарячці. У подальшому, з підвищенням ступеня тяжкості хвороби, відчуття стиснення зростає.

Число пацієнтів зі слабкими або помірними симптомами і невисокою температурою тіла досягає >90 % . У значної кількості пацієнтів (80–85 %) така симптоматика йде на спад приблизно до 7-ї доби хвороби.

Ще однією ознакою ранньої фази недуги є висипка на тілі, яка, залежно від регіону і за різними даними, може реєструватися майже в кожного п'ятого інфікованого SARS-CoV-2.

У деякої частини хворих помітне подразнення шкіри на пальцях ніг, при цьому пальці сильно червоніють, набрякають (фото 5). Такі ознаки нагадують обмороження. Іноді на стопах, рідше на долонях, можуть з'являтися еритематозно-ціанотичні плями, рідко – везикули. Подібна картина утримується від 1 до 4 тиж, інколи й декілька місяців. У більшості випадків, зазвичай у дітей і молодих дорослих, хвороба перебігає легко [7].

Окремо описуються еритема кінцівок, інші варіанти локальної висипки на різних ділянках тіла. Вона може з'являтися на слизовій оболонці рота у вигляді плям чи пухирців. Можлива депігментація нігтів на руках і ногах.

Фото 5. «Ковідні пальці»: набряк, гіперемія, ціаноз 2-го і 5-го пальців правої ступні.

6. Вірусні геморагічні гарячки (Ебола, Марбург тощо)

Гарячки Ебола й Марбург – гострі РНК-вірусні висококонтагіозні природно-осередкові хвороби, які характеризуються зазвичай тяжким ступенем, високою летальністю, значною інтоксикацією, зневодненням, ураженням кровоносних судин багатьох органів із розвитком тяжкого геморагічного синдрому.

Геморагічні гарячки Ебола й Марбург входять до переліку хвороб, які здатні серйозно впливати на здоров'я населення і можуть швидко поширюватися в міжнародних масштабах. Крім того, зазначені хвороби увійшли до переліку подій, які можуть становити надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я, та які регулюють сучасні Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р. [8].

Природні осередки гарячок Ебола й Марбург, найвірогідніше, розташовані у вологих лісах африканського континенту і районах Західної частини Тихого океану. Радше джерелами збудників є окремі види фруктоїдних кажанів, у т. ч. печерних, і, можливо, дрібні наземні гризуни.

Віруси Ебола та Марбург передаються при прямому контакті з кров'ю, виділеннями, органами інфікованої людини, тобто реалізується контактний механізм передачі через різні шляхи. Збудників хвороби виявляють у багатьох рідинах (крові, випорожненнях, сечі, слині, виділеннях із носоглотки, спермі тощо), що обумовлює інтенсивний штучний (артифіціальний) контактно-побутовий шлях зараження (через випадкове порушення цілісності шкіри, слизових оболонок). Описано й статевий шлях зараження, якому на сьогодні приділяють значну увагу [9].

Характерна швидка генералізація інфекції з розвитком загальної інтоксикації і тромбогеморагічного синдрому. Підвищення температури тіла до 38–39 °С триває 5–7 діб. Дещо пізніше з'являється сухий кашель, сухість у горлі, колючий біль у грудній клітці, біль у животі, нудота, пронос, в результаті чого можливий розвиток дегідратації. В окремих випадках може з'являтися плямисто-папульозний висип на 4–5-у добу хвороби – спочатку на обличчі, потім на шкірі грудної клітки, здатний поширюватися й на інші частини тіла. Висип зберігається до 10–14-ї доби хвороби, супроводжується лущенням шкіри, яке також спостерігають на долонях і підошвах. Висип на долонях і підошвах відображає капіляропатію і підвищену проникність судин. Характерний зовнішній вигляд хворого – гіперемія кон'юнктив, глибоко запалі очі, нерухоме обличчя, загальмованість.

При геморагічній гарячці Марбург на твердому і м'якому піднебінні, язиці нерідко можна виявити везикули, поверхневі ерозії без чіткого некрозу, які трансформуються в поверхневі виразки. Підвищується тонус м'язів, особливо жувальних, шиї, спини, пальпація їх болюча [10].

З 3–6-ї доби хвороби можуть розвиватися дисфагія і геморагічний синдром, який проявляється шкірними і субкон'юнктивальними крововиливами, «кривавими сльозами», кровотечами з ясен, носа, матки, появою крові у блювотинні, випорожненнях, гематурією. Прогресуючи, хвороба призводить до сильного зневоднення і втрати маси тіла. Смерть може настати на 2-у тижні. У разі сприятливого перебігу хвороба триває декілька тижнів, прояви її зникають поступово. Астенізація триває місяцями.

7. Інфекційний (септичний) ендокардит – запальні ураження клапанних структур і пристінкового ендокарда, обумовлені прямим проникненням збудників і перебігають найчастіше подібно до сепсису, гостро або підгостро, з бактеріємією, емболіями, імуно-патологічними змінами та ускладненнями.

Септична природа інфекційного ендокардиту зумовлена:

а) наявністю та персистенцією сепсисного вогнища/вогнищ в ендокарді;

б) перебігом хвороби у вигляді безперервного наростання місцевих запально-деструктивних змін у первинних сепсисних вогнищах і загальних інфекційно-метастатичних, тромбоемболічних та імунокомплексних проявів, які за відсутності спеціального лікування призводять до неминучого летального висліду, тобто розвитком хвороби на кшталт сепсисної ациклічності.

Клінічно гострий ендокардит вирізняється високою гарячкою (у 3/4 хворих вище 39 °С), з остудою, можливою артеріальною гіпотензією, клінічними ознаками ДВЗ-синдрому у кожного 4-го із хворих (геморагічні висипання на шкірі та слизових оболонках, крововиливи

у внутрішніх органах, інфаркти та емболії). У 3/4 хворих утворюються абсцеси в органах і тканинах внаслідок метастазування збудників.

Класичні ознаки септичного ендокардиту – волосся без блиску, блідо-жовтий колір обличчя, «барабанні» пальці, нігті у вигляді «годинникового скла», постійний субфебрилітет з періодичними фебрильними хвилями, ознаки недостатності аортального клапана, спленомегалія.

Серед обґрунтовано підозрілих ознак фігурують зовнішні прояви септичного ендокардиту:

– вузлики Ослера – целюліти у вигляді болючих вузликів червоного кольору на подушечках пальців кистей і стоп;
– плями Лукіна – точкові геморагії в перехідній складці кон'юктив;
– плями Джанвея (Жанев'є) – запальні червоні папули на долонях і підошвах діаметром до 5 мм, піднігтьові лінійні геморагії;
– геморагії чи геморагічні некрози на долонях і/або підошвах (фото 6);
– плями Рота – ретинальні округлі крововиливи з центром білого кольору;
– петехіальна висипка – дрібноточкова нерясна екзантема на бічних поверхнях тулуба, передпліччях і гомілках;
– зниження маси тіла [11].

Фото 6. Геморагічні некрози шкіри лівої ступні при септичному ендокардиті.

8. Менінгококцемія – окрема клінічна форма менінгококової інфекції, яка проявляється гарячкою і геморагічним висипом, часто може супроводжуватися септичним шоком, порушенням згортання крові (ДВЗ-синдром) та поліорганною недостатністю.

Збудником хвороби є менінгокок – *Neisseria meningitidis.* Джерело та резервуар збудника – людина, яка має субклінічну форму (носійство) хвороби, а також хворі на назофарингіт, генералізовану форму. Механізм передачі – аерозольний. Збудник передається з крапельками слизу при кашлі, чханні, розмові. Внаслідок нестійкості менінгокока у довкіллі та його локалізації на слизовій оболонці задньої стінки носоглотки, він передається тільки при досить тісному і тривалому спілкуванні, у закритих і напівзакритих, новостворених колективах.

Менінгококцемія реєструється в усіх вікових групах і характеризується гострим початком, підвищенням температури тіла, яка досягає за кілька годин 40–41 °С. При огляді хворого відзначають блідість обличчя з ціанотичним відтінком, задишку, тахікардію. Основна клінічна ознака менінгококцемії – характерний геморагічний висип, який зазвичай з'являється на 1-у добу недуги, рідше висипання утворюються трохи пізніше. Патогномонічні для менінгококцемії геморагічні елементи різної величини, від яскраво-червоного до темно-червоного або фіолетового відтінку, мають неправильні зірчасті обриси, щільні на дотик і злегка виступають над шкірою. Висипання відбуваються неодночасно, тому різні елементи висипу в одного й того ж хворого мають різну кольорово-формову характеристику. При тяжких формах захворювання розміри геморагічних елементів можуть досягати 5–15 см і більше, з некрозом шкіри у центрі. Висип частіше розташовується на сідницях, нижніх кінцівках, у пахвових западинах, на тулубі, верхніх повіках, іноді – на долонях і підошвах (фото 7) і має тенденцію до зливання. Нерідко геморагічний висип виникає разом із розеольозним чи розеольозно-папульозним. Зворотний розвиток висипу залежить від його особливостей і розповсюдженості ураження. Розеоли і розеольозно-папульозні елементи зникають швидко, не залишаючи слідів. На місці значних за площею крововиливів нерідко утворюються некрози з подальшим відторгненням некротичних ділянок і утворенням дефектів. Можливий також некроз дистальних фаланг пальців, стоп, вушних раковин, у дітей – навіть гангрена кінцівок. Геморагічний синдром при менінгококцемії проявляється також крововиливами у кон'юнктиви, склери, слизову оболонку ротоглотки [12].

9. Короста – паразитарне захворювання шкіри, яке супроводжується сверблячими папульозними висипаннями з розчухуваннями на шкірі.

Фото 7. Петехіальні та геморагічні висипання на долоні та підошві при менінгококцемії.

Збудник корости – кліщ *Sarcoptes scabiei,* який паразитує у верхніх шарах шкіри, носієм є тільки людина. Основний механізм передачі збудника – контактний. Шлях поширення – побутовий, у разі безпосереднього контакту з хворою людиною або через речі, якими користувався хворий.

Класична форма корости має такі клінічні симптоми:

– свербіння, яке посилюється увечері та вночі;
– характерні коростяні ходи на шкірі;
– поява папул, окремих везикул, розчухувань, кров'янистих кірок, які часто розміщені попарно або ланцюжком;
– характерне розташування елементів висипу.

Коростяні ходи найчастіше можна побачити на бічних поверхнях кистей і пальців, долонях (фото 8), на згинальних і бічних поверхнях променево-зап'ясткових суглобів, ліктів, тильних поверхнях ступнів. Це білуваті або бурого забарвлення лінії, які дещо виступають над рівнем шкіри, вони прямі або звивисті, завдовжки 0,5–10,0 см.

Особливим різновидом корости є так звана норвезька форма, яка патогенетично пов'язана зі щільним гіперкератозом шкіри, призводить до неконтрольованого розмноження кліщів (від тисяч до мільйонів особин порівняно з 10–15, які бувають за класичної корости), зумовлена зміненою імунною відповіддю хазяїна, передусім у пацієнтів зі:

– зниженням Т-клітинного імунітету, наприклад, при ВІЛ-інфекції;
– зниженням периферичної чутливості, наприклад, у разі прокази;
– нездатністю видалити кліщів механічно, наприклад, при синдромі Дауна.

У разі норвезької корости на шкірі утворюються масивні кірки, множинні коростяні ходи, з'являються поліморфні висипання (пустули, папули, везикули) (фото 8) [13].

Фото 8. Ураження шкіри долонь при класичній (ліворуч) і норвезькій (праворуч) корості [14].

10. Лептоспіроз – гостра інфекційна хвороба, яка перебігає з гарячкою, загальною інтоксикацією, ураженням нирок, печінки, серцево-судинної, нервової систем, геморагічним синдромом.

Захворювання спричиняє геномовид *Leptospirae interrogans*, що включає понад 200 серологічних варіантів, об'єднаних у 25 серогруп.

Резервуаром лептоспір у природі є багато видів диких і домашніх тварин: гризуни з ряду мишоподібних, велика та дрібна рогата худоба, свині, собаки, лисиці тощо. Механізм передачі збудника контактний, шляхи передачі – водний, аліментарний, рановий.

Хвороба розпочинається гостро, часто раптово. З'являються трясучий озноб, гарячка до 39–40 °С, значні симптоми інтоксикації. Дуже характерні міалгії, особливо у литкових м'язах, стегнах, попереку. Обличчя одутле й гіперемічне, очі та кон'юнктиви червоні зі значною ін'єкцією судин склер.

Один із провідних синдромів при лептоспірозі – геморагічний. Клінічно при легкому перебігу хвороби відзначають петехіальний висип на шкірі грудної клітки, особливо на бокових поверхнях, рідше – на інших ділянках, крововиливи в кон'юнктиву, навколо місць ін'єкцій, носові, легеневі, маткові, кишкові кровотечі.

У період гарячки можливий макуло-папульозний, петехіальний або геморагічний висип, іноді локалізований на долонях і підошвах. Супроводжується болем у литкових м'язах, жовтяницею, ознаками ураження нирок. Висип має токсико-алергічне походження, пов'язаний з васкулітами.

Дуже рідко (менше ніж у 1–5 % випадків) типові морфологічні елементи висипу – корові (поетапні, зливні, плямисто-папульозні), краснушні (дрібні рожеві плями та папули) й вітрянкові (везикули на еритематозній основі, фото 9) – можуть локалізуватися на нетипових ділянках шкіри, зокрема на долонях і підошвах. У таких ситуаціях діагноз встановлюють на підставі сукупності епідеміологічних даних, характерних клінічних ознак і результатів лабораторних досліджень, що підтверджують кір, краснуху або вітряну віспу.

Фото 9. Вітрянкові висипання на шкірі живота і долоні в онкохворої на фоні хіміотерапії.

Інформація про основні інфекційні хвороби, які можуть супроводжуватися висипанням на долонях і підошвах, узагальнена в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика інфекційних захворювань із висипом на долонях і підошвах

Хвороба	Збудник	Елементи висипу	Інші характерні ознаки	Група ризику / Вікові особливості	Ймовірність ураження долонь/підошов, %
1	2	3	4	5	6
Ентеровірусна інфекція (синдром «рука–нога–рот»)	*Coxsackie A16, Enterovirus 71*	Везикули, плями, ерозії	Гарячка, стоматит, біль у горлі	Діти до 10 років	70–100
Псевдотуберкульоз (далекосхідна скарлатиноподібна гарячка)	*Yersinia pseudotuberculosis*	Дрібноплямистий, плямисто-папульозний, іноді скарлатиноподібний висип; характерні еритема долонь і підошов, подальше пластинчасте лущення	Гарячка, інтоксикація, біль у животі, діарея, мезаденіт, артралгії; симптоми «капюшона» (гіперемія обличчя і шиї), «рукавичок» і «шкарпеток»	Частіше діти шкільного віку та молоді дорослі	60–90

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
Вторинний сифіліс	*Treponema pallidum*	Симетричні плямисто-папульозні, без свербежу, лущення	Лімфаденопатія, слизові бляшки, алопеція	Дорослі, статевим шляхом	60–90
Плямиста гарячка Скелястих гір, марсельська гарячка	*Rickettsia spp.*	Макуло-папульозні або петехіальні, починається з зап'ясть/щиколоток → долоні, підошви	Гарячка, біль голови, міалгії, у тяжких випадках енцефаліт	Мандрівники, мисливці, люди з контактами з кліщами	30–80
COVID-19 (деякі варіанти перебігу – «ковідні пальці»)	*SARS-CoV-2*	Еритематозно-ціанотичні плями, іноді везикули на стопах, рідше на долонях, набряк пальців	Часто безсимптомний або легкий перебіг	Переважно діти, підлітки та молоді дорослі	40
Вірусні геморагічні гарячки (Ебола, Марбург тощо)	*Filoviridae*	Макуло-папульозні, потім геморагічні	Тяжка інтоксикація, кровотечі, шок	Мандрівники в ендемічні регіони	15–40
Інфекційний ендокардит	*Streptococcus, Staphylococcus spp.*	Петехії, плями Джейнуея, вузлики Ослера	Гарячка, шум у серці, спленомегалія	Пацієнти з вадами серця, наркозалежні	10–20
Менінгококцемія	*Neisseria meningitidis*	Петехії, пурпура (геморагічні плями), іноді некроз	Висока гарячка, менінгеальні симптоми, шок	Діти, підлітки	10
Короста (особливо норвезька форма)	*Sarcoptes scabiei*	Вузлики, кірочки, ходи, розчухи	Сильний свербіж, гіперкератоз	Усі, особливо діти та імунодефіцитні особи	у дорослих – до 5–10, у дітей до 2 років – до 30–40
Лептоспіроз	*Leptospira interrogans*	Макуло-папульозні, петехіальні, або геморагічні	Гарячка, жовтяниця, ниркова недостатність, міалгії	Сільськогосподарські працівники, купальники у стоячій воді	1–36
Кір	*Morbillivirus*	Плямисто-папульозні	Продром: кашель, нежить, кон'юнктивіт, плями Копліка, поетапність висипань (обличчя → тулуб → кінцівки)	Найчастіше діти 1–5 років, нещеплені	до 5
Краснуха	*Rubivirus*	Дрібноплямисті, рожеві	Збільшення потиличних і задньошийних лімфовузлів, легкий перебіг, можливі артралгії у підлітків і дорослих	Діти дошкільного віку, вагітні (ризик вродженої краснухи у плода)	до 5
Вітряна віспа	*Varicella zoster virus*	Везикули на еритематозній основі	Поліморфізм елементів (пляма → папула → везикула → кірочка), свербіж, хвилеподібність висипань	Переважно діти 2–10 років, тяжче перебігає у дорослих і імунодефіцитних осіб	до 1–2

Неінфекційні стани, що імітують інфекційний висип

Для повноцінної диференційної діагностики слід врахувати і ймовірність виникнення неінфекційних екзантем на долонях і підошвах. Однією з найчастіших (у 70–100 % випадків) таких недуг є **хвороба Кавасакі** – гострий системний васкуліт дитячого віку, ймовірно імуно-алергічного походження, що характеризується ураженням коронарних та інших судин з можливим утворенням аневризм, тромбозів і розривів судинної стінки. Припускають, що інфекційні агенти можуть бути тригером імунозапального процесу в генетично схильних дітей. Клінічно проявляється гарячкою понад 5 діб, кон'юнктивітом, «малиновим язиком», шийною лімфаденопатією та поліморфним висипом. Ураження долонь і підошов характеризується еритемою, набряком, поліморфним макуло-папульозним висипом, пізніше – лущенням шкіри [15].

Попри неінфекційну природу, хвороба Кавасакі часто потребує диференціації з вірусними екзантемами, менінгококовою інфекцією та токсико-алергічними реакціями.

Наводимо коротку характеристику неінфекційних захворювань із висипом на долонях і підошвах (табл. 2).

Таблиця 2

Особливості неінфекційних захворювань із висипом на долонях і підошвах

Хвороба	Тип висипу	Локалізація	Характерні ознаки	Група ризику / вікові особливості
Хвороба Кавасакі	Поліморфний макуло-папульозний висип, набряк і почервоніння долонь і стоп з лущенням	У 70–100 % випадків долоні і підошви, іноді стопи та пальці	Гарячка ≥5 діб, кон'юнктивіт, зміни слизових оболонок рота (червоні губи, «малиновий язик», ерозії); набряк і почервоніння долонь і підошов; шийні лімфаденопатії; можливі ураження коронарних артерій, міокарда	Переважно діти віком 6 місяців – 5 років
Пальмарно-плантарний псоріаз	Еритемні плями з лущенням, тріщини, іноді пустули	Долоні, підошви; може поєднуватися з іншими ділянками	Хронічний перебіг, сімейний анамнез псоріазу, свербіж, біль при ходьбі	Дорослі 20–50 років, генетична схильність
Атопічний дерматит / екзема	Еритема, везикули, кірки, мокнуття	Долоні і підошви, іноді стопи та пальці	Сильний свербіж, загострення після подразників	Діти та дорослі з атопією
Контактний дерматит	Еритема, набряк, везикули, лущення	Долоні і підошви, ділянка контакту з алергеном	Чітка асиметрія, відповідність формі контакту	Будь-який вік, контакт із хімікатами або алергенами
Синдром Коші (Dyshidrotic eczema / Pompholyx)	Дрібні водянисті везикули	Долоні, бокові поверхні пальців, іноді підошви	Свербіж, біль, рецидивний перебіг	Молоді дорослі 20–40 років, частіше жінки
Васкулопатії (SLE, дерматоміозит, червоний плоский лишай)	Еритема, пурпура, вузлики	Долоні, підошви; часто поєднуються з іншими ділянками	Системні симптоми: біль у суглобах, слабкість	Переважно дорослі, частіше жінки
Бородавки / кератодермія	Щільні вузлики, іноді з точковими чорними вкрапленнями	Підошви, долоні	Біль при натисканні, довготривалий перебіг	Діти та підлітки (бородавки), генетична схильність (кератодермія)
Синдром Рейно з вторинними ураженнями	Еритема або пурпура, тріщини, виразки	Пальці, долоні, підошви	Зміна кольору пальців на холоді, біль	Жінки 15–40 років, особливо при автоімунних захворюваннях

Як бачимо, висип на долонях і підошвах може бути проявом інфекційних і неінфекційних станів (псоріаз, екзема, контактний дерматит, синдром Коші). Для інфекційних процесів типовими є гарячка, інтоксикація, системні симптоми; для неінфекційних – хронічний або рецидивний перебіг без чітких загальних проявів.

Ключову роль у діагностиці відіграє морфологія висипу, його послідовність, симетрія та супутні клінічні ознаки.

Висновки

1. Висип на долонях і підошвах є цінною діагностичною ознакою для ряду інфекційних хвороб – ентеровірусної інфекції, сифілісу, окремих рикетсіозів, COVID-19, деяких вірусних геморагічних гарячок, септичного ендокардиту, менінгококцемії, норвезької корости та лептоспірозу. При так званих дитячих інфекційних екзантемах долонно-підошовні ураження винятково рідкісні.

2. Неінфекційні захворювання, зокрема хвороба Кавасакі, можуть імітувати інфекційні висипи й потребують ретельного диференційного підходу.

Література

1. Ребенок, Ж. О. (2012). Клінічні маски сказу. *Інфекційні хвороби, (2)*, 82–88. https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/inf-patol/article/view/490

2. Kent, M. E., & Romanelli, F. (2008). Reexamining syphilis: An update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Annals of Pharmacotherapy, 42*(2), 226–236. https://doi.org/10.1345/aph.1K086

3. Bhatti, M. T. (2007). Optic neuropathy from viruses and spirochetes. *International Ophthalmology Clinics, 47*(4), 37–66. https://doi.org/10.1097/IIO.0b013e318157202d

4. Сифіліс у чоловіків і жінок: симптоми та методи лікування. (n.d.). *onclinic.ua.* Retrieved from https://onclinic.ua/blog/syfilis-symptomy-ta-metody-likuvannia

5. Рикетсіози. (n.d.). *uk.wikipedia.org.* Retrieved from https://uk.wikipedia.org/wiki/Рикетсіози

6. Карімов, І. З., Гафарова, М. Т., Козловський, О. А., Лось-Яценко, Н. Г., Пеньковська, Н. О., & Вербинець, О. А. (2014). Клініко-патогенетичні особливості марсельської гарячки в Криму. *Інфекційні хвороби*, (2), 33–38. https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/inf-patol/article/view/4040/3731

7. Копча, В. С. (2021). Особливості імунозалежних проявів при COVID-19. *Інфекційні хвороби*, (2[104]), 4–16. https://doi.org/10.11603/1681-2727.2021.2.12159

8. World Health Organization. (2008). *International health regulations (2005)*. World Health Organization.

9. Gatherer, D. (2014). The 2014 Ebola virus disease outbreak in West Africa. *Journal of general virology*, *95*(8), 1619–1624. https://doi.org/10.1099/vir.0.067199-0

10. Nsanzimana, S., Remera, E., Nkeshimana, M., Westergaard, R. P., Firew, T., Semakula, M., ... & Rwagasore, E. (2025). Marburg Virus Disease in Rwanda, 2024 – Public Health and Clinical Responses. *New England Journal of Medicine*, *393*(10), 983–993. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2415816

11. Копча, В. С. (2023). Гострий сепсис і септичний ендокардит як дві сторони одної медалі. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*, (1[144]), 22–34. https://kiai.com.ua/ua/archive/2023/1%28144%29/pages-22-34/gostriy-sepsis-i-septichniy-endokardit-yak-dvi-storoni-odnoyi-medali

12. Андрейчин, М. А. (ред.), Копча, В. С., Крамарьов, С. О., Москалюк, В. Д., Андрейчин, Ю. М., Незгода, І. І., ... & Шевченко-Макаренко, О. П. (2025). *Атлас інфекційних хвороб* (4-те вид., змінене і доповн., 372 с.). Тернопіль: ТНМУ; Львів: Магнолія 2006.

13. Копча, В. С. (2002). Внутрішньошпитальний спалах корости серед медичних працівників. *Інфекційні хвороби*, (3), 68–71.

14. Короста: причини, симптоми та лікування. (n.d.). *profderm.net.ua.* Retrieved from https://profderm.net.ua/ua/statti/chesotka-prichiny-simtomy-i-lechenie/

15. Day-Lewis, M., Son, M. B. F., & Lo, M. S. (2024). Kawasaki disease: contemporary perspectives. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *8*(10), 781–792. https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00169-X/abstract

INFECTIOUS DISEASES ACCOMPANIED BY RASHES ON THE PALMS AND SOLES

Vasyl Kopcha

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. Rashes on the palms and soles are a relatively uncommon but clinically significant symptom that may occur in a number of infectious diseases. An overview of the major nosological entities characterized by the localization of skin eruptions on the palmar and plantar surfaces is presented, including enteroviral infection, yersiniosis, syphilis, rickettsioses, COVID-19, viral hemorrhagic fevers, infective endocarditis, meningococcal infection, scabies, leptospirosis, and others. The clinical features, pathogenetic mechanisms, and differential diagnostic criteria of these conditions are described. Noninfectious disorders, particularly Kawasaki disease, which may mimic infectious exanthems, are also discussed separately.

Keywords: *infectious diseases; rash; palms; soles; viral exanthems; yersiniosis; syphilis; rickettsioses; Kawasaki disease; differential diagnosis.*

Відомості про автора:

Василь Копча – д. мед. наук, професор кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними і венеричними хворобами Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського; e-mail: kopcha@ukr.net

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9499-3733

Information about the author:

Vasyl Kopcha – DSc (Medicine), Professor of the Infectious Diseases and Epidemiology, Skin and Venereal Diseases Department, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University; e-mail: kopcha@ukr.net

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9499-3733

Конфлікт інтересів / *Conflict of interest*. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів. *The author has no conflict of interest to declare.*

Інформація про фінансування / *Funding statement*. Дослідження не мало зовнішніх джерел фінансування. *The review received no external funding*.

Внесок автора / *Author's contribution*. Концепція та дизайн роботи, пошук і аналіз літератури, написання тексту, редагування, остаточне затвердження публікації. *Concept and design, literature search and analysis, writing, editing, final approval.*

Заява щодо використання ШІ / *AI usage statement*. У підготовці рукопису ШІ не використовувався; зміст і наукові судження є винятково авторськими. *No AI was used in the preparation of the manuscript; all content and scientific judgments are solely the author's.*

Надійшла до редакції / *Received for editorial office on* 23.09.2025.

Прийнята після рецензування / *Accepted after review on* 22.02.2026.

Подана до друку / *Submitted for printing on* 25.05.2026.