

Ребенок с пятнисто-папулезной сыпью и эритемой на щеках



Рис. Мальчик, возраст 12 мес: яркая гиперемия щек, кожные высыпания на конечностях, туловище

471

В больницу доставлен ребенок в возрасте 12 мес с жалобами на яркую гиперемию щек, кожные высыпания на конечностях, туловище (рис.). Сыпь появилась накануне обращения.

Из анамнеза: ребенок заболел остро 7 дней назад, повысилась температура тела до $39,8^{\circ}\text{C}$, появилось разжижение и учащение стула. Мальчик был госпитализирован в стационар в связи с фебрильной лихорадкой, сохранявшейся в течение 6 дней.

При обследовании в первые сутки болезни: в клиническом анализе крови лейкоциты $5,4 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы $3,2 \times 10^9/\text{л}$.

Несмотря на отсутствие очага бактериальной инфекции, в больнице получал гентамицин, а также сорбенты, инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами. На 6-е сут болезни лихорадка купировалась, ребенок был выписан домой. Однако, на фоне нормализации температуры тела в тот же день одномоментно на лице и туловище появилась мелкоточечная бледно-розовая незудящая сыпь. Несмотря на назначение хлоропирамина, на следующий день сыпь усилилась, появились папулы, яркая гиперемия щек. Самочувствие ребенка не нарушалось, мальчик активен. Бригадой скорой медицинской помощи внутримышечно введен преднизолон в дозе 1 мг/кг, без эффекта. Ребенок направлен на госпитализацию.

Наиболее вероятный диагноз?

1. Корь.
2. Парвовирусная инфекция.
3. Энтеровирусная экзантема.
4. Краснуха.
5. Токсико-аллергическая реакция.

Правильный ответ: 3. Энтеровирусная экзантема.

В продромальном периоде кори, продолжительность которого составляет 2–4 дня, наблюдаются симптомы респираторной инфекции: подъем температуры до 38–40°C, сухой кашель, насморк, светобоязнь, чихание, осиплость голоса, головная боль, отек век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зева и коревая экзантема — красные пятна на твердом и мягком небе. До появления сыпи заболевание нередко расценивают как грипп. На 2-й день болезни на слизистой оболочке щек у коренных зубов появляются мелкие белесые пятнышки, окруженные узкой красной каймой — пятна Бельского–Филатова–Коплика, патогномоничные для кори. С появлением экзантемы пятна Коплика тускнеют и вскоре исчезают. Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4–5-й день болезни; характерна этапность высыпаний: сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день — на туловище, на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном, склонных к слиянию (в этом ее характерное отличие от краснухи, сыпь при которой не сливается). В период высыпаний состояние больного наиболее тяжелое. Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же последовательности, что и появлялась). Пигментация сохраняется в течение 1–1,5 нед. Более длительная лихорадка указывает на развитие осложнений. Часто встречаются увеличение лимфоузлов, спленомегалия, диарея, рвота. Общая продолжительность заболевания — около 10 сут. Динамика болезни у нашего пациента значительно отличается от коревой.

Краснуха обычно протекает очень легко или бессимптомно. В коротком, не более 48 ч, продромальном периоде наблюдаются умеренная лихорадка, головная боль, недомогание. Основные симптомы — увеличение заушных, заднешейных и затылочных лимфоузлов, а также пятнисто-папулезная сыпь, не склонная к слиянию. Сыпь обычно сначала появляется на лице и затем распространяется на туловище, держится до 3–5 сут. Иногда отмечаются легкие катаральные явления в виде ринита и конъюнктивита. Лихорадка может отсутствовать или быть кратковременной. Экзантема при краснухе характеризуется появлением мелких, красных пятнисто-папулезных элементов, которые больше напоминают скарлатинозные, чем коревые. Чередование алых пятен с еще более яркими папулами и совершенно светлыми кожными участками создает картину пойкилодермии. Сыпь распространяется так же, как при кори, — краиникаудально, но длительность фазы составляет только 3 дня. Первые высыпания появляются на лбу. В течение суток сыпь распространяется на лицо, туловище, руки и ноги. На 2-е сут сыпь исчезает на лице, а к концу 3-х сут исчезает полностью, не оставляя гиперпигментации и шелушения. У нашего пациента экзантема появилась после нормализации температуры тела, которая в течение 6 дней была фебрильной, что несвойственно для краснухи.

Для токсико-аллергической реакции характерно быстрое начало, общее недомогание (адинания, отказ от еды, боли в мышцах и суставах) предшествует кожным высыпаниям. Сыпь представлена в виде эритематозных пятен, округлой формы с цианотичной каймой. Пятна характеризуются центробежным ростом и западением центральной части (за счет образования отечного валика). Высыпания преимущественно располагаются симметрично на разгибательных поверхностях; в 80–90% случаев выявляются на слизистой оболочке с развитием язв. Характер сыпи у нашего пациента существенно отличается.

Яркая эритема на щеках у мальчика прежде всего заставляет подумать о парвовирусной инфекции (инфекционная эритема). При данном заболевании эритема начинается с высыпаний на лице, через несколько дней обычно появляется пятнистая, «кружевная» сыпь на конечностях и туловище. Такую патологию называют также болезнью «нашлепанных щек» (англ. slapped cheek disease). Лихорадка не характерна. При серологическом исследовании крови в первые дни эритемы определяются антитела класса М к парвовирусу В19. Клиническая картина болезни у нашего пациента не типична для парвовирусной инфекции, которой не свойственны фебрильная лихорадка, диарея непосредственно перед появлением сыпи. Однако, яркая эритема на щеках послужила стимулом для исследования IgM к парвовирусу у данного пациента: антитела не выявлены.

Клинические проявления энтеровирусной инфекции разнообразны. Болезнь у детей может протекать в виде острого респираторного воспаления, гастроэнтерита, конъюнктивита, ангины, менингита, поражения мышц, сердца и других органов. Такой полиморфизм клинических форм болезни объясняется наличием в группе энтеровирусов большого количества различных патогенных вирусов (около 70), которые могут поражать почти все ткани и органы человеческого организма. В зависимости от этиологии болезнь, как правило, протекает с фебрильной лихорадкой в течение 1, 3 или 6 сут. Для кишечной формы энтеровирусной инфекции характерна фебрильная лихорадка до 39–40°C с поражением желудочно-кишечного тракта (боли в животе, рвота, диарея, метеоризм). Как правило, длительность такой формы у детей раннего возраста не превышает 1 нед (обычно 6 дней). К 5–6-му дню болезни лихорадка купируется самостоятельно и развивается энтеровирусная экзантема («внезапная экзантема»). При этом на фоне снижения или нормализации температуры тела у ребенка появляются высыпания розового цвета пятнистого или пятнисто-папулезного характера на лице, туловище, конечностях. Сыпь появляется внезапно, не зудит и не причиняет никакого беспокойства ребенку; исчезает без лечения через несколько дней. Для энтеровирусной инфекции характерна лейкопения, нередко с относительной и даже абсолютной нейтропенией. Энтеровирусные инфекции чаще встречаются летом, поскольку основной путь передачи фекально-оральный. В острый период болезни проводится симптоматическое лечение. В период появления экзантемы лечения не требуется. Сыпь у нашего пациента разрешилась самостоятельно через два дня.

Т. В. Куличенко, А. Р. Бабаян, М. В. Волкова, А. М. Кабалоева, С. А. Мухортова
Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рубин А. Дерматовенерология. М.: Издательство Панфилова. 2011. 368 с.
2. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. М.: Практика — McGraw-Hill. 1999. С. 784–790.