

Клинический случай рожи у ребенка

СОЛОДОВНИКОВА О. Н.^{1,3}, ПЫЛАЕВА С. К.^{2,3}, ЕРОВИЧЕНКОВ А. А.^{2,4}, ИСМАИЛ Ф. Р.¹,
СОЛОДОВНИК В. Д.³, АРУТЮНОВА Д. Д.², ШАМШЕВА О. В.³

¹Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка»

Департамента здравоохранения города Москвы, Российская Федерация

²Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН (Институт полиомиелита), г. Москва, Российская Федерация

³Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (Пироговский университет) Министерства здравоохранения России, г. Москва, Российская Федерация

⁴ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

В клинической практике врачей воспалительные изменения, наблюдаемые на коже, слизистых оболочках и в лимфатических узлах, являются характерными для множества инфекционных заболеваний. Рожь занимает одно из значительных мест в структуре инфекционных патологий среди взрослого населения. В то же время, у детей данное заболевание регистрируется крайне редко. В настоящем исследовании представлен редкий случай рожи, локализованной на лице и ушной области (симптом Милиана/Milian's ear sign), у 10-летнего ребенка, не имеющего сопутствующей соматической патологии. Учитывая редкость распространения рожи среди детского населения, а также отсутствие четких нормативных документов, касающихся ведения пациентов с данным заболеванием в педиатрической практике, представленный клинический случай может способствовать повышению настороженности врачей в отношении данного диагноза.

Ключевые слова: Стрептококк группы А, Рожь, дети

Clinical case of erysipelas in a child

Solodovnikova O. N.^{1,3}, Pylaeva S. K.^{2,3}, Erovichenkov A. A.^{2,4}, Ismail F. R.¹,
Solodovnik V. D.³, Arutunova D. D.², Shamsheva O. V.³

¹Moscow Multidisciplinary Clinical Center «Kommunarka» of the Moscow Department of Health, Moscow, Russian Federation

²Chumakov Federal Scientific Center for Research and Development of Immunobiological Drugs of the Russian Academy of Sciences (Polio Institute), Moscow, Russian Federation

³Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

⁴Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education

«Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

In clinical practice, inflammatory changes in the skin, mucous membranes and lymph nodes are characteristic of many infectious diseases. Erysipelas occupies a significant place in the structure of infectious pathologies in the adult population. At the same time, in children this disease is registered extremely rarely. The present study presents a rare case of erysipelas localised to the face and ear (Milian's ear sign) in a 10-year-old child with no comorbid somatic pathology. Given the rarity of erysipelas in the paediatric population and the lack of clear normative documents regarding the management of patients with this disease in paediatric practice, the clinical case presented may contribute to increased physician vigilance regarding this diagnosis.

Keywords: Group A Streptococcus, Erysipelas, children

Для цитирования: Солодовникова О.Н., Пылаева С.К., Еровиченков А.А., Исмаил Ф.Р., Солодовник В.Д., Арутюнова Д.Д., Шамшева О.В. Клинический случай рожи у ребенка. Детские инфекции. 2025; 24(3):70-72. doi.org/10.22627/2072-8107-2025-24-3-70-72

For citation: Solodovnikova O.N., Pylaeva S.K., Erovichenkov A.A., Ismail F.R., Solodovnik V.D., Arutunova D.D., Shamsheva O.V. Clinical case of erysipelas in a child. *Detskie Infektsii=Children Infections*. 2025; 24(3):70-72. doi.org/10.22627/2072-8107-2025-24-3-70-72

Информация об авторах:

Солодовникова Ольга Николаевна (Solodovnikova O.N.), к.м.н., заместитель главного врача по детству Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» ДЗМ; dr.o.n.solodovnikova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2792-4903>

Пылаева София Константиновна (Pylaeva S.K.), младший научный сотрудник клинического отдела Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН (Институт полиомиелита); pylaeva@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4106-0184>

Еровиченков Александр Анатольевич (Erovichenkov A.A.), д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней РМАНПО Минздрава России; erovichenkov_aa@chumakovs.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5087-69464>

Исмаил Фарес Риядович (Ismail F.R.), к.м.н., заведующий отделением респираторных инфекций детского инфекционного стационара ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ; fares110893@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0002-1138-9907>

Солодовник Виктория Дмитриевна (Solodovnik V.D.), врач-педиатр, клинический ординатор второго года обучения кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ; viktoriya.solodovnik.1999@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-2290-0949>

Арутюнова Дарья Дмитриевна (Arutunova D.D.), к.м.н., старший научный сотрудник клинического отдела Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН (Институт полиомиелита); Dashulka_555@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0058-7748>

Шамшева Ольга Васильевна (Shamsheva O.V.), д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ; ch-infection@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6033-6695>

Рожь представляет собой антропонозное инфекционное заболевание, обусловленное гемолитическим стрептококком группы А (ГСА), которое характеризуется выраженным синдромом интоксикации и развитием серозного или серозно-геморрагического воспаления кожи [1].

Рожь занимает одно из значительных мест в структуре инфекционных патологий у взрослых. В то же время, у детей данное заболевание регистрируется крайне редко. Официальные статистические данные об инфекционной заболеваемости в Российской Федерации не содержат сведений о распространении рожи в детском возрасте [2]. Поскольку в

зарубежной литературе термины рожа (erysipelas) и целлюлит приравнены друг другу, существуют трудности в обнаружении данных по распространённости рожи у детей в других странах. Среднегодовая частота посещений неотложной помощи в США с первичным диагнозом целлюлит/рожа составляет 1,4–2,09 на миллион посещений в год. Во Франции у детей случаи заболевания рожей спорадические, без явного увеличения числа случаев, в отличие от взрослых. Ежегодная заболеваемость ниже 1/100 000 жителей [3].

Входными воротами для *Streptococcus pyogenes*, традиционно выступают повреждения кожных покровов, включая уку-

лы, ссадины, укусы и ожоги. Кроме того, различные дерматологические патологии, такие как псориаз, экзема, атопический дерматит, буллезные дерматозы и пиодермии, также могут служить предрасполагающими факторами для развития инфекции. В частности, у новорожденных детей рожа может возникать в результате инфицирования области пупка, где пупочная рана выступает как путь распространения инфекции [4]. При эндогенном заражении возбудитель проникает в кожу из очага хронической инфекции — стрептококкового синусита, тонзиллита, кариеса или отита [1]. Другими факторами риска характерными для развития рожи является наличие преморбидного фона: эндокринных патологий (сахарный диабет, ожирение), нефротический синдром, первичные и приобретенные иммунодефициты, венозная недостаточность, эрозивные поражения кожи, грибковые инфекции. Также описаны случаи рожи на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и кортикостероидной терапии [5].

Эритематозная форма рожи характеризуется острым началом заболевания, выраженными симптомами интоксикации и образованием локализованного болезненного участка гиперемии с четко очерченным демаркированным краем, сопровождающимся явлениями лимфаденита [6]. В дебюте заболевания характерны изменения в клиническом анализе крови в виде лейкоцитоза за счет нейтрофилов. Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины и не требует проведения микробиологических исследований [7, 8].

Цель данной работы — иллюстрация клинического случая рожи и информирование врачей о возможности развития рожи в детском возрасте. Получено информированное согласие.

Клинический случай. Девочка В. 10 лет. Госпитализирована в инфекционное отделение 19.01.2023 г. с жалобами на отек кожи лица, боль в горле, повышение температуры тела до 38,0°C. Заболевание началось за 3 дня до поступления ребенка в стационар с лихорадки, достигающей 38°C. На 2-е сутки болезни (18.01.2023) родители ребенка заметили покраснение на правой ушной раковине в области козелка, утром на 3 сутки заболевания (19.01.2023) наблюдалось повышение температуры тела до 37,9°C, распространение очага гиперемии на правую половину лица и околоушную область справа. Из анамнеза заболевания известно, что за 3 дня до настоящего заболевания наблюдалась боль в горле, налеты на миндалинах без повышения температуры тела.

Из анамнеза жизни известно, что у ребенка хронических заболеваний нет. Контакты с инфекционными больными за 3 недели до настоящего заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. В возрасте 5 лет перенесла ветряную оспу. Вакцинирована по возрасту, травм и операций



Рисунок 1. Фотография девочки В. 10 лет с клинической картиной рожи на 3 день заболевания

Figure 1. Photograph of a 10-year-old girl V. with a clinical picture of erysipelas on the 3rd day of the disease

не было. За последние полгода антибактериальная терапия не проводилась.

При объективном осмотре ребенок находился в состоянии средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома, болезненных ощущений в области лица. Температура тела 37,9°C. Сознание ясное. Частота дыхательных движений составила 20 в минуту, частота сердечных сокращений — 90 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Живот спокойный, физиологические отправления без патологии. Размеры печени и селезенки не увеличены, при пальпации живот безболезнен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При локальном осмотре отмечено увеличение подчелюстных лимфатических узлов справа (подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и подкожно-жировой клетчаткой). Гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Гипертрофия небных миндалин 1 степени, без налетов. Справа в околоушной, жевательной, скуловой, латеральной части лобной областей наблюдался ограниченный отекший участок гиперемии с приподнятыми краями, горячий и болезненный на ощупь, распространяющийся на правую ушную раковину и, правую заушную область (ухо Милиана /Milian's ear sign).

В клиническом анализе крови, проведенном на шестой день заболевания, был зафиксирован лейкоцитоз, составивший $16,08 \times 10^9/\text{л}$, что обусловлено увеличением числа нейтрофилов до уровня $12,63 \times 10^9/\text{л}$. Кроме того, при исследовании сыворотки крови было обнаружено незначительное повышение уровня С-реактивного белка.

Таблица 1. Лабораторные показатели крови девочки В. 10 лет в первый день госпитализации (3-е сутки заболевания)
Table 1. Laboratory blood parameters of girl V., 10 years old, on the first day of hospitalization (3rd day of illness)

Показатель Indicator	Результаты (1-й день госпитализации; 3-й день болезни) Results (1st day of hospitalization; 3rd day of illness)	Референсные значения Reference values
Гемоглобин	132 г/л	106 — 134 г/л
Лейкоциты, абс	$16,08 \times 10^9/\text{л}$	$4,27 — 11,40 \times 10^9/\text{л}$
Нейтрофилы, абс.	$12,63 \times 10^9/\text{л}$	$1,63 — 7,87 \times 10^9/\text{л}$
Лимфоциты, абс.	$1,88 \times 10^9/\text{л}$	$0,97 — 4,28 \times 10^9/\text{л}$
Тромбоциты, абс.	$241 \times 10^9/\text{л}$	$199,0 — 369,0 \times 10^9/\text{л}$
СРБ, мг/л	17,30	0,00—5 мг/л

Качественный тест определения гемолитического стрептококка группы А в мазках из зева (ИХА Стрептококк А/Strep A Tes) положительный. УЗИ мягких тканей жидкостных скоплений не выявило. По результатам бактериологического исследования (мазок слизистой зева) был выявлен рост *Streptococcus pyogenes* 10⁶. Ребенку был выставлен диагноз: Эритематозная рожа лица и уха, первичная, средней степени тяжести, гладкое течение. Иницирована антибактериальная терапия Амоциллин/Клавуланат (Amoxicillin + Clavulanic acid) 90 мг/кг/сут. каждые 8 часов. Назначена симптоматическая терапия: полоскание зева с антисептическим раствором. На 5-й день госпитализации отмечалась нормализация самочувствия и результатов клинического анализа крови, регресс локальных проявлений рожи. Пациентка выписана с клинико-лабораторным выздоровлением, даны рекомендации по продолжению антибактериальной терапии пероральной формой Амоксициллина/Клавуланата (Amoxicillin + Clavulanic acid) до 10 дней суммарно.

Закключение

Особенностью представленного клинического случая является развитие рожи лица с вовлечением в воспалительный процесс ушной раковины у ребенка с неотягощенным преморбидным фоном. Диагноз «рожа уха», также известный как признак Миляна, представляет собой специфический клини-

ческий признак, позволяющий дифференцировать рожу от целлюлита. Эта редкая патология затрагивает ушную раковину и характеризуется тем, что воспалительный процесс не затрагивает более глубокие слои дермы и подкожной клетчатки. Эта особенность обусловлена анатомическими характеристиками данной области. Ухо Миляна, чаще всего наблюдаемое в клинической практике у взрослых, представляет собой значимый диагностический маркер рожи. Тем не менее, данное проявление остается редким как у взрослых так и у детей [9,10,11].

Также особенностью данного случая также является уровень СРБ, не характерный для бактериальной инфекции. Повышенный уровень С-реактивного белка часто наблюдается при плохо контролируемой роже, указывает на тяжелую инфекцию и может использоваться как предиктор тяжести течения заболевания, однако, низкие показатели СРБ при клинике не должны ставить под сомнения диагноз [12].

В клинической практике врача воспалительные изменения, наблюдаемые на коже, слизистых оболочках, и в лимфатических узлах встречаются при многих инфекционных заболеваниях. В связи с редким распространением рожи среди детского населения, а также отсутствия нормативных документов по ведению пациентов с рожей в педиатрической практике, данный диагноз может оставаться вне поля зрения при проведении дифференциальной диагностики.

Список литературы:

1. Еровиченков А.А., Брико Н.И., Малышев Н.А., Потекаева С.А., Ковалева Е.В. и соавт. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожи в г. Москве в последние годы. Инфекционные болезни. 2015; 13(1):46–52
2. Государственный доклад о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024: 364. https://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=27779
3. Erysipelas in Children: Risk Factors and Management in the Pediatric Emergency Department. Issam Taha; Ilham Tadmori; Widade Kojmane et al in *Open Journal of Pediatrics*. 2023; 13(06):914–920.
4. Painter K, Anand S, Philip K. Omphalitis. [Updated 2022 Sep 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513338/>
5. Brishkoska-Boshkovski V, Kondova-Topuzovska I, Damevska K, Petrov A. Comorbidities as Risk Factors for Acute and Recurrent Erysipelas. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Mar 15; 7(6):937–942. doi: 10.3889/oamjms.2019.214
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, et al. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis*. 2005 Nov 15; 41(10):1373–406. doi: 10.1086/497143
7. Инфекционные болезни: Национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2023:435–446.
8. СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» от 28 января 2021 года N 4 N 3.3686-21 с изменениями на 25 мая 2022 года.XII. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции.
9. Sugimoto H, Furukawa K. Milian's ear sign: Erysipelas. *IDCases*. 2018 Aug 31;14:e00449. doi: 10.1016/j.idcr.2018.e00449.
10. Suzuki K, Otsuka H. Bilateral Milian's Ear Sign of Erysipelas. *Intern Med*. 2017 Sep 1; 56(17):2381–2382. doi: 10.2169/internalmedicine.8694-16
11. Matsuura H., A Senoo, M Saito, Y Hamanaka, Milian's ear sign, *QJM: An International Journal of Medicine*, June 2018; 111(6):415. doi: 10.1093/qjmed/hcx251
12. Lazzarini L, Conti E, Tositti G, et al. Erysipelas and cellulitis: clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. *J Infect*. 2005; 51(5):383–389. doi: 10.1016/j.jinf.2004.12.010

References:

1. Erovichenkov A.A., Briko N.I., Malyshev N.A., Potekhaeva S.A., Kovaleva E.V. et al. Clinical and epidemiological characteristics of erysipelas in Moscow in recent years. *Infectious Diseases*. 2015; 13(1):46–52. (In Russ.)
2. State report on the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2023. Moscow: Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2024: 364. (In Russ.) https://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=27779
3. Erysipelas in Children: Risk Factors and Management in the Pediatric Emergency Department. Issam Taha; Ilham Tadmori; Widade Kojmane et al in *Open Journal of Pediatrics*. 2023; 13(06):914–920.
4. Painter K, Anand S, Philip K. Omphalitis. [Updated 2022 Sep 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513338/>
5. Brishkoska-Boshkovski V, Kondova-Topuzovska I, Damevska K, Petrov A. Comorbidities as Risk Factors for Acute and Recurrent Erysipelas. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Mar 15; 7(6):937–942. doi: 10.3889/oamjms.2019.214
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, et al. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis*. 2005 Nov 15; 41(10):1373–406. doi: 10.1086/497143
7. Infectious diseases: National guidelines. Ed. by N.D. Yushchuk, Yu.Ya. Moscow: GEOTAR-Media Publishing House, 2023:435–446. (In Russ.)
8. SanPiN «Sanitary and Epidemiological Requirements for the Prevention of Infectious Diseases» dated January 28, 2021 N 4 N 3.3686-21 with amendments as of May 25, 2022.XII. Prevention of streptococcal (group A) infection. (In Russ.)
9. Sugimoto H, Furukawa K. Milian's ear sign: Erysipelas. *IDCases*. 2018 Aug 31;14:e00449. doi: 10.1016/j.idcr.2018.e00449.
10. Suzuki K, Otsuka H. Bilateral Milian's Ear Sign of Erysipelas. *Intern Med*. 2017 Sep 1; 56(17):2381–2382. doi: 10.2169/internalmedicine.8694-16
11. Matsuura H., A Senoo, M Saito, Y Hamanaka, Milian's ear sign, *QJM: An International Journal of Medicine*, June 2018; 111(6):415. doi: 10.1093/qjmed/hcx251
12. Lazzarini L, Conti E, Tositti G, et al. Erysipelas and cellulitis: clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. *J Infect*. 2005; 51(5):383–389. doi: 10.1016/j.jinf.2004.12.010

Статья поступила 21.10.24

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить. Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflicts of interest, financial support, which should be reported.