

Редкие формы экзантем в клинической практике педиатра

В. С. СОБОЛЕНКОВА^{1,2}, С. Ю. ФЕДОРОВ¹, Н. С. РУДНЕВА^{1,3}

¹ Медицинский институт ФГБОУ ВПО Тульский государственный университет,

² ОАО Детская поликлиника МЦ «Консультант»,

³ ГУЗ Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Тула, Россия

К редко встречающимся видам инфекционной сыпи в практике педиатра можно отнести детскую розеола, вирусную пузырчатку, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, одностороннюю латероторакальную экзантему. Эти заболевания, несмотря на определенные, свойственные каждому, признаки, часто не диагностируются при первичном приеме у педиатра.

В исследовании дана характеристика каждого варианта сыпи, течения заболевания, рассмотрены возможные ошибки первичной диагностики редких инфекционных сыпей.

Ключевые слова: сыпь, экзантема, инфекции, дети

Rare Forms of Exanthems in Pediatric Clinical Practice

V. S. Sobolenkova^{1,2}, S. Yu. Fedorov¹, N. S. Rudneva^{1,3}

¹Medical Institute Tula State University,

²Children's Clinic «Consultant»,

³Tula regional clinical dermatovenerologic dispensary, Tula, Russia

The infant roseola, viral pemphigus, papular-hemorrhagic rash as a form of gloves and socks syndrome, and one-sided laterothoracic exanthema can be referred to the rare types of infectious rash in the pediatrician's practice. These diseases, despite certain signs peculiar to everyone, are often not diagnosed during the initial admission to a pediatrician.

The study describes the characteristics of each type of rash, the course of the disease, and discusses possible errors in the primary diagnosis of rare infectious rashes.

Keywords: rash, exanthema, infections, children

Для цитирования: В. С. Соболенкова, С. Ю. Федоров, Н. С. Руднева. Редкие формы экзантем в клинической практике педиатра. Детские инфекции. 2018; 17(4): 65-68. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-4-65-68>

For citation: V.S. Sobolenkova, S.Yu. Fedorov, N.S. Rudneva. Rare forms of exanthems in pediatric clinical practice. Detskie Infektsii=Children's Infections. 2018; 17(4):65-68. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-4-65-68>

Контактная информация: Соболенкова Виктория Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, врач-педиатр, Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, РФ; **Victoria Sobolenkova**, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine Propaedeutics, Pediatrician, Medical Institute Tula State University, Tula, RF; fedorovavictoria@rambler.ru

К редко встречаемым и трудно диагностируемым формам инфекционной сыпи у детей можно отнести вирусную пузырчатку, детскую розеола (или детская лихорадка, шестая болезнь, псевдокраснуха), синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, одностороннюю латероторакальную экзантему (или асимметричная перифлексоральная экзантема детского возраста). Данные нозологии обладают следующими общими признаками: характерные высыпания, диагноз ставится по клинической картине и в большинстве случаев не проводится лабораторная диагностика и специфическая терапия. Однако стадийность кожных процессов в литературных источниках разнится, что затрудняет выявление заболевания и приводит к назначению необоснованного лечения [1–4].

Но, учитывая сегодняшнюю ситуацию по заболеваемости корью, лабораторную диагностику проводить необходимо при каждом случае экзантемы, тем более при ее редких формах.

Целью исследования было изучение вариантов, стадий развития инфекционных сыпей на амбулаторном приеме педиатра.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет жизни с диагнозами: детская розеола ($n = 13$), вирусная пузырчатка ($n = 8$), синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков ($n = 16$), односторонняя латероторакальная экзантема

($n = 1$). Все дети консультированы нами на амбулаторном приеме в Детской поликлинике МЦ «Консультант» или в Тульском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере. Все пациенты обратились не ранее, чем на 3-и сутки от начала болезни после первичного визита к педиатру.

Результаты и их обсуждение

Детская розеола (другое название — внезапная экзантема, шестая болезнь, псевдокраснуха, по МКБ В08.2) проявляется в виде экзантемы. Заболевание характерно для детей раннего возраста. Этиотропным фактором детской розеола являются герпесвирусы 6 и 7 типов [5]. Частота выявления вируса герпеса 6 типа у заболевших младенцев варьирует от 10 до 40%, увеличивается с возрастом. Так у детей 2 лет вирус обнаруживается уже в 77% случаев [6]. Передача происходит воздушно-капельным путем. В исследовании Tesini B.L., 2014 г., выдвигается версия о детской розеоле как о первичной реализации герпесвирусной инфекции при внутриутробном инфицировании [7]. Инкубационный период обычно составляет 10–14 дней.

Под нашим наблюдением находились 13 детей с детской розеолой, средний возраст которых составил $10,2 \pm 4,43$ месяцев. 38% детей заболели осенью. Половина наблюдаемых пациентов была из семей медицинских работников. Большинство детей (76%) были вакцинированы с отставанием от графика, а 2 детей не были привиты совсем. Контакт с инфекционными больными матери всех заболевших детей отрицали. В дебюте заболевания у всех



Рисунок 1. Детская розеола
Figure 1. Infant roseola



Рисунок 2. Петехиальная сыпь на ладонях при синдроме перчаток и носков
Figure 2. Petechial rash on the palms on the form of gloves and socks

детей отмечалась лихорадка (39–40°C) с выраженной интоксикацией длительностью $3,1 \pm 0,4$ дня. Окончание лихорадочного периода характеризовалось появлением высыпаний в виде пятнистой, папулезной и пятнисто-папулезной сыпи на теле, преимущественно на лице и конечностях (рис. 1). Высыпания сопровождалась увеличением лимфатических узлов шейной группы у всех детей, затылочной (у 31%); гиперемией слизистой ротоглотки и увеличением небных миндалин (в 100% случаев). Высыпания исчезали бесследно через 2 дня, не реагировали на прием антигистаминных средств и местных гормональных и увлажняющих кремов и мазей.

В общих анализах крови у всех детей выявлялись нейтропения, лимфоцитоз. У 38% детей при обследовании мазка из ротоглотки методом ПЦР выявлен вирус герпеса 6 типа.

Диагнозы при первичном обращении к педиатру на стадии лихорадки были: у 5 детей (38%) — ОРВИ, острый тонзиллит, течение, у 1 ребенка — поствакцинальная реакция, у 1 ребенка — заболевание крови? На стадии высыпаний предполагаемым диагнозом у 4 детей было течение аллергического процесса. И только в 2 случаях сразу выявлялась детская розеола.

Синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков характеризуется поражением слизис-

той рта, кистей рук и стоп [8]. Впервые данный синдром описан в 50-х годах прошлого столетия в США, предположительно был вызван энтеровирусами. В дальнейшем в исследованиях выделен целый ряд вирусов, которые могут вызывать данный процесс: парвовирус В19, вирусы герпеса человека 6-го и 7-го типов, Коксаки 4, 9, 10, ЕСНО 16, цитомегаловирус [9]. Однако, на сегодняшний день синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков больше всего характерен для энтеровирусной группы инфекций (ЕСНО (5, 9, 17, 22) и Коксаки А16) и развивается довольно часто. Наибольшую распространенность заболевания, ассоциированного с энтеровирусами, отмечают в Южной Азии [10]. Известно, что чаще болеют дети дошкольного возраста. Отличительной чертой данного процесса является появление папулезно-геморрагических элементов в области кистей рук и стоп, особенно на их внутренней поверхности. Пик заболеваемости приходится на теплое время года. Характерна цикличность данного инфекционного процесса с подъемами заболеваемости каждые 3–5 лет. При наличии только кожного синдрома специфическая вирусологическая диагностика не требуется [9, 10].

Мы наблюдали синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков у 16 детей, чаще старшего дошкольного возраста ($4,5 \pm 2,09$ лет). В 50% случаев отмечались хронические заболевания ЛОР-органов (аденоидиты, тонзиллиты). 38% детей заболели, находясь на отдыхе в Турции (4) и Греции (2). В четырех семьях заболевших данный синдром отмечался также у отцов.

У всех наблюдаемых детей было острое начало заболевания с появлением катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, возникла фебрильная лихорадка в течение 1–2 дней. На 1–2 день заболевания на высоте лихорадки или после ее снижения появлялась папулезная и петехиально-геморрагическая сыпь в области кистей, нередко болезненная в дебюте (особенно на стопах). У трети детей единичные эрозии на слизистой ротоглотки появились еще в лихорадочном периоде, у остальных — после купирования лихорадки. У 30% детей с отягощенным аллергическим анамнезом отмечалась вторая волна высыпаний в области ягодиц на 4-ые сутки болезни. Шейная лимфаденопатия выявлялась у 81% больных. Продолжительность высыпаний второй волны составила 4–5 дней. В период высыпаний все пациенты чувствовали себя удовлетворительно. После 5-го дня высыпаний отмечался регресс кожных элементов в виде крупнопластинчатого шелушения, которое сохранялось в течение недели. Высыпания при синдроме папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков всегда исчезали бесследно. В общих анализах крови выявлялась в 25% случаев эозинофилия (до 8%), в 81% — лимфоцитоз.

У 11 детей (68%) на стадии высыпаний при синдроме папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков предполагалось течение скарлатины. У всех этих пациентов с дифференциально-диагностической целью взят мазок из ротоглотки, при этом преобладал высеv *Staphylococcus aureus* (44%, $n = 7$). Отсутствие характерной для скарлатины сыпи, увеличения лейкоцитов и СОЭ в общем анализе крови и отсутствие высева бета-гемолитического

стрептококка группы А в мазке из ротоглотки опровергало данную патологию.

В 25% случаев предполагалась аллергическая реакция, но при этом противоаллергические средства не улучшали ситуацию. И только в 1 случае была сразу диагностирована данная патология.

Вирусная пузырчатка — это заболевание, при котором поражаются слизистые полости рта и кожные покровы конечностей. Вызывается чаще вирусом Коксаки [11, 12]. По МКБ 10: Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей B08.5 Энтеровирусный везикулярный фарингит. Герпетическая ангина B08.8. Инкубационный период короткий, до 6 дней. Заболевание начинается с незначительного повышения температуры тела, умеренной интоксикации, сопровождается симптомами поражения ЖКТ в виде тошноты, рвоты и неустойчивого стула и/или респираторного тракта в виде малопродуктивного кашля, которые сменяются сыпью на 2—4 сутки. На слизистой рта и внутренней поверхности губ появляются небольшие пятна, которые довольно быстро превращаются в везикулы. Затем появляются аналогичные высыпания на коже ладоней, подошв, боковых поверхностей кистей и стоп. Заболевание протекает легко и разрешается самостоятельно без осложнений в течение 7—10 дней. Отличием данного процесса от герпесвирусной инфекции является отсутствие сгруппированных везикул и помутнения содержимого [13].

Под наблюдением находилось 8 детей, все — из группы часто болеющих, переносили ОРВИ до 10 раз в год, организованные. Средний возраст пациентов — $4,8 \pm 1,25$ лет. Из сопутствующих заболеваний (у 5 детей) отмечались атопический дерматит, бронхиальная астма, сахарный диабет 1 типа. Заболевание у всех больных начиналось с недомогания и субфебрильной температуры, которая у 4 детей (50%) сохранялась до 2 дней. Затем появлялись высыпания на коже овальной и округлой формы, единичные, в виде везикул с ободком гиперемии, вскрывающиеся самостоятельно через 2—3 дня, оставляя эрозивные поверхности с корочкой. Отмечалось поражение сначала слизистой рта, затем кистей и стоп. Высыпания на коже, болезненные при пальпации, регрессировали в течение $8,3 \pm 1,5$ дней. Период высыпаний сопровождался умеренными болями в горле и влажным кашлем в 62% случаев, а у остальных — болями в животе и неустойчивым характером стула в течение 3 дней (у этих детей проводилось обследование кала методом ПЦР на энтеровирусы, которые были обнаружены в одном случае). При обследовании на герпесвирусы только у одного ребенка определялись высокие титры IgG к вирусу Эпштейна-Барр. В анализе крови у двух детей выявлялось ускорение СОЭ.

При первичном обращении у всех детей в первые 3 дня заболевания при возникновении везикуло-папулезной сыпи было подозрение на ветряную оспу. Однако наличие везикулезной сыпи с венчиком гиперемии только на ладонях, внутренней поверхности стоп и слизистой рта, которая появлялась после лихорадочного периода и угасала в течение недели, опровергали данный диагноз.

Односторонняя латероторакальная экзантема (асимметричная перисгибатальная экзантема) описана как новая форма кожной сыпи доктором Brunner и соавто-

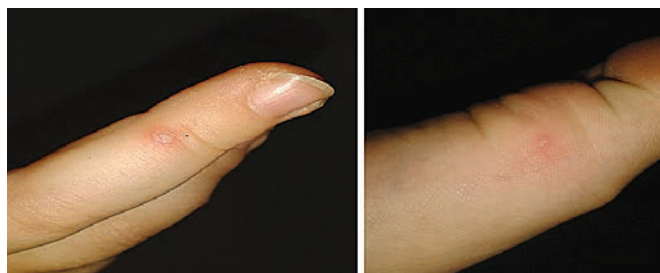


Рисунок 3. Проявления вирусной пузырчатки на ладонях и стопах
Figure 3. Manifestations of viral pemphigus on the palms and feet



Рисунок 4. Односторонняя латероторакальная экзантема
Figure 4. One-sided laterothoracic rash

рами в 1962 году. Сыпь вспыхивала в одностороннем порядке в области подмышечной впадины, а затем распространялась на туловище и руки. 30 лет спустя, французские врачи Bodemer и de Prost назвали данную патологию laterothoracic exanthem in childhood. Этиология данной сыпи до конца не ясна. Но исследователи считают, что она относится к вирусным инфекциям. Отмечены наиболее частые ассоциации с парвовирусом, вирусом парагриппа, аденовирусом [14]. У данного вида сыпи выявляется сезонность: чаще возникает весной. Преимущественно болеют дети в возрасте до 4 лет. Причина односторонности процесса неизвестна. Сыпь в виде папул, везикул или пурпуры часто распространяется за пределы одной области и бывает двухсторонней, но более выражена с той стороны, с которой она изначально появилась. Разрешается кожный процесс к третьей неделе [14, 15].

Мы наблюдали одного больного в возрасте четырех лет. В первые сутки заболевания отмечался подъем температуры до 38°C , сопровождающийся болями в животе. На 2-е сутки на фоне субфебрильной температуры возникла мелкоточечная сыпь в правой подмышечной области, правой паховой области, которая затем в течение 2-х суток распространилась на правую боковую поверхность груди, живота, а также на левую половину живота, но оставалась более выражена с правой стороны. Сыпь сохранялась в течение 14 дней с постепенным угасанием. Ребенок

оказался из группы часто болеющих, 2 года назад перенес синдром перчаток и носков. Обследован на герпесвирусные инфекции, выявляется персистенция вируса Эпштейна-Барр.

Дифференциально-диагностический поиск проводился между энтеровирусной инфекцией, аллергической сыпью на прием жаропонижающих препаратов (при приеме антигистаминных сыпь не купировалась и не уменьшалась), скарлатиной (отсутствие характерной локализации сыпи, явлений тонзиллита, отрицательный результат стрептотеста, данные клинического анализа крови опровергли данный диагноз). Диагностировать данный патологический процесс удалось на 6 сутки болезни на основании характерной клинической картины данной экзантемы.

Заключение

Таким образом, детская розеола, вирусная пузырчатка, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, односторонняя латероторакальная экзантема выявлялась у 38 обследованных, но была правильно диагностирована только в 3 (8%) наблюдениях, что говорит о малой осведомленности по данной проблеме врачей-педиатров первичного звена здравоохранения.

Общепринятых рекомендаций по этиотропной терапии в случаях детской розеола, вирусной пузырчатка, синдрома папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, односторонней латероторакальной экзантемы на данный момент не описано, наблюдаемым нами пациентам назначалось только симптоматическое лечение (жаропонижающие, местные антисептические препараты при поражении слизистой рта). Дети с вирусной пузырчаткой при обращении уже получали курсы терапии препаратами интерферонового ряда, которые было решено продолжить согласно инструкции в связи с частой заболеваемостью ОРВИ у этой группы пациентов.

Однако, учитывая тот факт, что все вышеперечисленные заболевания имеют вирусную этиологию, в протокол лечения могут быть включены препараты с противовирусным действием. Все наблюдаемые дети относились к группе часто болеющих ОРВИ, а одной из причин частых заболеваний и является персистенция тех или иных вирусных инфекций.

Литература/References:

1. Детская дерматология: Справочник. Под редакцией Д.П. Кроучука, А.Дж. Манчини; пер. с англ. Под ред. Н.Г. Короткого. М.: Практическая медицина, 2010: 608.
Pediatric Dermatology: A Handbook. Under. edited by D.P. Krouchuk, A.Dzh. Mancini. M.: Practical medicine, 2010: 608. (In Russ.)
2. Clinical Handbook of Pediatrics. Fifth edition Joseph J.Zorc. Philadelphia, 2013: 953.
3. Овсянников Д.Ю. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней у детей. Детские инфекции. 2015; 14(1):49–54.
Ovsyannikov D.Yu. Differential diagnosis of infectious diseases in children. *Detskije Infektsii=Children's infections*. 2015; 14 (1): 49–54. (In Russ.)
4. Molochkova O.V., N.Yu. Egorova, N.A. Guseva, O.V. Shamsheva. Differential diagnosis of maculo-papular exanthema in children: a clinical case of parvovirus (PVB19) infectious erythema. Scientific journal «Fundamentalis scientiam» (Madrid, Spain), 2018; 22(1): 23–28. (In Russ.)
5. Stone R.C., Micali G.A., Schwartz R.A. Roseola infantum and its causal human herpesviruses. *Int. J Dermatol*. 2014, Apr; 53(4): 397–403.

6. Gorman C.R., Vinson R.P., Krusinski P. Roseola infantum/https://medicine.medscape.com/article/1133023overview. Aug 23, 2017.
7. Tesini B.L., Epstein L.G., Caserta M.T. Clinical impact of primary infection with roseoloviruses. *Curr Opin Virol*. 2014 Dec; 9: 91–96.
8. Доскин В.А., Макарова З.С. Дифференциальная диагностика детских болезней. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011: 600.
Doskin V.A., Makarova Z.S. Differential diagnosis of childhood diseases. M.: ООО Medical Information Agency, 2011: 600. (In Russ.)
9. Fretzayas A., Douros K., Moustaki M., Nicolaidou P. Papular-purpuric gloves and socks syndrome in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J*. 2009, Mar; 28(3): 250–2.
10. Saeed A., Khan Q.M., Waheed U., Arshad M., Asif M., Farooq M. RT-PCR evaluation for identification and sequence analysis of food and mouth disease serotype O from 2006 to 2007 in Panjab, Pakistan. *Comp. Immunol. Microbiol. Infect. Dis*. 2011, Mar; 34(2): 95–101.
11. Nervi S.J., Schwartz R.A., Kapila R. Hand-food-and-mouth disease/https://medicine.medscape.com/article/218402-overview. Jun 16, 2017.
12. Литяева Л.А., Ковалева О.В., Якубович И.С. Клинико-эпидемиологические особенности групповой заболеваемости энтеровирусной инфекцией Коксаки А16 у детей. Детские инфекции. 2013; 12(1):50–53.
Lityaeva L.A., Kovaleva O.V., Yakubovich I.S. Clinical epidemiological peculiarities of enterovirus coxsackie A16 group morbidity in children. *Detskije Infektsii=Children's infections*. 2013; 12 (1): 50–53. (In Russ.)
<https://doi.org/10.22627/2072-8107-2013-12-1-50-53>
13. Боткина А.С. Вирусные экзантемы в практике педиатра. Практика педиатра, март, 2016: 54.
Botkina A.S. Viral exanthema in pediatric practice. *Practice Pediatrician*, March 2016: 54. (In Russ.)
14. Antonio Chuh, Vijay Zawar, Gabriel F. Sciallis, Werner Kempf, and Albert Lee. Pityriasis Rosea, Gianotti-Crosti Syndrome, Asymmetric Periflexural Exanthem, Papular-Purpuric Gloves and Socks Syndrome, Eruptive Pseudoangiomatosis, and Eruptive Hypomelanosis: Do Their Epidemiological Data Substantiate Infectious Etiologies? *Infect Dis Rep*. 2016 Mar 21; 8(1): 6418.
[doi: 10.4081/idr.2016.6418](https://doi.org/10.4081/idr.2016.6418).
15. Овсянников Д.Ю., Дегтярева Е.А. Асимметричная перифлексуральная (односторонняя латероторакальная) экзантема. Детские инфекции. 2014; 13(1):58–60.
Ovsyannikov D.Yu., Degtyareva E.A. Asymmetric periflexural (unilateral laterothoracic) exanthema. *Detskije Infektsii=Children's infections*. 2014; 13 (1): 58–60. (In Russ.)
<https://doi.org/10.22627/2072-8107-2014-13-1-58-60>

Информация о соавторах:

Федоров Сергей Юрьевич, к.м.н., зав. кафедрой поликлинической терапии, врач-терапевт, Медицинский институт Тульский государственный университет, Россия; **Sergey Fedorov**, PhD, head of Department of Polyclinic Therapy, General Practitioner, Medical Institute Tula State University, Russia; sufedorov1955@yandex.ru
Руднева Наталья Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Медицинский институт Тульский государственный университет, главный врач ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Тула, Россия; **Natalya Rudneva**, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine Propaedeutics, Medical Institute Tula State University, Head Doctor of the Tula Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Tula, Russia

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflict of interest, financial support, which should be reported.