

РЕДКИЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИОННЫХ СЫПЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

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

¹ Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула

² ОАО «Детская поликлиника МЦ «Консультант», Тула

³ ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Тула

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, достаточно часто не регистрируются при первичном приеме у педиатра.

В исследовании оценено течение заболевания, даны характеристики стадийности каждого варианта сыпи, определены возможные ошибки первичной диагностики редких инфекционных сыпей.

Ключевые слова: сыпь, стадийность, дети.

Актуальность. Ряд вирусных инфекций протекает с характерным поражением кожных покровов, к которым относятся следующие заболевания: корь, ветряная оспа, вирусная пузырчатка, детская розеола, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, краснуха, односторонняя латероторакальная экзантема. К редко встречаемым и трудно диагностируемым формам инфекционной сыпи можно отнести вирусную пузырчатку, детскую розеола, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, одностороннюю латероторакальную экзантему. Данные нозологии обладают следующими общими признаками: характерные высыпания, диагноз ставится по клинической картине и в большинстве случаев не требует лабораторной диагностики и специфической терапии. Однако стадийность кожных процессов в литературных источниках различается, что затрудняет выявление заболевания и приводит к назначению необоснованного лечения [1, 2, 3].

Под наблюдением находились 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет 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 не ранее, чем на 3-и сутки от начала болезни после первичного визита к педиатру.

Детская розеола

Детская розеола (другое название — шестая болезнь) проявляется в виде экзантемы. Заболевание характерно для детей раннего возраста, причинами которого являются вирусы герпеса 6 типа [4]. 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 [5]. Передача происходит воздушно-капельным путем. В исследовании Tesini V. L. выдвигается версия о детской розеоле, как о первичной реализации герпес-вирусной инфекции при внутриутробном инфицировании [6]. Инкубационный период обычно составляет 10 – 14 дней.



Рис. 1. Детская розеола

Портрет наблюдаемых пациентов (n=13)

Под наблюдением находились 13 детей, средний возраст которых составил $10,2 \pm 4,43$ месяцев. Около 38% детей заболели осенью. Половина наблюдаемых — из семей медицинских работников. Вакцинальный статус — 76% детей вакцинированы с отставанием от графика, а 2 детей не были привиты совсем. Контакт с инфекционными больными до заболевания матери всех детей отрицали. В общих анализах крови у всех детей выявлялись нейтропения, лимфоцитоз. У 38% детей при обследовании мазка из зева методом ПЦР выявлен вирус герпеса 6 типа.

В дебюте заболевания у всех детей отмечалась лихорадка ($39-40^\circ\text{C}$) с выраженной интоксикацией длительностью $3,1 \pm 0,4$ дня. Окончание лихорадочного периода характеризовалось появлением высыпаний в виде розовых пятен и папул на теле преимущественно, на лице и конечностях. Высыпания сопровождалась увеличением лимфатических узлов шейной группы у всех детей, затылочной (у 31%); гиперемией зева 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.

Вероятные диагнозы при первичном обращении

На стадии лихорадки у 38% детей (n=5) предполагались течение ОРВИ и острого тонзиллита, поствакцинальная реакция — у одного ребенка, а также заболевания крови — у одного ребенка. На стадии высыпаний вариантами предполагаемых диагнозов являлись в 31% течение аллергического процесса. И только в 2 случаях сразу выявлялась детская розеола.

Синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков

Синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков характеризуется поражением слизистой рта, кистей рук и стоп [7]. 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 типа, Коксаки 4,9,10, ЕСНО 16-того типа, цитомегаловирус [8]. Заболевание встречается редко и считается высоко контагиозным. Наибольшую распространенность заболевания, ассоциированное с энтеровирусами, отмечают в Южной Азии [9]. Известно, что чаще болеют дети дошкольного возраста. Отличительной чертой данного процесса является появление папулезно-геморрагических элементов в области кистей рук и стоп. Пик заболевае-



Рис. 2. Петехиальная сыпь на ладонях при синдроме папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков

мости 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 [8, 9].

Портрет наблюдаемых пациентов (n-16)

Синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков возникал чаще у детей старшего дошкольного возраста ($4,5 \pm 2,09$ лет). В 50% случаев у наблюдаемых отмечались хронические заболевания ЛОР-органов (аденоидиты, тонзиллиты). Находясь на отдыхе в Турции (n-4) и Греции (n-2), заболели 38% детей. В четырех семьях заболевших (25%) впоследствии данный синдром отмечался только у отцов. В общих анализах крови выявлялся у 25% — эозинофилия (до 8%), у 81% — лимфоцитоз. Всем пациентам проведена дифференциальная диагностика скарлатины путем взятия мазка из зева, преобладал высев *Staphylococcus aureus* (44%, n=7). У всех наблюдаемых пациентов можно выделить 3 стадии в течение кожного процесса.

В первой стадии заболевания возникала фебрильная лихорадка длительностью 1–2 дня. Во второй стадии отмечался разгар кожного процесса с появлением папулезной и петехиально-геморрагической сыпи

в области кистей, нередко болезненной в дебюте (особенно на стопах). У трети детей единичные эрозии в зеве появились еще в лихорадочном периоде, в остальных случаях энантема — во второй стадии. У 30% детей с отягощенным аллергическим анамнезом характерна вторая волна высыпаний в области ягодиц на 4-е сутки болезни. Шейная лимфаденопатия отмечалась у 81% с увеличением лимфатических узлов до 3 размера. Продолжительность второй стадии составила 4–5 дней. В период высыпаний все пациенты чувствовали себя удовлетворительно. На третьей стадии характерен регресс высыпаний, с крупнопластинчатым шелушением области угасающих элементов, протекающий в течение недели.

Вероятные диагнозы при первичном обращении

На стадии высыпаний при синдроме папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков в 68% (n=11) предполагалось течение скарлатины, однако отсутствие характерной для скарлатины сыпи, увеличение лейкоцитов и СОЭ в общем анализе крови и отсутствие высева бета-гемолитического стрептококка группы А в мазке из зева опровергало данную патологию. В 25% предполагалась аллергическая реакция, но при этом противоаллергические средства не улучшали ситуацию. И только в 1 случае сразу диагностирована данная патология.

Вирусная пузырчатка

Заболевание поражает полости слизистой рта и конечностей и вызывается чаще вирусом Коксаки [10]. 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 появляется энантема, превращаясь впоследствии 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 герпес-вирусной инфекции является отсутствие сгруппированности везикул и помутнения содержимого [11].

Портрет наблюдаемых пациентов (n-8)

Все больные дети из группы часто болеющих, переносили ОРВИ до 10 раз в год, организованные. Средний возраст пациентов — $4,8 \pm 1,25$ лет. Из сопутствующих заболеваний отмечались атопический дерматит, бронхиальная астма, сахарный диабет 1 типа (n-5). При обследовании на герпес-вирусы

только у одного ребенка определялись высокие титры IgG к вирусу Эпштейн-Барра. В анализах крови у двух детей выявлялось ускорение СОЭ. В дебюте заболевания у всех детей отмечалось недомогание и субфебрильная лихорадка у 4 детей (50%) до 2 дней. Во второй стадии заболевания появлялись высыпания на коже овальной и округлой формы, единичные, в виде везикул с ободком гиперемии, лопающихся через 2–3 дня, оставляя язвочки 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%, а у остальных — болями в животе и неустойчивостью стула в течение 3 дней (у этих детей проводилось обследование кала методом ПЦР на энтеровирусы, которые были обнаружены в одном случае).



Рис. 3. Проявления вирусной пузырчатки на ладонях и стопах

Вероятные диагнозы при первичном обращении

При возникновении везикуло-папулезной сыпи при вирусной пузырчатке в первые 3 дня заболевания у всех детей определялось подозрение на ветряную оспу, и только наличие сыпи с характерной локализацией (поражение только ладоней и подошв, слизистой рта), возникновение сыпи после лихорадочного периода с венчиком гиперемии и угасание более недели опровергали данный диагноз.

Односторонняя латероторакальная экзантема (асимметричная перисгибательная экзантема)

Еще в 1962 году описана новая форма кожной сыпи Vrunneg и соавторами. 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 парво-вирусом, вирусом парагриппа,

adenovirus [12]. У данного вида сыпи выявляется сезонность: чаще возникает весной. Болеют дети 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 [1].

Портрет наблюдаемого больного

Под наблюдением находился один пациент четырех лет. В первые сутки заболевания отмечались подъёмы температуры до 38° С, сопровождающиеся болями в животе. На 2 сутки на фоне субфебрильной лихорадки возникла мелкоточечная сыпь в правой подмышечной области, правой паховой области, затем распространилась на правую боковую поверхность груди, живота за 2 суток, а также на левую половину живота, но более выражена — с правой стороны. Сыпь сохранялась в течение 14 дней с постепенным угасанием. Ребенок из группы часто болеющих, 2 года назад перенес синдром перчаток и носков. Обследован на герпес-вирусные инфекции, выявляется персистенция вируса Эпштейн-Барра.

Варианты предполагаемых диагнозов при обращении за медицинской помощью: энтеровирусная

инфекция, медикаментозная аллергия на прием жаропонижающих (но прием антигистаминных — без эффекта), скарлатина (нет характерной локализации сыпи, отсутствовали явления тонзиллита, а стрептотест оказался отрицательный, анализ крови опровергли данный диагноз). Диагностировать данный патологический процесс удалось на 6 сутки болезни.

Лечение

Так общепринятых рекомендаций по специфической терапии в случаях детской розеола, вирусной пузырчатки, синдрома папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, односторонней латероторакальной экзантемы на данный момент не описано, то 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.

Заключение

Таким образом, детская розеола, вирусная пузырчатка, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, односторонняя латероторакальная экзантема выявлялась у 38 обследованных и была правильно диагностирована только в трех случаях (8%), что говорит о малой осведомленности по поводу этих инфекционных процессов среди педиатров первичного звена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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 с.
2. Clinical Handbook of Pediatrics. Fifth edition/Joseph J. Zorc. — Philadelphia, 2013. — 953 p.
3. Овсянников Д. Ю. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней у детей. Детские инфекции. 2015; Т. 14(1), С. 49–54.
4. Stone RC, Micali GA, Schwartz RA. Roseola infantum and its causal human herpesviruses. Int. J Dermatol. 2014, Apr; 53(4): 397–403.
5. Gorman C.R., Vinson R.P, Krusinski P. Roseola infantum/ <https://medicine.medscape.com/article/1133023/overview>. Aug 23, 2017.
6. Tesini BL, Epstein LG, Caserta MT. Clinical impact of primary infection with roseoloviruses. Curr Opin Virol. 2014 Dec;9:91–6.
7. Доскин В.А., Макарова З.С Дифференциальная диагностика детских болезней. — М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2011. — 600 с.



Рис. 4. Односторонняя латероторакальная экзантема

8. 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.
9. 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.
10. Nervi S.J., Schwartz R.A., Kapila R. Hand-food-and-mouth disease/ <https://medscape.com/article/218402-overview>. Jun 16, 2017.
11. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии/ Пер. с нем.; Под ред. Кубановой А. А.—М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.— 1248 с.
12. А.С. Боткина. Вирусные экзантемы в практике педиатра. «Практика педиатра», март, 2016; С. 54.
13. Antonio Chuh, Vijay Zavar, 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. Collection 2016 Mar 21.

RARE FORMS OF INFECTIOUS RASHES ON PEDIATRIC ADMISSION.

V. S. SOBOLENKOVA, S. U. FEDOROV, N. S. RUDNEVA

The rare types of infectious rash in the pediatric practice can include roseola infantum, viral pemphigus, papular-purpuric gloves and socks syndrome, asymmetric periflexural exanthema. These diseases despite of certain characteristic signs often not recorded at the primary admission of the pediatrician.

In the study the course of the disease was assessed, the characteristics of the staging of each variant of the rash are given, possible problems in the primary diagnosis of rare infectious rashes are determined.

Key words: rash, staginess, children.