

фицирования детей являются, вероятно, все инфицированные члены семьи. В этом случае, для прекращения внутрисемейной циркуляции циркуляции целесообразно лечить и контролировать не только детей, но и взрослых членов семьи, а также тех, кто имеет тесный и длительный контакт с ребенком.

### Литература:

1. Заплатников А.Л. Часто болеющие дети: современное состояние проблемы / А.Л. Заплатников, Н.А. Коровина // Вопросы практической педиатрии. — 2008. — Т. 3, № 5. — С. 103–109.
2. Ключников С.О. Острые респираторные заболевания у детей (пособие для врачей) / С.О. Ключников, О.В. Зайцева, И.М. Османов и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2008. — Приложение, № 3. — С. 1–36.
3. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection. — 3rd Ed. Philadelphia, 2001. — P. 178–82.
4. Шарапова О.В. Проблемы инфекционной заболеваемости в России в новом тысячелетии // Педиатрия. — 2004. — № 4. — С. 4–6.
5. Учайкин В. . Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей // Педиатрия. — 2004. — № 4. — С. 7–11.
6. Тарасова И.В. Рецидивирующая респираторная инфекция у детей и понятие «часто болеющие дети» // Аллергология и иммунология в педиатрии. — 2006. — № 2–3. — С. 34–39.
7. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Р.М. Торшхоева и др. // Педиатрическая фармакология. — 2006. — № 1. — С. 13–17.
8. Савенкова М.С. Хламидийно-микоплазменные инфекции у детей / М.С. Савенкова, М.П. Савенков. — М.: Миклош, 2011. — 291 с.
9. Michael Ostapchuk, Donna M. Roberts, Richard Haddy. Community — Acquired Pneumonia in Infants and Children / Am. Fam. Physician. — 2004. — Sep. 1; 70 (5): 899–908.
10. Маркова Т.П. Острые респираторные инфекции. Профилактика и лечение // Русский Медицинский журнал. — 2012. — № 12. — С. 628.
11. Primary immunodeficiency diseases. Report of a WHO scientific group. Clin. Exp. Immunol. — 1997. — 109(suppl. 1): 1–28.
12. Замахина Е.В. Клинико-патогенетическое значение персистенции респираторных вирусов у часто болеющих детей / Е.В. Замахина, В.Л. Фомина, О.В. Кладова // Педиатрия. — 2009. — Т. 87. — № 3. — С. 42–47.
13. Совершенствование программы лечения острых респираторных инфекций у детей / Э.Н. Симованьян и др. // Педиатрическая фармакология. — 2013. — 10 (1): 83–90.
14. Савенкова М.С. Респираторные формы хламидиоза // Справочник поликлинического врача. — 2008. — № 14–15. — С. 24–27.
15. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Респираторный микоплазмоз у детей // Русский Медицинский журнал. — 2004. — № 13. — С. 773–777.
16. Michelow I.C., Olsen K., Lozano J. et al. Epidemiology and Clinical Characteristics of Pneumonia in Hospitalized Children // Pediatrics. — 2004. — 113 (4): 701–707.
17. Острые респираторные заболевания у детей (пособие для врачей) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2008. — № 3. — С. 1–36.
18. Абрамова Н.А., Савенкова М. . Роль социальных и экологических факторов в формировании группы часто болеющих детей в социально благополучных семьях г. Москвы // Детские инфекции. — 2013. — Т. 12, № 4. — С. 52–57.
19. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. — Саратов: Радуга, 1986. — 183 с.
20. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.

## Асимметричная перифлексуральная (односторонняя латероторакальная) экзантема

Д. Ю. Овсянников, Е. А. Дегтярева

ГФБОУ ВПО Российский университет дружбы народов,  
Детская инфекционная клиническая больница № 6  
Департамента здравоохранения г. Москвы

В статье приводятся сведения об эпидемиологии, возможной этиологии, клинике и диагностике редкого инфекционного экзантемного заболевания неизвестной этиологии — асимметричной перифлексуральной экзантемы. Представлено наблюдение заболевания у ребенка 1 года 10 мес. Особенностью данного клинического наблюдения является распространение высыпаний на туловище и контралатеральную сторону, а также рецидивирующее течение болезни.

**Ключевые слова:** асимметричная перифлексуральная экзантема детей, унilaterальная латероторакальная экзантема, дети

### Asymmetric Periflexural (Unilateral Laterothoracic) Exanthem

D. Yu. Ovsyannikov, E. A. Degtyareva

People's Friendship University of Russia, Children's Infectious Clinical Hospital № 6, Moscow

The article gives data about the epidemiology, possible etiology, clinical presentation and diagnosis of a rare infectious exanthematic disease of unknown etiology — asymmetric periflexural exanthem. Observation of the disease in a child of 22 months was presented. The peculiarity of this clinical observation is the spread the

rash to the trunk and the contralateral side, and relapsing course of the disease.

**Keywords:** asymmetric periflexural exanthem of childhood, unilateral laterothoracic exanthem, children

**Контактная информация:** Овсянников Дмитрий Юрьевич — д. м. н., зав. каф. педиатрии Российского университета дружбы народов; 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 64, Российский университет дружбы народов; (499)154-44-59; mdovsyannikov@yahoo.com

УДК 616.9:576.8

М. J. Brunner с колл. в 1962 году впервые описал «новую папулезную эритему» у 75 детей в возрасте 6 мес. — 5 лет [1]. Позднее, в 1992 году, С. Vodemer и Y. de Prost опубликовали описание серии 18 случаев данного заболевания, назвав его унилатеральная (односторонняя) латероторакальная экзантема (unilateral laterothoracic exanthema, ULE) [2]. В 1993 году А. Taieb с соавт. вместо термина ULE предложили другое название болезни — асимметричная перифлексуральная экзантема детей (asymmetric periflexuralexanthem of childhood, АРЕС) [3].

Асимметричная перифлексуральная экзантема детей является редким самокупирующимся спонтанно разрешающимся детским кожным воспалительным заболеванием неизвестной этиологии, начинающимся с односторонних высыпаний в подмышечной области или в паху, распространяющихся в дальнейшем центростремительно.

Различными авторами высказываются предположения о возможной причинной связи АРЕС с инфекциями, вызванными вирусами парагриппа, аденовирусами 2 и 3 типов, парвовирусом В19 и вирусами герпеса человека 6 и 7 типов [4–6]. В последние годы появились указания на возможную взаимосвязь АРЕС с инфицированием вирусом Эпштейна-Барр [7, 8]. Наиболее вероятным представляется, что если связь с вирусной инфекцией в случае этого кожного заболевания и имеется, то АРЕС может рассматриваться как неспецифическая экзантема при инфекциях, вызванных различными вирусными агентами. Подтверждением инфекционной этиологии болезни служат наблюдения вспышек АРЕС, хотя прямое заражение здорового человека от больного не доказано.

Обычно болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 10 лет (средний возраст — 2 года), причем девочки в 2 раза чаще, чем мальчики. Заболевание чаще встречается в весеннее время года, наибольшее число случаев АРЕС приходится на период с февраля по сентябрь. В мире описано немногим более 300 случаев заболевания, среди них только четыре у взрослых [6, 9–11].

Патогистологические изменения кожи включают в себя периваскулярную лимфоцитарную инфильтрацию с доминированием CD4-клеток, умеренный спонгиоз, эксфолиацию, воспаление дермы вокруг эккриновых выводных протоков [12].

Заболевание начинается с симптомов-предвестников со стороны органов дыхания или желудочно-кишечного тракта, регистрируемых со следующей частотой: ринофарингит (66%), гастроэнтерит (41%), кашель, бронхит (17%), конъюнктивит (10%). Асимметричная перифлексуральная экзантема детей характеризуется острым появлением односторонней макулопапулезной, скарлатино-

подобной или экзематозной сыпи, первоначально проявляющейся в подмышечной и/или паховой областях и далее распространяющейся на туловище и конечности. Вначале в области сгибательных поверхностей, чаще в подмышечной области, реже в области туловища, верхних конечностей, бедер возникают односторонние пятнистые и папулезные высыпания. Отдельные очаги представляют собой эритематозные папулы с бледным ободком по периферии (экзематозная стадия). В последующем высыпания могут распространяться на контралатеральные участки, однако при этом всегда более выражены с одной из сторон; папулы могут сливаться (стадия слияния), иногда наблюдаются тонкие чешуйки (стадия десквамации). Высыпания сопровождаются слабым или умеренным зудом. Лицо, слизистые оболочки полости рта, ладони и подошвы не поражаются. В редких случаях на поздней стадии заболевания может наблюдаться двустороннее проявление высыпаний, экзантема.

Общие проявления АРЕС включают в себя субфебрилитет (у 40% пациентов) и лимфаденопатию (у 70%), высокая лихорадка встречается крайне редко.

Сыпь сохраняется продолжительное время и разрешается обычно самостоятельно в течение 4–6 недель; в редких случаях возможно рецидивирующее течение болезни, сыпь может персистировать на протяжении четырех месяцев [4, 5]. Диагноз АРЕС устанавливается клинически. Правильный ответ обычно подсказывают первоначальная односторонняя локализация высыпаний и их динамика.

Дифференциальная диагностика АРЕС проводится с розовым лишаем Жибера, контактным аллергическим дерматитом, синдромом Джанотти-Крости (папулезным акродерматитом детей), микозом кожи, чесоткой, скарлатиной, атопическим дерматитом, папулезной крапивницей и контактным моллюском. Для лишая Жибера характерно появление материнской бляшки с последующим распространением элементов «отсевов» по линиям дерматомов. Контактный аллергический дерматит характеризуется, помимо анамнестических указаний об этиологическом факторе, эритемой, папулами и везикулами в области контакта с выраженным жжением, зудом, при этом очагов вне зоны контакта обычно не бывает. При синдроме Джанотти-Крости наблюдаются симметричные моноформные высыпания в виде красных папул и папуловезикул на щеках, разгибательных поверхностях дистальных отделов конечностей и на ягодичках. Очаги при микозе гладкой кожи сопровождаются шелушением и гиперемией по периферии.

Лечение АРЕС, как правило, не требуется. При выраженном зуде используют смягчающий крем, антигиста-



**Рисунок 1.** Второй день болезни: пятнисто-папулезная сливающаяся и эритематозная сыпь с лихенификацией в левой подмышечной области



**Рисунок 2.** Третий день болезни: распространение папулезной сыпи на туловище

минные препараты. Местные кортикостероиды неэффективны [12].

Ниже представляем наблюдение АРЕС у мальчика 1 года 10 месяцев.

Ребенок был направлен на консультацию в марте 2012 г. в связи с внезапным появлением пятнисто-папулезной сыпи в подмышечной области слева, сыпь имела тенденцию к слиянию, сопровождалась лихенификацией

(рис. 1). Через три дня папулезные элементы постепенно распространились на плечо, предплечье, грудную клетку, живот, ноги, вначале левую, а затем на правую (контралатеральную) сторону (рис. 2). Подмышечные лимфатические узлы слева безболезненные при пальпации, единичные, подвижные, размером до 0,8 см. Отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. Сыпи предшествовали катаральные явления, температура тела не повышалась. Семейный и личный аллергоанамнез не отягощен. Общий анализ крови без воспалительных изменений. Изменения на коже в течение всей болезни (4 недели) были более выраженными слева. Сыпь сопровождалась умеренным зудом, болезненности в подмышечной области не было. Через 2 недели от начала заболевания сыпь регрессировала, кожа очистилась, отмечалось мелкопластинчатое шелушение, однако через неделю папулезные высыпания появились вновь, были выражены в меньшей степени, преимущественно располагались в подмышечной области слева, держались 10 дней. На протяжении всей болезни самочувствие и аппетит ребенка не страдали. Для лечения использовали антигистаминные препараты, смягчающие кремы.

Особенностью данного клинического наблюдения АРЕС является рецидивирующее течение болезни, что отмечается редко, а также распространение высыпаний на туловище и контралатеральную сторону.

### Литература:

1. Brunner M.J., Rubin L., Dunlap F. A new papular erythema of childhood // *Arch. Dermatol.* — 1962. — 85: 539—540.
2. Bodemer C., de Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 1992. — 27 (5 Pt 1): 693—696.
3. Taieb A., Megraud F., Legrain V. et al. Asymmetric periflexuralexanthem of childhood // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 1993. — 29 (3): 391—393.
4. Harangi F., Várszegi D., Szücs G. Asymmetric periflexural exanthem of childhood and viral examinations // *Pediatr. Dermatol.* — 1995. — 12: 112—115.
5. Laur W.E. Unilateral laterothoracic exanthema in children // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 1993. — 29: 799—780.
6. Pauluzzi P., Festini G., Gelmetti C. Asymmetric periflexural exanthem of childhood in an adult patient with parvovirus B19 // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* — 2001. — 15: 372—374.
7. Duarte A.F., Cruz M.J., Baudrier T. et al. Unilateral laterothoracic exanthem and primary Epstein-Barr virus infection: case report // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 2009. — 28 (6): 549—550.
8. Scheinfeld N. Unilateral laterothoracic exanthema with coincident evidence of Epstein Barr virus reactivation: exploration of a possible link // *Dermatol. Online J.* — 2007. — 13 (3): 13.
9. Bauza A., Redondo P., Fernandez J. Asymmetric periflexural exanthem in adults // *Br. J. Dermatol.* — 2000. — 143 (1): 224—226.
10. Chan P.K., To K.F., Zavar V. et al. Asymmetric periflexural exanthem in an adult // *Clin. Exp. Dermatol.* — 2004. — 29 (3): 320—1.
11. Corazza M., Virgili A. Asymmetric periflexural exanthem in an adult // *ActaDermVenereol.* — 1997. — 77 (1): 79—80.
12. McCuaig C.C., Russo P., Powell J. et al. Unilateral laterothoracic exanthem. A clinicopathologic study of forty-eight patients // *J. Amer. Acad. Derm.* — 1996. — 34 (6): 979—984.