

Везикулярная сыпь после экзотического путешествия



Рис. 1. Геморрагическая корочка с венчиком гиперемии в правой паховой области (также имеется регионарный лимфаденит)

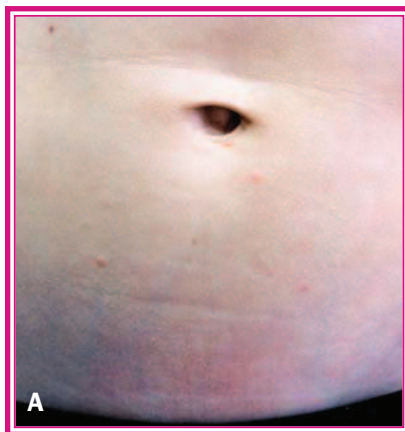


Рис. 2. Папуло-везикулярная сыпь у ребенка

На приеме у педиатра мальчик в возрасте 9 лет с жалобами на припухлость в паховой области и сыпь на теле. Первый красный выпуклый элемент на коже в паховой области появился 8 дней назад на фоне субфебрильной температуры, вскоре этот элемент превратился в язву с приподнятыми краями под темной геморрагической корочкой (рис. 1), увеличились паховые лимфоузлы. Ребенок был осмотрен хирургом, который диагностировал острый лимфаденит и назначил амоксициллин/клавуланат и повязки с мазью на основе хлорамфеникола. Через несколько дней у мальчика стали появляться пузырьковые высыпания на коже туловища, которые сохраняются по настоящее время (рис. 2 А, Б). Самочувствие ребенка хорошее, температура нормализовалась 2 дня назад. Из анамнеза также известно, что неделю назад мальчик, его 20-летний брат и отец вернулись из Южно-Африканской Республики, где отдыхали в течение 10 дней и участвовали в охоте на диких зверей. Отец здоров. Старший брат 2 дня назад обнаружил на своем теле клеща, которого самостоятельно удалил, а в настоящее время на месте укуса клеща, по описанию матери, отмечается красный выпуклый элемент.

Вероятный диагноз?

1. Ветряная оспа.
2. Острый лихеноидный оспенновидный парапсориаз.
3. Пиодермия с местным лимфаденитом и лекарственная токсидермия.
4. Клещевая пятнистая лихорадка.
5. Клещевой боррелиоз.
6. Генерализованный герпес.

Правильный ответ: 5. Клещевая пятнистая лихорадка.

Ветряная оспа (этиология — вирус *Varicella zoster*) является одной из наиболее частых причин везикулярной сыпи у детей. Однако, как правило, везикулы при ветряной оспе появляются сначала на лице и волосистой части головы и затем распространяются на туловище и конечности. Длительность жизни везикул при ветряной оспе составляет 8–12 ч. У нашего пациента видим необильную везикулярную сыпь без эрозий и корочек, которая сохраняется несколько дней [1].

Острый лихеноидный оспенновидный параспориоз — это редкая кожная патология с неизвестной этиологией. Проявляется в виде остро возникающих папул, которые быстро превращаются в псевдовезикулы с некрозом в центральной части элементов. Иногда сопровождается лихорадкой и нарушением самочувствия. В большинстве случаев кожные высыпания самостоятельно проходят в течение нескольких недель или месяцев, однако в дальнейшем высыпания могут снова спонтанно появляться и исчезать в течение месяцев и лет после первого эпизода [2]. Это не контагиозная болезнь. У пациента, которого мы описываем, длительность сыпи составляет всего около 1 нед. Ни анамнез, связанный с посещением Африки, ни вероятный укус клеща не говорят в пользу острого лихеноидного оспенновидного параспориоза.

Пиодермии могут возникать при малейшем повреждении кожи и проявляться в виде импетиго (поверхностной инфекции кожи с образованием везикулы или пустулы, после вскрытия которых образуются эрозии и корки), эктимы (глубокая инфекция кожи с образованием язвы с коркой), абсцессов, фурункулов и карбункулов. Как правило, они сопровождаются регионарным лимфаденитом. Амоксициллин/клавуланат является препаратом выбора при лечении пиодермий, так как самыми частыми возбудителями пиодермий являются стрептококк группы А и *Staphylococcus aureus*, чувствительные к этому антибиотику. У нашего пациента бактериальная инфекция в качестве этиологии первого элемента (в паховой области) маловероятна, учитывая отсутствие положительной динамики на фоне приема амоксициллина/клавуланата. А для аллергической реакции, в том числе лекарственной токсидермии, не характерна везикулярная незудящая сыпь. Типичными клиническими проявлениями аллергических реакций на медицинские препараты являются лекарственная (кореподобная) сыпь, крапивница, отек Квинке, фиксированная токсидермия, буллезная сыпь, синдром Стивенса–Джонсона, синдром Лайелла, васкулит (геморрагическая сыпь), сыпь, похожая на красный плоский лишай, фотоаллергические реакции [1]. Таких проявлений у нашего пациента не обнаружено.

Переносчиком клещевого боррелиоза, которую вызывает спирохета *Borrelia burgdorferi*, являются иксодовые клещи. Первым проявлением клещевого боррелиоза (болезнь Лайма) является хроническая мигрирующая эритема, представляющая собой папулу или пятно, которое в течение нескольких дней превращается в кольцевидную эритему с ярко-красной внешней границей и просветлением в центре. Размеры хронической мигрирующей эритемы — от 3 до нескольких десятков сантиметров. В центре эритемы могут отмечаться везикула, уплотнение или некроз. Кроме этого основного элемента могут возникать дочерние эритемы, которые по форме напоминают основной элемент, но меньше в размерах и не имеют уплотнения в центре. Помимо сыпи могут отмечаться лихорадка или субфебрильная температура тела, а через несколько дней/месяцев после появления сыпи могут возникнуть неврологические осложнения, включающие менингит, энцефалит, невриты черепных нервов, радикулопатии [3]. Везикулярная сыпь для болезни Лайма не характерна [1]. К тому же следует отметить, что Африка — регион, где обитают иксодовые клещи, но болезнь Лайма там не встречается.

Генерализованный герпес (возбудитель — *Herpes simplex virus*) — тяжелое заболевание, которое встречается при иммунодефицитных состояниях, в частности у больных СПИДом. У людей без нарушения иммунитета герпетические везикулы возникают группами в месте проникновения вируса. При контактном распространении везикулы могут появляться на разных участках тела, при этом «излюбленная» локализация — губы, кожа вокруг рта, щеки, кончик носа, дистальные фаланги пальцев. Везикулы при герпесе имеют пупковидное вдавление в центре, они окружены венчиком гиперемии, везикулы самопроизвольно вскрываются, и на их месте образуются корочки.

На основании эпидемиологического анамнеза (посещение Африки, укус клещом и подобная клиническая картина у брата), характерных клинических проявлений («черное пятно» и папуло-везикулярная сыпь) у ребенка наиболее вероятно течение клещевой пятнистой лихорадки.

Клещевые пятнистые лихорадки переносятся гамазовыми и иксодовыми клещами, протекают по-разному: от легкого недомогания и сыпи — до тяжелого, угрожающего жизни состояния больного. В Африке встречаются клещевая пятнистая лихорадка Старого Света (Марсельская лихорадка) и осповидный риккетсиоз [4, 5]. «Черное пятно» характерно для обеих болезней. В месте укуса клеща сначала возникает папула, которая через 3–7 сут превращается в «черное пятно». «Черное пятно» — небольшая язва с темно-коричневой коркой на фоне гиперемии (по внешнему виду напоминает ожог сигаретой; см. рис. 1). Папуло-везикулярная сыпь наиболее характерна для осповидного риккетсиоза (возбудитель — *Rickettsia akari*). При этом через несколько дней от начала болезни появляются папулы на коже туловища, в центре которых затем образуются везикулы. Как правило, течение осповидного риккетсиоза легкое. Подтвердить риккетсиоз можно с помощью метода полимеразной цепной реакции (выявление ДНК риккетсий в элементах сыпи и в крови) и серологически (иммуноферментный анализ на IgM-антитела). Препаратом выбора для лечения клещевых пятнистых лихорадок является доксициклин, который уменьшает тяжесть и продолжительность болезни. Пациент получал доксициклин по 100 мг/сут в течение 14 дней, на фоне чего наступило выздоровление.

Ю. С. Лашкова, М. А. Лазарева, А. В. Ерошенко, А. Р. Бабаян, Т. В. Куличенко
Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. Пер. с англ. М.: Практика. 1999. 1088 с.
2. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1107425-overview>
3. Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases (Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases). American Academy of Pediatrics. 2006. 992 с.
4. Walker D. H. Rickettsiae and rickettsial infections: the current state of knowledge. *Clin Infect Dis*. 2007 Jul 15; 45 (Suppl. 1): S39–44.
5. Edwards M. S., Feigin R. D. Rickettsial diseases. In: Feigin R. D., Cherry J. D., Demmler G. J., Kaplan S. L., eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. WB Saunders Co. 2004. P. 2497–2515. Chapter 195.